



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

CAIO FERREIRA DE MORAIS

**IMPACTO NA DINÂMICA FAMILIAR DE INDIVÍDUOS COM DOENÇA DE
ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado em forma de artigo, como requisito a formação no Bacharelado em Enfermagem no UniCEUB, sob orientação do Professor Prof. Dr. Danilo Avelar Sampaio Ferreira.

BRASÍLIA
2020

Impacto na dinâmica familiar de indivíduos com doença de Alzheimer

Caio Ferreira de Morais ¹

Danilo Avelar Sampaio Ferreira²

Este estudo considera a perspectiva dos cuidadores/familiares de idosos sobre a doença de Alzheimer. Objetiva observar e explorar o impacto do cuidado na dinâmica familiar e como influenciam em suas práticas de cuidado. É do tipo observacional, transversal, retrospectivo, avalia os dados obtidos pela aplicação de questionários que abordam a qualidade de vida do cuidador e do idoso, na perspectiva do cuidador. Participaram 43 cuidadores familiares, sendo 23,26% homens e 76,74% mulheres. Sobre as respostas ao CPQdV-DA, a maioria das percepções ruins partem de perspectivas que não interferem diretamente no cuidado, porém são fatores que estão interligados ao cuidado. Quanto ao CQdV-DA, a maioria das percepções ruins são pontos que estão relacionadas com a dependência do idoso e condições relacionadas a DA. Como conclusão, emergem como reflexões: a predominância na atividade feminina voltada ao cuidado; a sobrecarga do cuidador, que reflete no processo de cuidar e no estresse do cuidador, gerando sintomas de depressão e ansiedade; e o papel da Enfermagem diante dos processos e dinâmicas familiares dentro do cuidado ao idoso com doença de Alzheimer.

Palavras-chave: Cuidadores; Doença de Alzheimer; Família.

Impact on family dynamics of people with Alzheimer's disease.

Abstract

This study considers the perspective of caregivers/family members of the elderly about Alzheimer's disease. It aims to observe and explore the impact of care on family dynamics and how they influence their care practices. It is an observational, transversal, retrospective type, evaluating the data obtained by applying questionnaires that address the quality of life of the caregiver and the elderly, from the perspective of the caregiver. 43 family caregivers participated, 23.26% men and 76.74% women. Regarding the responses to CPQdV-DA, most of the bad perceptions come from perspectives that do not directly interfere in care, but they are factors that are interconnected to care. As for CQdV-DA, most of the bad perceptions are points that are related to the dependence of the elderly and conditions related to AD. As a conclusion, the following emerged as reflections: the predominance of female activity focused on care; the caregiver burden, that reflects in the caregiving process and the caregiver's stress, generating symptoms of depression and anxiety; and the role of Nursing in the face of family processes and dynamics within the care of the elderly with Alzheimer's disease.

Keywords: Caregivers; Alzheimer Disease; Family.

¹Acadêmico do curso de Enfermagem

² Professor Titular do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde - UniCEUB.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento contínuo e crescente da população mundial é constante e pode ser observado claramente em diversos países. No Brasil, a transição demográfica e epidemiológica pela qual passou o país modificou a pirâmide etária da população, elevando a expectativa de vida e aumentando em cerca de 45,9% a população idosa acima de 65 anos, entre os anos de 1980 a 2000 (KANSO et al., 2011).

Tal situação é resultado de melhoras consideráveis nas condições de vida, na qual a sociedade se encontra nas últimas décadas, principalmente após os anos 60, além do constante avanço das ciências da saúde, que possibilitam melhor tratamento de morbidades consideradas antes intratáveis, resultando em uma maior expectativa de vida. Organizações internacionais preveem que, em 2025, no mundo, existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os idosos mais velhos (com 80 anos ou mais) constituirão um grupo etário de expressiva importância numérica (GOULART, 2011).

Com o aumento da expectativa de vida, ocorre também o surgimento de novas doenças e alterações orgânicas características do envelhecimento e que são inerentes ao avanço da idade. Entre elas, as doenças crônico/neuro degenerativas, que estão entre as principais comorbidades encontradas na população idosa e que possuem um grande impacto na vida dos acometidos e familiares, já que afetam diretamente as atividades anteriormente realizadas por este indivíduo, que passa a necessitar de apoio especial para ter uma qualidade de vida satisfatória. Ao mesmo tempo, não fez com que surgissem políticas públicas que, verdadeiramente, atendessem suas reais necessidades (MOREIRA et al., 2013).

A Doença de Alzheimer (DA), considerada como uma afecção neurodegenerativa, foi descoberta, em 1907, pelo psiquiatra e neuropatologista alemão Alois Alzheimer. Trata-se de uma doença de caráter progressivo e irreversível, de aparecimento insidioso, apresentando, portanto, maior incidência na população com faixa etária por volta de 60 anos, que possuem sinais e sintomas mais evidentes. Os fatores de risco bem estabelecidos para DA são idade e história familiar da doença (o risco aumenta com o número crescente de familiares de primeiro grau afetados) (ZHAO, 2002).

Embora um progresso considerável tenha sido alcançado na compreensão de seus mecanismos bioquímicos e genéticos, a etiologia de DA permanece indefinida. Entretanto, observam-se, nesta doença, atrofia cortical difusa, presença de grande número de placas senis, degenerações grânulo-vasculares, perda neuronal e emaranhados neurofibrilares (LAWS et al., 2003).

Com a progressão da doença, é comum que idosos necessitem de auxílio, principalmente para realizar suas atividades de vida diária (rotina) (AVDs), para tanto, a presença de um cuidador é fundamental para auxiliar o idoso na realização de atividades complexas, principalmente quando há progressão da doença. O atendimento a esses idosos pode ser feito por leigos, cuidadores informais ou não profissionais. Na cultura / na sociedade brasileira, na maioria das vezes, a própria família é responsável por esse cuidado (DUARTE; DIOGO, 2000).

