

PERCEPÇÕES SOBRE O CUIDADO COM IDOSOS PORTADORES DE ALZHEIMER: CONTRIBUIÇÕES A PARTIR DOS DISCURSOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

PERCEPTIONS ON THE ELDERLY CARE WITH ALZHEIMER DISEASE: CONTRIBUTIONS FROM DISCOURSES OF THE NURSING TEAM.

Anna Paula Martinez¹, Bruna Abib Constantino¹, Cássia Maria Hilkner Silva Messina²

RESUMO

Introdução: a Doença de Alzheimer (DA) é a patologia neurodegenerativa associada à idade mais prevalente. Essa pesquisa se justifica pela importância em analisar o conhecimento e os aspectos psicoemocionais dos profissionais de enfermagem que atuam em instituições de longa permanência com idosos. **Objetivos:** analisar a percepção da equipe de enfermagem de instituições de longa permanência em relação à DA. **Método:** trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa. Foram entrevistados onze auxiliares de enfermagem da equipe multiprofissional de uma Clínica Residencial Geriátrica do município de Sorocaba/SP. A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual e a análise foi feita através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** o estudo mostrou que o convívio com os idosos permite conhecer os principais sintomas da doença, entretanto, de forma superficial, como, por exemplo, as alterações cognitivas e comportamentais. Isso limita as possibilidades de intervenção. Identificou também que esses profissionais sentem satisfação em cuidar de idosos portadores da DA, porém alguns profissionais relataram que, além da sobrecarga de trabalho, o estresse e a ansiedade influenciam no aspecto psicoemocional. **Conclusão:** os auxiliares de enfermagem entrevistados têm conhecimento empírico sobre a DA e seus respectivos cuidados. Do ponto de vista emocional há um impacto negativo em função da preocupação com sua própria saúde, mas há uma satisfação pessoal.

Descritores: Doença de Alzheimer; assistência à saúde; enfermagem geriátrica; idoso.

ABSTRACT

Introduction: Alzheimer's Disease (AD) is a neurodegenerative disease associated with older age. This research is justified by the importance of analyzing the knowledge and psycho-emotional aspects of nursing professionals who work in institutions with long-stay elderly patients with AD. **Objectives:** to analyze the perception of the nursing staff of long-term institutions in relation to AD. **Methodology:** this is a qualitative exploratory study. It was interviewed eleven nursing assistants in a multidisciplinary team of Clinical Geriatric Residential, located in Sorocaba/SP, a Brazilian city close to São Paulo. Data collection was conducted through individual interviews. The data analysis was performed by the "Discurso do Sujeito Coletivo", qualitative method created by Lefreve & Lefreve. **Results:** the study showed that living with the elderly allows one to know the main symptoms of the disease, such as cognitive and behavioral changes. However, this knowledge is superficial. Although this fact does not interfere with care for the elderly, it limits the possibilities for intervention. It was also identified that these professionals feel satisfaction in

doing their tasks. **Conclusion:** it was concluded that technical nursing professionals have empirical knowledge about AD and their care. From the emotional point of view, there is a negative impact due to the concern about their own health, but otherwise there is a personal satisfaction in the course of work.

Key-words: Alzheimer Disease; delivery of health care; geriatric nursing; aged.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial.^{1,2,3} Um dos sistemas mais comprometidos nessa população é o neurológico.^{4,5} As alterações mais importantes do envelhecimento são a diminuição do volume e o peso do cérebro,⁵ atrofia cortical,^{4,5} redução da área de sinapses, diminuição de neurotransmissores, redução dos reflexos posturais e da fase quatro do sono.⁶ Além de alterações fisiológicas ocorrem, também, alterações psicossociais próprias da senescência.

