

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**A ABORDAGEM DO ENFERMEIRO AO PORTADOR DE ALZHEIMER, A  
FAMÍLIA E AO CUIDADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

**CLÁUDIA CAROLINE DE OLIVEIRA FONSECA**

**BELO HORIZONTE - MG**

**2012**

**CLÁUDIA CAROLINE DE OLIVEIRA FONSECA**

**A ABORDAGEM DO ENFERMEIRO AO PORTADOR DE ALZHEIMER, A  
FAMÍLIA E AO CUIDADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, como requisito parcial para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientadora: Eulita Maria Barcelos

**BELO HORIZONTE - MG**

**2012**

**CLÁUDIA CAROLINE DE OLIVEIRA FONSECA**

**A ABORDAGEM DO ENFERMEIRO AO PORTADOR DE ALZHEIMER, A  
FAMÍLIA E AO CUIDADOR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica em  
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas  
Gerais, como requisito parcial para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientadora: Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup> Eulita Maria Barcelos – orientadora

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovada em Belo Horizonte 12 de setembro de 2012

Falar em família é mergulhar em águas de diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de sua cultura e, também, de sua orientação religiosa e filosófica, entre outros aspectos. A família tem sido apresentada, e reapresentada, sob diferentes definições, noções, conceitos, tipos e mesmo atribuições, podendo ainda ser vista segundo diferentes linhas teóricas distintas (NITSCHKE, 1999, p.41).

À família e amigos , pessoas que te movem e participam fielmente das decisões mais difíceis de nossas vidas. É para eles que dedico este trabalho por, certamente, estarem de alguma forma presentes em cada sentimento expressado nesta composição.

## **AGRADECIMENTOS**

À Prefeitura de Belo Horizonte por proporcionar-me o crescimento em mais uma fase da minha vida profissional.

À Universidade Federal de Minas Gerais,

Ao NESCON e professores por contribuírem nesse processo de aprimoramento, em especial à minha orientadora Eulita Maria Barcelos que certamente foi decisiva para que eu seguisse meu caminho, com sua forma doce, humana e persistente de motivação.

## RESUMO

A doença de Alzheimer caracteriza-se por um declínio insidioso progressivo da memória e de outras funções corticais, como linguagem, conceito e julgamento. A demência, por ser irreversível e apresentar deterioração progressiva, pode ter efeitos devastadores nos indivíduos e seus familiares. Este trabalho foi desenvolvido a partir da revisão e objetivou possibilitar ao enfermeiro da atenção primária de saúde um olhar diferenciado na abordagem ao portador de Alzheimer, sua família e ao cuidador. Os resultados apresentados demonstraram que as pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais necessitam de uma atenção mais intensiva dos profissionais de saúde devido ao aparecimento de doenças degenerativas e até comprometimento mental e outras co-morbidades como a demência. Ela tem um forte impacto sobre a qualidade de vida tanto dos portadores quanto dos familiares /cuidadores, é considerada como um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. O profissional enfermeiro precisa atualizar e reciclar seus conhecimentos a respeito do cuidado ao idoso portador de demência de Alzheimer. Cabe a ele, então, planejar, construir, organizar e desenvolver ações individuais e coletivas, com avaliação constante de seus resultados. Para isso faz-se necessário a visualização sistêmica e integral do indivíduo e sua família. A equipe de saúde da família deve assistir, de maneira individualizada, o paciente e seus cuidadores, levando em consideração as limitações físicas, psíquicas e ambientais. Este cuidado exige uma interdisciplinaridade de saberes. Os profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família devem informar à família e ao cuidador o quadro evidenciado, o prognóstico, elaborar um processo terapêutico e de intervenções, com intuito de diminuir os impactos que a doença venha causar no núcleo familiar.

Palavras Chave: Idoso. Alzheimer. Cuidado de enfermagem. Atenção básica.

## **ABSTRACT**

Alzheimer's disease is characterized by an insidiously progressive decline of memory and other brain functions such as language, concept and judgment. Dementia, being irreversible and progressive deterioration present, can have devastating effects on individuals and their families. This work was developed from a review of the literature on nursing care for patients with Alzheimer's and family/caregiver. Aims to enable nurses to the primary health care in a differentiated approach to patients with Alzheimer's, their families and caregivers. The results show that people aged 60 or older need a more intensive attention of health professionals due to the onset of degenerative diseases and even mental impairment and other co-morbidities such as dementia. It causes a strong impact on the quality of life of both patients as family members/ caregivers, is considered one of the greatest public health problems of today. The nurses need to upgrade and recycle their knowledge about the care the elderly with Alzheimer's dementia. It's up to him, then, plan, build, organize and develop individual and collective actions, with constant evaluation of its results. For this it is necessary to view the full systemic and individual and family health team. The family must attend so individualized, patient and their caregivers, taking into account physical limitations, mental and environmental. This care requires an interdisciplinary knowledge. Health professionals working in the Family Health Strategy should inform the family/ caregiver Table evidenced, prognosis, develop a therapeutic process and interventions aiming to reduce the impacts that will cause illness in the family.