Segundo Boff (2011), o cuidado pode ter dois significados: pode ser entendido como atenção, inquietação, participação emocional ou atenção e solicitude, mas também tem ressonância e pode ser entendida como diferentes perspectivas de cuidado. Essa empatia, amor, ternura, compaixão, gentileza, alegria, medidas justas e carinho podem ser encontrados na prática do cuidar e, juntos, constituem um cuidado completo e de alta qualidade.

No cuidado ao indivíduo com DA, devido ao movimento de seus membros dentro e fora da interação, a família pode ser considerada como um sistema aberto, numa ótica sistêmica. Assim, os comportamentos e as ações de um dos seus membros tanto influenciam, como são influenciados pelos dos outros. O sistema familiar se diferencia e exerce suas funções por meio de subsistemas. Cada membro é um subsistema, ou grupos maiores, que possibilitam a composição de outros subsistemas, por geração, sexo, função ou interesse (MINUCHIN, 1982).

O cuidado dos familiares e as relações entre cuidadores e seus idosos são compreendidos pela Teoria das Representações Sociais, "entidades sociais" que dinamicamente estão em confronto e superação. "O poder e a claridade peculiares das representações - isto é, das representações sociais - deriva do sucesso com que elas controlam a realidade de hoje através da de ontem e da continuidade que isso pressupõe" (MOSCOVISCI, 2015).

Segundo Ximenes, Rico e Pedreira (2014) e Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010), as pessoas não estão preparadas para as responsabilidades e encargos de cuidar de pessoas com demência (como a doença de Alzheimer). Devido ao longo tempo de tratamento e à perda gradativa da função cognitiva, torna-se algo difícil saber como agir contra a doença, como compreender os sentimentos da pessoa afetada e seus próprios sentimentos. A pressão emocional, física e psicológica do cuidador e familiares são comuns e a falta de compreensão da vida do idoso, gradualmente evolui para um estado de total dependência, o que torna cada vez mais necessário que pessoas que convivam com o idoso com DA sejam obrigadas a contribuir no processo de cuidar.

A manutenção dos papéis de gênero difundidos pela cultura brasileira retrata o fato de que as mulheres jovens e de meia-idade, além de cuidarem dos filhos, cuidam também dos pais (GOLDANI, 1999), sendo denominadas "cuidadoras sanduíche" (BRODY, 1989).

Algumas pesquisas internacionais (SZINOVACZ, 2003; BEACH, 1997, 1994; BRODY, 1989; CREASEY; JARVIS, 1989), envolvendo avós com demência, destacaram as relações intergeracionais, ressaltando as mudanças na dinâmica familiar. As pesquisas de Beach (1997, 1994) averiguaram a experiência positiva e o impacto na vida dos netos adolescentes cuidadores de avós com Alzheimer. Analisando as relações familiares de portadores de DA, Creasey e Jarvis (1989) verificaram que o “fardo” vivenciado pelas filhas cuidadoras afetava a relação com seus filhos e o relacionamento destes com os avós portadores.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer, Portaria Conjunta SAS/MS nº 13, de 28 de novembro de 2017, estudos de prevalência sugerem que, no ano 2000, o número de pessoas com DA nos Estados Unidos era de 4,5 milhões. A porcentagem de indivíduos com DA duplica aproximadamente em cada 5 anos de idade a partir dos 60 anos (BRASIL, 2017). No Brasil, três estudos (CHAVES et al., 2009; NITRINI et al., 2004; HERRERA JR et al., 2002) investigaram a prevalência e a incidência desta doença, utilizando amostras de idosos de base comunitária e critérios diagnósticos, dos anos de 2002 a 2009. A incidência foi de 7,7 por 1.000 pessoas-ano, no estado de São Paulo, e 14,8 por 1.000 pessoas-ano, no estado do Rio Grande do Sul. Considerando a prevalência de demência no Brasil e a população de idosos de aproximadamente 15 milhões de pessoas, a estimativa para demência é de 1,1 milhão. A prevalência de demência na população com mais dos 65 anos foi de 7,1%, sendo que a DA foi responsável por 55% dos casos (BRASIL, 2017).

As necessidades impostas pela DA vão além, puramente da dimensão biológica, afetando pessoas em diferentes esferas da vida diária, tais como social, psicológica, econômica ou culturais, que estão inter-relacionadas. Quanto à convivência familiar, os cuidados com o portador da DA se tornam bastante comprometidos por afetarem a mudança na dinâmica familiar, pois é na vida cotidiana, o estágio das relações humanas, com seus poderes, limites e afetos, que o idoso e sua família compartilham seus sentimentos e são afetivamente e afetadamente envolvidos nos cuidados. Entende-se a vida cotidiana como o “modo de viver da humanidade que é mostrado na vida cotidiana, por suas interações, crenças, valores, significados, cultura, símbolos, que descreve o processo de viver” (NITSCHKE, 2007).