Nesse contexto se destacam idosos com a doença de Alzheimer (DA) que tendem a se tornar totalmente dependentes de um cuidador devido à intensidade das alterações cognitivas.⁷ Muitas famílias optam por colocar os idosos em instituições de longa permanência (ILPIs) devido ao acúmulo de trabalho, não ter disponíveis pessoas para cuidar do idoso em suas necessidades pessoais e aquelas relacionadas a doenças prevalentes nesse período, alto custo de profissionais especializados para atendimento em casa, falta de instalações e equipamentos necessários.^{8,9}

A intenção de nosso estudo é conhecer a realidade dos cuidadores de idosos com Alzheimer em instituições de longa permanência. A partir dessas observações pode-se realizar um trabalho de planejamento para melhorar as condições da atuação bem como elaborar um processo educativo para a capacitação dos profissionais. A criação de alguma forma de apoio psicológico também pode resultar desse conhecimento.

O objetivo deste estudo é analisar a percepção da equipe de enfermagem que atua em instituições de longa permanência em relação aos cuidados com o paciente portador da DA.

MÉTODO

Estudo exploratório qualitativo. O estudo foi realizado em uma Clínica Residencial Geriátrica localizado em Sorocaba, SP.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 16, n. 2, p. 76 - 79, 2014

1. Acadêmica do curso de Enfermagem - FCMS/PUC-SP

2. Professora do Depto. de Enfermagem - FCMS/PUC-SP

Recebido em 26/11/2012. Aceito para publicação em 19/5/2014.

Contato: annapaulamartinez@terra.com.br

Estudaram-se onze auxiliares de enfermagem do sexo feminino. A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual, composta por perguntas abertas sobre o entendimento da doença e os sentimentos ao trabalhar com idosos com a DA.

Organização e Análise dos Dados

Os resultados foram organizados segundo o “Discurso do Sujeito Coletivo” (DSC).¹⁰ O DSC é uma técnica da Pesquisa Qualitativa, desenvolvida pelos professores Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre.

Algumas figuras metodológicas foram utilizadas para se construir os discursos dos pesquisados, entre elas, a *ancoragem*, que diz respeito à teoria, ideologia e crença que está fundamentando o discurso; *expressões-chave* que são as partes ou fragmentos das falas das entrevistas, contínuos ou descontínuos, os quais vão expressar a *essência do discurso ou a teoria subjacente*. O DSC trata da reunião das expressões-chave que têm a mesma ideia central ou ancoragem em um discurso-síntese.¹⁰

O material obtido foi analisado segundo perspectiva da análise de conteúdo.¹¹ Neste estudo optamos pela Análise Temática, por ser uma das formas que melhor se adapta à investigação qualitativa na área da saúde.¹¹

Do ponto de vista ético tanto o projeto e o consentimento pós-informado foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das Idéias Centrais (IC) e dos DSC correspondentes à questão I possibilitou que os mesmos fossem agrupados em três categorias, sendo que a primeira com duas subcategorias:

Questão 1: O que você entende sobre a evolução da DA?

A. Doença Degenerativa.

A1- DA, suas fases e evolução.

A2- DA causa dependência de cuidadores.

B. O diagnóstico da DA, sinais e sintomas e reações da família.

C. O cuidador do idoso com DA.

A seguir apresentamos os discursos representativos das categorias encontradas:

A. Doença Degenerativa

(S1/S3/S4/S5/S6/S7/S9/S10/S11)

Percebemos no discurso a seguir que os profissionais de enfermagem têm compreensão que a DA compromete o cérebro, principalmente a memória, causando limitações e degeneração progressiva que leva à total dependência.

“É uma doença degenerativa e que compromete o cérebro, principalmente a memória... A primeira coisa assim é que eles começam a esquecer coisas assim muito recentes... a pessoa esquece onde guardou o celular... esquece panela no fogão, torneira ligada. Coisas que eram de rotina e passam a não fazer mais como, por exemplo, guardar sapato em geladeira, esquecer o caminho que ele fazia todo dia, esquecer nomes... Cada um desenvolve de um jeito,

tem uns que a degeneração é mais rápida e pra outros demora mais... ele lembra muito de dez anos atrás, de vinte anos atrás e há cinco, dez minutos apaga totalmente a memória... Ela não evolui pra melhora, ela evolui que eu saiba só pra piora, em vez de aprender ela vai desaprendendo... assim vai evoluindo a doença até que ela acaba acamada mesmo, sem ter comunicação nenhuma.”

“Uma doença degenerativa é uma doença que consiste na alteração do funcionamento de uma célula, um tecido ou um órgão, excluindo-se nesse caso as alterações devidas a inflamações, infecções e tumores. As doenças degenerativas são assim chamadas porque provocam a degeneração do órgão ou sistema envolvido. Normalmente, as doenças degenerativas resultam de uma combinação entre a predisposição genética e o estilo de vida inadequado. Pode-se citar entre essas doenças a aterosclerose, osteoartrose, osteoporose, demência senil, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, *Diabetes mellitus*, entre outras.”¹²

A1. Doença de Alzheimer: suas fases e evolução (S1/S2/S6/S8/S9)

Pudemos observar nos discursos dos profissionais estudados que eles possuem conhecimentos superficiais dessas fases. Entretanto, mostram ter total entendimento sobre as peculiaridades que cada idoso possui.

“A evolução vai indo a partir dos 60 anos de idade, vai tendo as fases... são quatro fases da doença de mal de Alzheimer; primeiro é memória, depois tem dificuldade locomotora, de andar; depois de falar e vão por vários estágios, estágios de depressão profunda, depois total dependência até a última fase; sonda nasoesférica, posição fetal mesmo... ela acaba acamada, mesmo assim sem ter comunicação nenhuma, é a evolução até que chega um ponto da doença... essa doença vai matando as células, você não tem mais nenhuma, daí você não consegue nem abrir nem fechar os olhos, mexer com as mãos, é o ponto que tá no último estágio, que acaba ficando em uma cama e tudo mais é a última fase... A evolução dela, tem umas que é lenta e outras são bem mais rápidas, aí cada caso é um caso, cada paciente desenvolve de uma forma... tem uns que a degeneração é mais rápida e pra outros demora mais... tem paciente que fica anos no grau um, tem uns que já desenvolvem rápido o grau três; uns são agressivos, outros não... varia de paciente a paciente... mas não vai deixar de evoluir.”

Esta patologia é dividida em quatro fases: inicial ou leve, intermediária ou moderada, final e terminal. Os principais sintomas que são levados em conta para definição das fases são: o principal problema nessa classificação é a subjetividade na avaliação dos sintomas que definem os limites de cada fase, não há uma padronização para tal.¹³

A2. DA causando dependência de cuidadores (S3/S4/S6/S7/S10)

O discurso enfatiza justamente a dependência do idoso para com o cuidador, sendo comparado com os cuidados a uma criança, já que o idoso pode perder até mesmo a capacidade do autocuidado, como alimentação e higiene.

“Com o passar do tempo vão ficando cada vez mais dependentes, precisando mais de nossos cuidados... depende tudo de você, é mais do que uma criança... não digo nem bebê porque é diferente pra gente cuidar... é mais delicado ainda do que um bebê pra cuidar... você tem que pegar e levar até o vaso, até a mesa pra comer; levar pra escovar o dente... fica totalmente dependente da gente... vão regredindo mesmo. Você vê uma pessoa que fazia tanta coisa e, no fim, acabar dependendo do outro... que nem a dona Olívia, na sala tem um quadro dela pintando, ela era pintora, e você vê a pessoa numa situação agora, que não consegue nem se limpar direito sozinha.”