O estudo surgiu da necessidade de assistir os cuidadores familiares diante do quadro de estresse e sobrecarga percebido através dos relatos de experiências e testemunhos divulgados em redes sociais na internet. Neste contexto, este estudo teve como propósito avaliar e explorar o impacto que a doença de Alzheimer e como influenciam em suas práticas de cuidado na família, tem como objetivo específico avaliar a perspectiva do cuidado prestado na visão do cuidador e a qualidade de vida do cuidador/familiar e a possibilidade de desenvolver a tensão

no papel do cuidador, verificando os níveis de exaustão emocional e descrença dos familiares. Portanto, o estudo traz para o campo da enfermagem e da saúde pública a necessidade de avaliar a saúde dos cuidadores para garantir a qualidade de vida dos mesmos, assim como a melhora do cuidado prestado, gerando, nesse sentido, aumento da qualidade de vida dos idosos com DA.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal, retrospectivo, com o propósito de avaliar os dados obtidos pela aplicação de questionários, realizados voluntariamente no Centro de Atendimento à Comunidade do Centro Universitário de Brasília (CAC-UniCEUB), de forma on-line, para proteger a saúde dos participantes durante o período de pandemia associada à um novo coronavírus, chamado de SARS-CoV-2, que causa a doença COVID-19, instituído no Brasil desde fevereiro de 2020. O estudo teve foco na população residente em Brasília-DF, mas sendo possível a resposta por meio da ferramenta de formulários da plataforma Google (Google Forms). A coleta de dados teve duração de dois meses, com início em setembro de 2020, estendendo-se até novembro de 2020, feito com a colaboração de familiares que aceitaram ser submetidas a tais avaliações, após o consentimento livre e esclarecido, obtido por meio da assinatura do TCLE (Termos de Consentimento Livre e Esclarecido).

O estudo foi composto por familiares de pacientes diagnosticados com doença de Alzheimer, segundo os critérios do NINCDS-ADRDA (National Institute for Communicative Disorders and Stroke –Alzheimers Diseaseand Related Disorders Association), com idade superior a 18 anos. O familiar deveria estar envolvido no processo de cuidar relacionado à condição do paciente e ter assinado ao TCLE.

As famílias foram identificadas e convidadas a participarem do estudo, por meio de busca ativa, na Associação Brasileira de Alzheimer. Os potenciais participantes também foram recrutados por meio de redes sociais, de grupos de cuidadores, em virtude do isolamento social preconizado pelo Ministério da Saúde, diante do estado de pandemia consequente da Covid-19.

Foram excluídos do estudo os familiares que não concluíram a resposta do questionário, aqueles que não tinham disponibilidade ou não queriam responder ao questionário e que não assinaram o TCLE.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do UniCEUB, conforme CAAE 33094920.3.0000.0023, e posterior aprovação sob parecer de nº 4.245.357, datado 7 de agosto de 2020. Respeitando-se as prerrogativas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e da 510/2016 CNS/MS, e de suas complementares, resoluções vigentes na ocasião de análise junto ao CEP.

O estudo contou com 43 participantes, componentes de um único grupo: familiares envolvidos no cuidado de parentes acometidos com doença de Alzheimer (n = 43). Foram considerados como critérios de inclusão do estudo: (a) familiares de pacientes diagnosticados com doença de Alzheimer, segundo os critérios do NINCDS-ADRDA (*National Institute for Communicative Disorders and Stroke –Alzheimer's Disease and Related Disorders Association*), de McKhann et al. (1984); (b) idade superior a 18 anos; (c) familiar envolvido no processo de cuidar relacionado à condição do paciente; (d) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os componentes responderam a um formulário Google que possuía um instrumento adaptado, traduzido e validado para a cultura brasileira para avaliação da qualidade de vida (QV) de cuidadores e idosos com DA e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento possui três versões: uma para o próprio paciente avaliar a sua QV (PQdV-DA), uma para o cuidador avaliar o paciente (CQdV-DA) e outra para o cuidador se autoavaliar (CPQdV-DA). Neste estudo, foram utilizadas duas versões: a CQdV-DA e a CPQdV-DA. As treze dimensões da escala (saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, você em geral, capacidade de fazer tarefas, capacidade de fazer atividades de lazer, dinheiro e a vida em geral) foram avaliadas pelos participantes por meio da atribuição de notas que variaram de 1 (ruim) à 4 (excelente) (LOGSDON, 2002).

Após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), iniciou-se a busca pelos possíveis participantes. Os dados de cada indivíduo foram coletados por meio do Formulário Google on-line, sendo seu acesso permitido por meio de um e-mail. O resultado foi considerado conforme as respostas obtidas nos instrumentos, sem a intervenção de outrem, embora estes pudessem estar presentes no momento do preenchimento.

Todos os dados coletados foram tabulados, com o auxílio do software Excel Microsoft Corporation, versão 10.0, for Windows para processamento e comparados diante das respostas obtidos acerca da percepção das treze dimensões dispostas em cada questionário.

Os participantes foram informados a respeito dos objetivos da pesquisa e consultados sobre a disponibilidade para participação na mesma, sendo garantido o sigilo das informações pessoais. Somente após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e sua assinatura on-line no mesmo formulário, as respostas dos participantes do questionário puderam ser verificadas e preenchidas. Nenhum sujeito foi exposto a problemas que lhes causassem desconforto ou humilhação. Nenhum dano físico foi observado com o instrumento proposto neste estudo.

3 RESULTADOS

A amostra dos cuidadores/familiares dos idosos com doença de Alzheimer deste estudo foi composta por 43 pessoas, como informado acima, sendo observada maior predominância de mulheres (76,74%, n = 33), quando comparadas com participantes do sexo masculino (23,26%, n = 10).

A qualidade de vida dos idosos com DA, segundo o relato dos cuidadores familiares de paciente com diagnóstico de DA, e os resultados obtidos por meio do questionário para o cuidador se autoavaliar (CPQdV-DA) são apresentados, em frequência e porcentagem, na Tabela 1. Os resultados da CQdV-DA, nas versões do cuidador familiar, sobre o paciente, estão dispostos na Tabela 2.

Tabela 1 - Percepções dos cuidadores familiares de idosos com diagnóstico de DA acerca de cada dimensão da QV do cuidador. (em número e porcentagem).