Os sintomas da DA interferem na vida diária, incapacitando o paciente para determinadas tarefas, como se vestir, comer, cuidar da casa, de sua higiene e de gerir sua vida profissional e emocional. A preocupação com quedas é uma constante. Algumas medidas simples podem reduzir esse risco. Entre elas destacam-se: os tapetes aumentam o risco de queda e, por isso, devem ser evitados ou fixados ao chão; sapatos e outros objetos não devem estar no chão; a cama do paciente e o vaso sanitário não podem ser baixos, a fim de facilitar o levantar e o sentar dele.¹³

B. O diagnóstico da DA, sinais e sintomas e reações da família (S1/S3/S7/S9)

Os profissionais citaram a dificuldade no reconhecimento da doença e a importância dos familiares procurarem auxílio médico logo no início.

“A própria família vai começando a perceber os sintomas... quando a família descobre ela já tá bem avançada... tem que procurar um médico, um tratamento e tudo.”

O discurso abaixo mostra que os profissionais de enfermagem têm a percepção sobre a perda da autoestima, já que o idoso se sente limitado e incapacitado de realizar algumas tarefas que antes faziam parte da sua rotina. Além disso, os idosos com DA muitas vezes possuem momentos de agitação e agressividade.

“É uma doença que vai acabando com a própria autoestima, porque eles tão vendo que, no começo, eles vão sentindo que eles estão esquecidos... cada vez mais confusos, tem períodos que eles ficam mais agitados... e, muitas vezes, o paciente chega a ficar até agressivo.”

O quadro clínico é composto por uma síndrome demencial. O paciente apresenta comprometimento da memória, do raciocínio e de conduta. Esses sintomas são frequentemente acompanhados por distúrbios comportamentais, incluindo agressividade, depressão e alucinações.¹⁴

C. O cuidador do idoso com DA (S5/S7/S10)

Com o relato da equipe de enfermagem, pode-se perceber que o cuidado vai muito além de tarefas como alimentação, vestimenta e higiene. Muitas vezes, eles são responsáveis pela segurança do idoso, mesmo que por diversas vezes sejam agredidos devido à alteração de humor e agressividade que a doença pode gerar. Foi muito interessante perceber o quanto os cuidadores dão importância à humanização e ao atendimento individualizado. Relatam que devem “entrar no mundo deles”.

“O profissional tem que ter muita paciência pra cuidar deles, tem que tirar eles do perigo, porque eles não tem noção do perigo... às vezes eles trocam a fome, às vezes tá com dor e diz que é fome.. tem que saber como lidar com eles, porque você tem que conversar, tem hora que eles agredem até a gente... Você tem que entrar um pouco no mundo deles, um pouco não, quase totalmente no mundo deles, pra conseguir ajudar, não queira que ele saia do mundo deles pra vim pro seu porque não vai conseguir.”

Estudos apontam que devido ao acúmulo de trabalho, o cuidador pode apresentar estresse e ansiedade. O atendimento ao idoso exige dedicação, responsabilidade, paciência e abnegação.^{15,16}

A análise das IC e dos DSC correspondentes à questão 2 possibilitou que os mesmos fossem agrupados em duas categorias.

Questão 2: Como você se sente trabalhando com idosos com a DA?

A. Satisfação em trabalhar com idosos portadores de DA

B. Satisfação em trabalhar com idosos portadores de DA com ressalvas

A seguir apresentamos os discursos representativos das categorias encontradas:

A. Satisfação em trabalhar com idosos portadores de DA (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S11)

Os depoimentos mostraram que os profissionais se sentem gratificados em sua função, já que é inerente a ela auxiliar um ser humano com necessidades especiais.

“A gente acaba se divertindo, fica leve, não fica um trabalho pesado, maçante, então eu gosto muito do que eu faço e trato um de cada forma. É muito gratificante poder participar e ajudar, sabe por quê? São pessoas que fizeram tanto e muitas vezes precisam ficar num lugar desse porque a família não tem conhecimento, não tem paciências às vezes de cuidar na casa, né? Mas daí eu gosto bastante, eu brinco, eu dou risada, não tem nada de estresse. Se a gente pudesse dar atenção quinze, vinte minutos, meia hora de atenção pra cada um seria ótimo, né? Procurar fazer o melhor pro paciente. Mas graças a Deus nós temos as nossas folgas que dá pra manter assim, descansada, dá pra descansar bem, então, não é assim cansativo, dá pra controlar os dois.”