PERCEPÇÃO/NOTA				
Versão	Ruim/1	Regular/2	Bom/3	Excelente/4
Saúde física	3 (7%)	16 (37,2%)	19 (44,2%)	5 (11,6%)
Disposição	9 (20,9%)	14 (32,6%)	17 (39,5%)	3 (7%)
Humor	6 (14%)	20 (46,5%)	15 (34,9%)	2 (4,7%)
Moradia	1 (2,45%)	4 (9,5%)	22 (52,4%)	15 (35,7%)
Memória	2 (4,7%)	14 (32,6%)	20 (46,5%)	7 (16,3%)
Família	3 (7%)	11 (25,6%)	23 (53,5%)	6 (14%)
Casamento*	1 (2,3%)	2 (4,7%)	4 (9,3%)	6 (14%)
Amigos	5 (11,6%)	9 (20,9%)	19 (44,2%)	10 (23,3%)
Você em geral	8 (18,6%)	15 (34,9%)	17 (39,5%)	3 (7%)
Tarefas	4 (9,3%)	17 (39,5%)	15 (34,9%)	7 (16,3%)
Lazer	8 (18,6%)	12 (27,9%)	13 (30,2%)	10 (23,3%)
Dinheiro	6 (14%)	16 (37,2%)	20 (46,5%)	1 (2,3%)
A vida em geral	3 (7%)	12 (27,9%)	23 (53,5%)	5 (11,8%)

Fonte: próprio autor

*Na dimensão do **casamento**, 30 (69,8%) dos participantes, declararam que não eram casados.

Tabela 2 - A percepção de cuidadores familiares acerca de cada dimensão da QV do idoso com diagnóstico de doença de Alzheimer na percepção do cuidador. (em número e porcentagem).

PERCEPÇÃO/NOTA				
Versão	Ruim/1	Regular/2	Bom/3	Excelente/4
Saúde física	10 (23,3%)	24 (55,8%)	9 (20,9%)	0 (0%)
Disposição	17 (39,5%)	17 (39,5%)	8 (18,6%)	1 (2,3%)
Humor	12 (27,9%)	15 (34,9%)	16 (37,2%)	0 (0%)
Moradia	4 (9,3%)	5 (11,6%)	23 (53,5%)	11 (25,6%)
Memória	31 (72,1%)	8 (18,6%)	3 (7%)	1 (2,3%)
Família	8 (18,6%)	18 (41,9%)	12 (27,9%)	5 (11,6%)
Casamento*	1 (2,3%)	5 (11,6%)	10 (23,3%)	3 (7%)
Amigos	22 (51,2%)	10 (23,3%)	10 (23,3%)	1 (2,3%)
Você em geral	13 (30,2%)	17 (39,5%)	10 (23,3%)	3 (7%)
Tarefas	31 (72,1%)	7 (16,3%)	5 (11,6%)	0 (0%)
Lazer	33 (76,7%)	4 (9,3%)	6 (14%)	0 (0%)
Dinheiro	5 (11,6%)	14 (32,6%)	19 (44,2%)	5 (11,6%)
A vida em geral	14 (32,6%)	17 (39,5%)	11 (25,6%)	1 (2,3%)

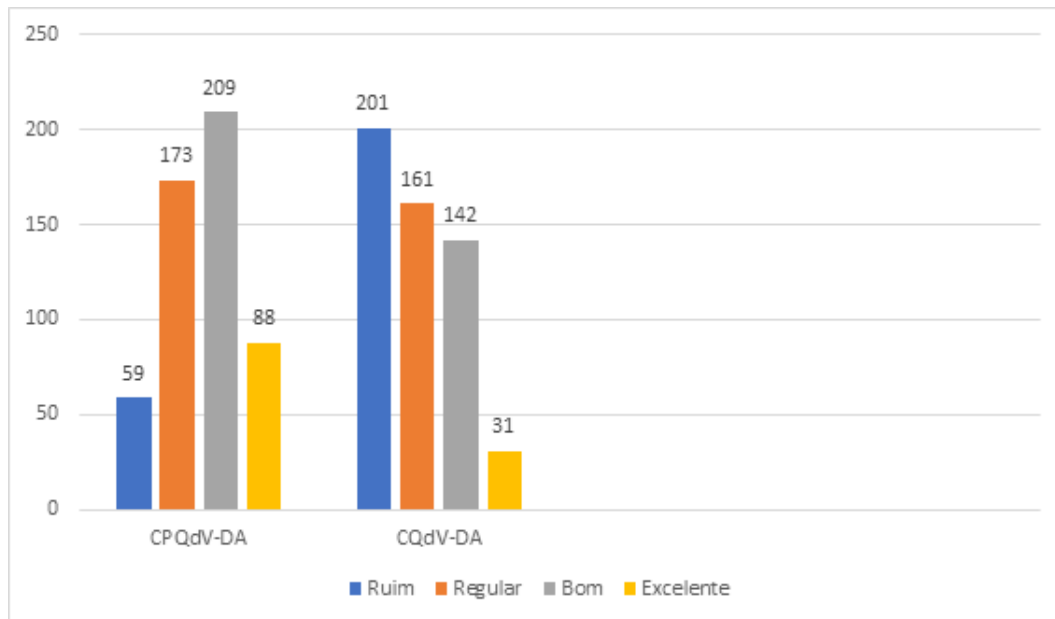
Fonte: próprio autor

Na dimensão do **casamento, os participantes declararam que 24 (55,8%) dos idosos com diagnóstico de DA não eram casados.*

A Figura 1, por sua vez, apresenta a distribuição das percepções positivas e negativas da QV do idoso, sob a ótica dos cuidadores familiares e a QV do cuidador dentro da sua própria visão. Estes dados são resultado da pontuação final obtida após as respostas aos questionários.

A Figura 1 traz a diferença das respostas gerais entre o CPQdV-DA e o CQdV-DA, e avaliando esses dados é possível observar que os fatores que modificam as respostas estão ligados ao cuidado e a demanda que é exigida dos idosos com DA. A limitação física e psíquica do idoso com DA influencia nos fatores sociais, emocionais e físicos daqueles que são responsáveis pelo cuidado.

Figura 1 - Distribuição das percepções positivas e negativas da QV do idoso, segundo seus cuidadores familiares e a QV do cuidador a partir da auto percepção.



No que diz respeito aos resultados obtidos na parte do questionário voltada para a autoavaliação do cuidador (CPQdV-DA), a maioria das percepções negativas partem de perspectivas que não interferem diretamente no cuidado ao parente com DA, porém, são fatores que estão interligados ao cuidado prestado por serem aspectos que demonstram sobrecarga e, frequentemente, depressão, estresse e ansiedade. As perspectivas de disposição, humor, amigos, você em geral e lazer foram as que tiveram, dentro da classificação “ruim”, a maior quantidade de respostas. Variando entre 5 e 9 respostas em cada item, dentre as 59 respostas totais. Isso pode significar/indicar que os cuidadores/familiares estão, de forma geral, tendo suas relações sociais afetadas pela sobrecarga e responsabilidade no cuidar de seus parentes, o que pode ser um grande indicador na tensão no papel de cuidador.

O questionário voltado para a avaliação QV do idoso na visão do cuidador (CQdV-DA), permitiu verificar, através de algumas perspectivas do questionário, suas limitações em decorrência da DA e os fatores que mais interferem na sobrecarga do cuidado diante da condição imposta pela doença. A maioria das percepções negativas partem de perspectivas que estão relacionadas com a dependência do idoso e condições relacionadas a DA. As perspectivas de saúde física, disposição, humor, lazer, memória, amigos e a capacidade de realizar tarefas domésticas foram as que tiveram, dentro da classificação “ruim”, a maior quantidade de respostas, variando entre 33 e 17 respostas em cada item, dentre as 201 respostas.

4 DISCUSSÃO

O envelhecimento humano não deve ser considerado sinônimo de doença e dependência, mas o crescimento da população idosa aumentou o número de indivíduos mais velhos e com fragilidades física e emocional. Geralmente, ocorre concomitante a situações mais suscetíveis a condições patológicas e doenças crônicas, que, quando não tratadas adequadamente, ou controladas, podem resultar na perda de autonomia e conseqüentemente rebaixamento da capacidade funcional (MARTINS; RIBEIRO; GARRETT, 2003).

Devido à fraqueza e à dependência dos idosos, com o passar do tempo, há possibilidade de mudanças que recaem sobre o cuidador e aumentam o peso dos cuidados prestados. Essas mudanças podem ocorrer exigindo maior esforço. Essa demanda é gerada pela redução da capacidade de satisfazer as habilidades funcionais do idoso, as quais provêm das conseqüências do comportamento, da vulnerabilidade, da pressão física, psicológica e/ou social dos idosos com diagnóstico de DA (CARRETERO, 2009).

Os cuidadores responsáveis pelo cuidado ao parente com DA costumam, em geral, reclamar de sobrecarga, geralmente acompanhada de depressão, estresse e ansiedade. Na maioria das vezes, os cuidadores se abstêm de suas atividades profissionais, de lazer e do autocuidado, ações essas que podem levar à diminuição da QV do cuidador, o que interfere diretamente no cuidado prestado aos idosos (NARDI, 2013).

Juntamente com o processo de envelhecimento, as doenças crônicas não transmissíveis, como o mal de Alzheimer, atribuem ao otente perdas cognitivas, declínio sensorial, acidentes e isolamento social, que causam dependência funcional naqueles que são acometidos pela DA. A dependência funcional diz respeito à incapacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma. Quando a incapacidade funcional ocorre, a família é quem assume, geralmente, a tarefa do cuidado diário ao idoso, muitas vezes sem a preparação e o conhecimento adequados ou o suporte para tal papel (GRATÃO, 2013).

Em relação ao diagnóstico médico, doenças crônicas ou de longa duração requerem cuidados mais intensos e maior demanda dos cuidadores, sendo que o bom desempenho dos cuidadores depende também de programas de tratamento adequados, de serviços acessíveis e de ações integrais, que podem, muitas vezes, auxiliar no tratamento do doente. O cuidado ao idoso por parte dos familiares requer a participação e o fornecimento de todo o suporte necessário, seja no preparo das refeições, no lazer ou auxiliando na medicação diária. As pessoas com doenças crônicas podem manter a estabilidade das próprias condições, o que não se aplica tão bem ao portador da DA. Logo, acompanhar e consultar os idosos com frequência para avaliação de sua saúde é fundamental. Assim, além do cuidado doméstico, cuidar do

paciente em casa também é uma experiência cada vez mais frequente e complicada (MANOEL, 2013).

Embora toda a família seja afetada por esta doença, é o cuidador principal do paciente que assume os cuidados físicos, emocionais e até financeiros. O estresse crônico pode se manifestar nos cuidadores, acarretando problemas físicos e psicológicos, proveniente, muitas vezes, do isolamento social decorrente das responsabilidades que o cuidado exige e da sobrecarga vindas das atribuições que os idosos com DA demandam (ALMEIDA et al., 2007).

As pessoas mais propensas ao quadro de estresse são aquelas encarregadas “de cuidar”, ou seja, possuem relações diretas com quem é cuidado (PEREIRA, 2013), dado que corrobora com os encontrados em nosso estudo, no qual as percepções do CPQdV-DA apresentam presença de quadro de estresse e alterações em perspectivas com aspectos psicossociais, como humor, disposição, relação com amigos. O que os tornam dados preocupantes por serem aspectos que demonstram sobrecarga e, frequentemente, depressão, estresse e ansiedade nesses cuidadores.