É de suma importância a análise dos aspectos psicológicos do cuidador de um paciente com DA. Os sentimentos que o trabalho causa, influenciam no atendimento, comprometendo a qualidade. O senso de humor, a alegria e a disposição podem facilitar a relação entre o cuidador e o idoso com demência, tornando o ambiente mais harmonioso e diminuindo o estresse do trabalho.¹⁷

B. Satisfação em trabalhar com idosos portadores de DA com ressalvas (S5, S6, S9, S10)

Essa categoria identifica que para alguns profissionais existem fatores que interferem na forma como avaliam seu trabalho, como o cansaço, a irritação, o desânimo e o medo.

“Um pouquinho de desgaste a gente sempre tem, porque é repetitivo, é cansativo, né? Eles fazem dez, vinte vezes a mesma pergunta, você tem que tá toda hora respondendo. Por isso que a gente tem que ter a folga, né? É outra, eu procuro entrar aqui e se tiver com problema, tá de TPM deixa lá fora, né? Porque senão acho que a gente surta junto, né? Tem hora que eles tão calmo, mas tem hora assim... parece que é surto geral, daí você entra no surto também; se você não souber separar as coisas você fica maluca... mas daí eu gosto bastante do que eu faço. Mas o Alzheimer é um medo que você acaba tendo também, você convivendo com eles: ‘Será que eu vou ter também? Será que eu vou ser assim?’ Eles sofrem muito, sofre porque eles acham que é real, né? Então assim, lógico, chega uma hora que você tá cansada... Cansa ser humano, cansa! Chega uma hora que você esgota e você tem que dar um tempo e descansar.”

O trabalho de um cuidador pode gerar grande sobrecarga devido ao esforço intenso e desgastante. Entretanto, esse sentimento não influencia na satisfação no trabalho.¹⁸ O cuidado com o cuidador, bem como o autocuidado gera reflexos positivos tanto na sua vida pessoal quanto na profissional.¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Idosos com DA precisam de profissionais de enfermagem habilitados para atender todas as suas necessidades.¹⁹ Essas demandas vão desde auxílio no autocuidado (alimentação, higiene, vestimenta, troca e limpeza de sondas) até questões complexas, como as relacionadas ao aspecto emocional e à vida em família.¹⁹

Sendo assim, preconiza-se que tenham conhecimento sobre essa doença e se identifiquem com esse tipo de tarefa. Devem conhecer sua evolução, suas complicações e, principalmente, os cuidados que esses pacientes vão necessitar. Esses conhecimentos ajudam no desenvolvimento da assistência de enfermagem direcionada para cada fase da doença, individualizando e promovendo a qualidade dos cuidados.

Ao analisarmos as falas, percebemos que o convívio com esses idosos os faz conhecer empiricamente os sinais e sintomas: as alterações cognitivas e comportamentais (esquecimento, perdas das funções progressivas, agressividade, agitação, entre outros). Entretanto, poucos sabem sobre a fisiopatologia, dificultando o conhecimento mais aprofundado de evolução. Embora isso não atrapalhe diretamente no atendimento de algumas necessidades básicas, limita a possibilidade de observação de piora, impossibilitando a imediata intervenção.

O estudo identifica que a vontade de aprender difere de um profissional para o outro. Alguns citaram a importância de estudar e entender o que ocorre com o idoso, já outros não valorizaram o conhecimento científico.

Esses profissionais enfatizaram o quanto gostam de trabalhar com portadores de DA. Consideram gratificante, divertido e sentem que desenvolvem uma troca de afetividade com eles. Alguns, porém, demonstram ressalvas relacionadas ao desgaste físico e emocional. Outros revelam sentimentos de irritação.