Considerando o quadro de estresse, uma variedade de distúrbios psicossomáticos pode ocorrer, de modo que a condição de ansiedade ou de estresse não pode ser vista apenas como manifestação psíquica ou puramente somática. Quando excessivo, é capaz de produzir certas consequências para o indivíduo em si, para sua família e para a comunidade onde vive (SOUZA et al., 2014).

Segundo Lipp, a qualidade de vida sofre um dano bastante significativo e, frequentemente, os indivíduos, nessa situação, relatam “vontade de fugir de tudo”. O que vai de encontro com às boas condições psicológicas do ser humano, onde o estresse excessivo produz cansaço mental, dificuldade de concentração, perda de memória imediata, apatia e indiferença emocional (LIPP, 2002). Dúvidas surgem em virtude da percepção do desempenho insatisfatório. Crises de ansiedade e de humor depressivo se seguem. A libido fica reduzida e os problemas de ordem física se fazem presentes.

Cabe ressaltar que os resultados desta pesquisa apontaram que 76,74% dos participantes são do sexo feminino. O que afirma, na visão de Badinter, o sentido moral baseado em uma “sociedade burguesa”, onde o comportamento de cuidar é muitas vezes atribuído às mulheres e naturalizado para aparecer como exclusividade e composição da situação feminina (BADINTER, 1985). Neste sentido moral, valores como altruísmo e atribuições ligadas ao cuidado de familiares são delegados às mulheres.

Observa-se, nas falas do senso comum, que a naturalização da mulher e a responsabilidade pelo processo de cuidar está relacionado aos diferentes cargos que lhe são

atribuídos na família: esposa ou companheira, filha, mãe, tia, avó. No entanto, não importa em que posição a mulher esteja, contanto que seja uma mulher, os membros da família que estão doentes e precisam de atenção ou cuidados contínuos para a manutenção do direito à vida se tornaram, em geral, a responsabilidade e a prioridade dos projetos de vida dessas mulheres. Ao concordar com comportamentos de cuidado, as mulheres, muitas vezes, distanciam-se da possibilidade de outras opções ou se distanciam dos próprios projetos e cuidar do outro se torna sua vida diária (ZAGABRIA, 2001).

As limitações do paciente com DA se relacionam com a incapacidade de realizar as atividades da vida diária (AVD), o que é perceptível nesse estudo, ao se observarem as respostas do PQdV-DA, onde a maior negativa parte das percepções relacionadas com a condição imposta aos idosos pela dependência e condições relacionadas a DA como nas percepções de saúde física, disposição, humor, memória e a capacidade de realizar tarefas domésticas. O portador de DA exige do cuidador familiar sua presença de modo integral no desempenho das tarefas como higiene e conforto, exacerbando no cuidador sentimentos que oscilam entre a raiva, pela teimosia do doente, e pena, por ter um familiar portador de uma doença progressiva e irreversível (CALDAS, 2002).

Observa-se que o cuidador preparado para lidar com o Alzheimer e mais experiente tende a se torna menos ansioso e mais seguro dos cuidados, o que se reflete em maior capacidade e disponibilidade para cuidar do doente. As instituições de saúde e de caráter social devem disponibilizar toda as informações ao cuidador. Desta forma, emerge o profissional da Enfermagem como uma possibilidade de mediar as ações de educação em saúde, desenvolvendo ações intersetoriais em sua *práxis* profissional. As enfermeiras e os enfermeiros poderão propor, conjuntamente, um plano de assistência para que o cuidado possa retardar os efeitos degenerativos da DA e conviver com os sinais e sintomas da melhor maneira possível.

Há uma lacuna importante para a vida e para saúde do cuidador, o que significa que os profissionais de saúde precisam dar explicações compreensíveis, trocar experiências e promover a abertura e o diálogo com os familiares sobre a doença, para que a o cuidado possa ser realizado com segurança no domicílio (SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014).

Na prática clínica, para se adotar o diagnóstico de Enfermagem proposto pela NANDA-Internacional - tensão do papel do cuidador, definido como dificuldade para desempenhar o papel de cuidador da família (HERDMAN; KAMITSURU, 2018), observa-se a necessidade de refinamento devido a sua amplitude, pois é composto por 34 características definidoras e 58 fatores associados e dispostos de forma excedente e inespecífica.

Em situações clínicas, os(as) enfermeiros(as) consideram o que veem, ouvem, cheiram e tocam e determinam pistas, que são as unidades de dados sensoriais que apontam para o diagnóstico. Portanto, é necessário investigar o que é apontado na literatura como fatores que contribuem para a decisão diagnóstica. Logo, faz-se necessário identificar os diagnósticos de enfermagem, caracterizá-los e relacioná-los, pois são julgamentos clínicos sobre respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde/processos de vida reais ou potenciais (CARPENITO, 2018).

Assim, conhecer a família que acolhe o sujeito com DA, suas peculiaridades e suas especificidades, entre outros aspectos, podem ajudar na organização de suas rotinas, diminuindo situações de conflito e apoiando as fragilidades impostas pelo contingente da doença.

5 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu compreender a necessidade de direcionar as pessoas que atuam como cuidadores familiares de idosos com Doença de Alzheimer, bem como suas maiores dificuldades, emoções, limitações, desgastes, mas também a dedicação com que cuidam de seu familiar. Os participantes deste estudo foram predominantemente mulheres, o que reflete no modelo do patriarcado baseado em uma “sociedade burguesa”. Este “achado” contribui para a percepção da necessidade de dar às mulheres mais atenção nas perspectivas de suas próprias condições de saúde, além de suporte no papel de cuidador(a), que deve ser distribuído independente do gênero ou de sua ocupação dentro do lar, para que a assistência e o cuidado ao idoso com DA sejam facilitados, melhor prestados e sem grandes desgastes para o responsável por ele.