Concluimos que esses profissionais possuem conhecimentos empíricos sobre o quadro clínico da DA e a dependência que a mesma causa. Faltam informações mais aprofundadas que poderiam auxiliar no desenvolvimento de seus trabalhos. Do ponto de vista emocional, há um impacto negativo em função da preocupação com sua própria saúde, mas por outro lado há uma satisfação pessoal do trabalho realizado.

Observa-se que há um *déficit* grande em relação à produção científica voltada especificamente para profissionais de enfermagem que cuidam de idosos com DA.

A maior parte dos estudos enfoca o impacto do convívio do cliente com Alzheimer no cuidador não profissional, como, por exemplo, o familiar. Nesses trabalhos muitos dos aspectos observados em nosso estudo são semelhantes, como a sobrecarga de trabalho e o estresse relacionado à atividade de cuidar.

Por outro lado, no nosso estudo a questão da satisfação com o dever cumprido deve ser destacada.

Este trabalho coloca em relevância a necessidade de educação continuada e permanente para esses profissionais. Uma iniciativa interessante foi a elaboração de um manual para cuidadores de idosos com DA, embora se dirija a profissionais leigos. Entretanto, também os aspectos emocionais não podem ser descuidados e seria o ideal que as instituições de longa permanência, que possuem clientes com Alzheimer, tivessem iniciativas para minorar o impacto psicológico, tais como grupo de apoio ou ainda profissionais da área de psicologia para o seu acompanhamento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 1ª ed. 2ª reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. p. 70.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2008 [acesso em 14 set. 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina.
3. Pascoal SMP, Salles RFN, Franco RP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Neto M, Carvalho Filho ET. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 19.
4. Carvalho Filho ETC, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos clínica e terapêutica. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
5. Souza RS. Anatomia do envelhecimento. In: Papaléo Neto M, Carvalho Filho ET. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2a ed. São Paulo: Atheneu; 2002. p. 35-42.
6. Cañado FAX, Horta ML. Envelhecimento cerebral. In: Freitas EV, Py L, Cañado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2006; 194-211.
7. Lindeboom J, Weinstein H. Neuropsychology of cognitive ageing, minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular cognitive impairment. Eur J Pharmacol. 2004;490(1-3):83-6.
8. Falcão DVS, Bucher-Maluschke JSNF. Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. Psicol Estud. 2009;14(4):777-86.
9. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006. cap. 12; p. 207-29.
10. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
11. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; 1998.
12. Feliciano AB, Moraes SA. Demanda por doenças crônico-degenerativas entre adultos matriculados em uma unidade básica de saúde em São Carlos - SP. São Carlos (SP): Rev Latino-Am Enferm. 1999;7(3):41-7.
13. Bastos CC, Guimarães LS, Santos MLADS. Mal de Alzheimer: uma visão fisioterapêutica [Internet]. [acesso 6 setembro 2011]. Disponível em URL: http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revisatas/114.pdf.
14. Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SM, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Arq Neuro-Psiquiatr. 2005;63(3):1-11.
15. Sadir MA, Bignotto MM, Lipp MEN. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. Paidéia. 2010;20(45):1-11.
16. Carmello E. Qualidade de vida no trabalho [Internet]. 2007 [acesso em 04 ago 2011]. Disponível em: http://www.rhportal.com.br/artigos/wmview.php?idc_cad=a7o2sdrwi.
17. Mansur B, Soderberg T. Cuidando do Idoso [Internet]. 2004 [acesso em 27 ago. 2011]. Disponível em: <http://www.santos.sp.gov.br/saude/manual.pdf>.
18. Mayor MS, Ribeiro O, Paúl C. Estudo comparativo: percepção da satisfação de cuidadores de pessoas com demência e cuidadores de pessoas com AVC. Rev Latino-Am Enferm. 2009;17(5):1-8.
19. Borges MF. Convivendo com Alzheimer [Internet] 2008 [acesso em 19 set 2011]. Disponível em: <http://www.cuidardeidosos.com.br/wp-content/uploads/2008/04/manual-do-cuidador-alzheimer.pdf>.