Com este estudo, corroborou-se com a “tese” de que o aumento na expectativa de vida traz um risco maior de desenvolver demência (como a doença de Alzheimer). Assim, infere-se que os pacientes com doença de Alzheimer precisarão de cuidados em casa e mudarão a vida diária de muitas famílias. O estudo mostra que, ao cuidar de familiares com doença de Alzheimer, os cuidadores vivenciam sentimentos diversos, exigindo atenção e entusiasmo dos profissionais de saúde e melhor execução (ou mesmo elaboração de mais ou de específicas) das políticas públicas voltadas para os idosos e/ou para os indivíduos que convivem com alguma doença neurodegenerativa. Os cuidadores secundários e terciários merecem atenção, mas são os cuidadores primários que têm a maior carga e precisam de mais apoio.

Cuidar de familiares que sofrem com a doença de Alzheimer exige que os cuidadores aprendam a conviver e a lidar com a dor dos outros, muitas vezes tendo que esconder suas dores

e necessidades. Além disso, conviver com familiares com doença de Alzheimer exige que os cuidadores “abram mão” de muitos aspectos de suas vidas pessoais em benefício da outra parte, o que aumenta o risco do indivíduo e da família de desenvolverem a tensão no papel do cuidador e as doenças associadas a sobrecarga e privação das relações sociais, como ansiedade e depressão. Ademais, verifica-se a necessidade de realizar ações que melhorem a qualidade de vida dos idosos com DA, mesmo sem ter conhecimento das mesmas.

Profissionais de saúde, devem desenvolver práticas buscando e possibilitando diálogos, respeitando os saberes, as crenças, o meio ambiente, bem como oportunizando aprendizado aos cuidadores, com a finalidade de garantir qualidade da assistência aos portadores de Doença de Alzheimer e o suporte aos responsáveis pelo cuidado, evitando o desenvolvimento da tensão no papel de cuidador.

A situação vivenciada por familiares cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer “alerta” para que os profissionais de saúde percebam a importância de promoverem estratégias que viabilizem a ascensão da qualidade de vida desses cuidadores, bem como dos idosos com Doença de Alzheimer. Há necessidade “urgente” de atenção com esses cuidadores familiares, principalmente, por parte do poder público, com a disponibilidade de profissionais capacitados para lidar com as famílias e não apenas com os doentes. Essa questão é crucial para o cuidador familiar, pois necessita de informações claras dos profissionais de saúde, competências objetivas e compreensíveis acerca dessa doença, dos seus sintomas e da sua progressão. Desta forma, o cuidador estará preparado para realizar um cuidado domiciliar mais seguro e menos desgastante, contribuindo também para o bem-estar do paciente e mantendo um ambiente de convívio melhor. Neste sentido, o grande propósito é (ou deveria ser) o grande propósito da práxis em saúde: melhoria do bem-estar do paciente, da família e do prestador de serviço/cuidador.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. A. R. P. et al. Análise da sobrecarga e qualidade de vida em cuidadores de pacientes portadores de sequelas de acidente vascular encefálico. **Livro de Memórias do IV Congresso Científico Norte-nordeste**. Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 40-46, 2007. Disponível em: http://www.sanny.com.br/pdf_eventos_conaff2/Artigo05.pdf. Acesso em: 13 out. 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)**. 5 ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BEACH, D. L. Cuidado familiar: o impacto positivo nas relações dos adolescentes. **Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 233-238, 1997. Doi: <https://doi.org/10.1093/geront/37.2.233>. Acesso em: 10 out. 2020.

_____. Family care of Alzheimer victims: an analysis of the adolescent experience. **The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research**, v. 9, n. 1, p. 12-19, 1994. Doi: <https://doi.org/10.1177/153331759400900103>. Acesso em: 17 out. 2020.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Conjunta nº 13, de 28 de novembro de 2017. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer**. 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/465660-17-10-MINUTA-de-Portaria-Conjunta-PCDT-Alzheimer-27-11-2017---COMPLETA.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html#:~:text=1%20o%20Esta%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20disp%C3%B5e,existentes%20na%20vida%20cotidiana%2C%20na. Acesso em: 18 set. 2020.

_____. _____. _____. **Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 set. 2020.

BRODY, E. M. **Alzheimer's disease treatment and family stress: directions for research**. Washington. National Institute of Mental Health. 1989.

CALDAS, C. P. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. **Textos Envelhec.** Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 39-56, 2002. Disponível em: <http://www.rbgg.com.br/arquivos/edicoes/TSE%204-8.pdf#page=38>. Acesso em: 23 out. 2020.

CARPENITO, L. J. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 15 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

CARRETERO, S. et al. The informal caregiver's burden of dependent people: theory and empirical review. **ArchGerontolGeriatr** v. 49, n. 1, p. 74-79, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.05.004>. Acesso em: 15 out. 2020

CHAVES, M. L. et al. Incidence of Mild Cognitive Impairment and Alzheimer Disease in Southern Brazil. **J GeriatrPsychiatryNeurol** v. 22, n. 3, p. 181-187, 2009. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0891988709332942?casa_token=ocs5Xj4gZn8AAAAA:LTaXvbX2_If2kGzxxzcDGMnBpdl2iomfhmMcJWVKeJ0bYUKcmMOvthroFD5896yiZYhxcnIh14nF4. Acesso em: 27 set. 2020.

CREASEY, G. L.; JARVIS, P. A. Grandparents with Alzheimer's disease: effect of parental burden on grandchildren. **Family Therapy**. Washington, v. 16, n. 1 p.79-85,1989. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1989-37004-001>. Acesso em: 10 out. 2020.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar: Um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

GOLDANI, A. M. **Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros**. Rio de Janeiro: IPEA, p. 75-114, 1999. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-288192>. Acesso em: 10 set. 2020.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4857.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **RevEscEnferm**. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a17v47n1.pdf>. Acesso em: 16 set. 2020

HERDMAN, T. Heather; KAMITSURU, Shigemi. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2018-2020**. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

HERRERA JR, E. et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer DisAssocDisord**. Filadélfia, v. 16, n. 2, p. 103-108, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1743.pdf>. Acesso em: 17 set. 2020.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 891-899, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/11.pdf>. Acesso em: 19 set. 2020.

KANSO, S. et al. Diferenciais geográficos, socioeconômicos e demográficos da qualidade da informação da causa básica de morte dos idosos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1323-1339, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/08.pdf>. Acesso em: 14 set. 2020.

LAWS, S. M. et al. Expanding the association between the APOE gene and the risk of Alzheimer's disease: possible roles for APOE promoter polymorphisms and alterations in APOE transcription. **J Neuroche**. Estados Unidos, v. 84, n. 6, p. 1215-1236, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12614323/>. Acesso em: 04 out. 2020.

LIPP, M. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

LOGSDON, R. G. et al. Assessing Quality of life in Older Adults with Cognitive Impairment. **Psychosom**. Estados Unidos, v. 64, n. 3, p. 510-519, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12021425/>. Acesso em: 10 out. 2020.

_____. Quality of life in Alzheimer's disease: Patient and Caregiver Reports. **Journal of Mental Health and Aging**. Washington, v. 5, n. 1, p. 21-32, 1999. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Susan_Mccurry/publication/232417911_Quality_of_Life_in_Alzheimer's_disease_Patient_and_Caregiver_Reports/links/00b7d536bb4ef116f2000000/Quality-of-Life-in-Alzheimers-disease-Patient-and-Caregiver-Reports.pdf. Acesso em: 09 out. 2020.

MANOEL, M. F. et al. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 346-53, 2013. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200020>. Acesso em: 13 set. 2020.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J. P., GARRETT, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psic. Saúde & Doenças**, v. 4, n. 1, p. 131-148, 2003. Disponível em: <http://sp-ps.pt/uploads/jornal/51.pdf>. Acesso em: 19 set. 2020.

MATSUI, T. et al. Determinants of quality of life in Alzheimer's disease Patients as assessed by Japanese version of the quality of life - Alzheimer's Disease scale. **Dement Geriatr Cogn Disord**. Estados Unidos, v. 21, n. 3, p. 182-191. 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16401890/>. Acesso em: 09 out. 2020.

MCKHANN, G. et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. **Neurology**. Estados Unidos, v. 34, n. 7, p. 939-944, 1984. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6610841/>. Acesso em: 12 out. 2020.

MINUCHIN, S. **Famílias: Funcionamento e Tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

MOREIRA, R. M. et al. Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 27-38. 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17629>. Acesso em: 11 set. 2020.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

NARDI, E. F.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **RevLatAmEnferm**, v. 21, n. 5, p. 1096-1103, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1096.pdf. Acesso em: 11 set. 2020.

NITRINI, R. et al. Incidence of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population. **Alzheimer DisAssocDisord**. Estados Unidos, v. 18, n. 4, p. 241-246, 2004. Disponível em: https://journals.lww.com/alzheimerjournal/Fulltext/2004/10000/Epidemiologic_Survey_of_Dementia_in_a.15.aspx?casa_token=MWRdL2nkAoAAAAA:NstrRlvRk59DNlvpiaEaSmbb5104S0aDburZ2Zu5J_BZd1I_rLFgWjhFiSjK9jgCgQeW9i0AXdajTIAAh-5vI87-d-_PO9Acf. Acesso em: 29 set. 2020.

NITSCHKE, R. G. Pensando o nosso cotidiano contemporâneo e a promoção de famílias saudáveis. **Ciência Cuidado Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, supl 1, p; 24-26, 2007. Disponível em: <http://scholar.google.com/citations?user=HaiwFN0AAAAJ&hl=pt-BR>. Acesso em: 12 set. 2020.

NOVELLI, M. M. P. C. **Validação da escala de qualidade de vida (Qdv-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores/familiar**. Tese

(Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5138/tde-17102014-120122/publico/MarciaMariaPiresCamargoNovelli.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

PEREIRA, R. A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **RevEscEnferm**. São Paulo, v. 47, n. 1, p. 185-192, 2013. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100023>. Acesso em: 29 set. 2020.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H. A.; CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **RevBrasEnferm**. Brasília, v. 67, n. 2, p. 233-240, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0233.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

SOUZA, L. E. et al. Relação entre estresse e as disfunções da ATM nos alunos e professores da Universidade Católica de Petrópolis. **Fisioterapia Brasil**. Minas Gerais, v. 5, n. 5, p. 363-368, 2004. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/download/3170/5017>. Acesso em: 20 set. 2020.

SZINOVACZ, M. E. Caring for a demented relative at home: effects on parent-adolescent relationships and family dynamics. **JournalofAgingStudies**. Estados Unidos, v. 17, n. 4, p. 445-472, 2003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S089040650300063X>. Acesso em: 10 nov. 2020.

XIMENES, M. A.; RICO, B. L. D.; PEDREIRA, R. Q. Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, n. 17, v. 2, p. 121-140, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21630/15877>. Acesso em: 25 set. 2020.

ZAGABRIA, D. B. **O cotidiano de cuidadores de idosos dependentes: o limite entre o cuidado e os maus tratos**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10053/8779>. Acesso em: 15 out. 2020.

ZHAO, Q.; TANG, X. C. Effects of huperzine A on an acetylcholinesterase isoforms in vitro: comparison with tacrine, donepezil, rivastigmine and physostigmine. **Eur J Pharmacol**, Estados Unidos, v. 455, n. 2, p. 101-107, 2002. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0014-2999\(02\)02589-X](https://doi.org/10.1016/S0014-2999(02)02589-X). Acesso em: 13 out. 2020.