Keywords: Elderly. Alzheimer. Nursing care. Primary care



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	10
2 OBJETIVO .....	13
3 METODOLOGIA.....	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	
4.1 Demência .....	15
4.2 Abordagem do enfermeiro do PSF ao portador de Demência de Alzheimer.....	18
4.3 Abordagem do enfermeiro à família/cuidadora do portador de Demência de Alzheimer.....	20
5 CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS .....	27

## 1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que o fenômeno de envelhecimento populacional, iniciado em meados do século XX, é vivenciado por vários países desenvolvidos e em desenvolvimento. Essa mudança do perfil demográfico, epidemiológico e social em que o Brasil também está submetido, acarreta impactos significativos na saúde (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009). O prolongamento da vida a partir da melhoria das condições sanitárias e advento da tecnologia promovem o aumento da incidência e prevalência das doenças crônico-degenerativas, que demandam atenção qualificada, devido à necessidade do acompanhamento prolongado e direcionado (CARBONI e REPPETTO, 2007).

De acordo com dados estatísticos, para cada 100 crianças brasileiras, existiam 16 idosos em 1980. Nos dias atuais, a proporção é de 30 crianças para 100 idosos. No ano de 2020, espera-se que essa população cresça 16 vezes contra 05 vezes o crescimento da população geral, o que reforça mais uma vez a necessidade de reformular e aprimorar o atendimento dos profissionais de saúde à população idosa (BANDEIRA, PIMENTA e SOUZA, 2007).

Os idosos brasileiros não só estão vivendo mais, como também melhor. E essa longevidade pode ser atribuída aos avanços tecnológicos ocorridos na área da saúde. A abordagem do envelhecimento deve ser incluída como parte integrante das estratégias nacionais, a fim de fortalecer o potencial de desenvolvimento dos idosos de forma sistemática e focalizada (BANDEIRA, PIMENTA e SOUZA, 2007).

Outros fatores que contribuíram também para o aumento da expectativa de vida são: a redução da mortalidade infantil, o desenvolvimento dos antibióticos e imunizações. A queda da taxa de fecundidade, a partir de 1970 causou redução da proporção de crianças na pirâmide populacional, com conseqüente aumento proporcional da população de adultos e idosos (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

“Paralelamente às mudanças demográficas, ocorrem importantes transformações sociais, econômicas e epidemiológicas que definem novas demandas aos serviços de saúde e provocam grandes desafios” (RABELO *et al.*, 2010. p.294).

Com essas mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira, os profissionais de saúde devem estar cada dia mais preparados para enfrentar essas mudanças identificadas no padrão de morbimortalidade atual. Dessa forma, torna-se necessário investimento em programas, ações e políticas específicas para a saúde do idoso, além da

qualificação multiprofissional e melhoria da prestação de serviço, a fim de proporcionar uma assistência adequada e digna a essa população (CARBONI e REPPETTO, 2007)

As pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais necessitam de uma atenção maior e mais intensiva dos profissionais de saúde devido ao aparecimento de doenças degenerativas e até comprometimento mental e outras co-morbidades, que, às vezes, reduzem a qualidade de vida desta população e, conseqüentemente, aumentam sua dependência familiar e a demanda por atendimento de saúde (LIMA-COSTA, BARRETO e GIATTI, 2003).

De acordo com a linha Guia do Idoso (MINAS GERAIS, 2006), pode-se dizer que envelhecimento é o conjunto das alterações estruturais e funcionais do organismo que se acumulam progressiva e especificamente com o passar dos anos.

Com o envelhecimento, a tendência é aumentar o número de idosos com problemas crônicos; estima-se que entre 75% e 80% da população de 60 anos e mais na América Latina tem pelo menos uma doença crônica (WONG e CARVALHO, 2006).

No Brasil, segundo Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2009), o envelhecimento populacional trouxe um aumento concomitante e expressivo na prevalência de doenças ou condições crônicas de saúde.

Figueiredo e Tonini (2009) relatam que as doenças crônico-degenerativas são problemas longitudinais que raramente podem ser curados. Embora nem todas as doenças crônicas sejam mortais, elas têm forte impacto sobre a qualidade de vida dos idosos. Entre essas se encontra a demência que é uma síndrome que compromete a função cognitiva (raciocínio, memória, percepção, atenção) e a linguagem do paciente. O portador torna-se cada vez mais dependente, por se tratar de uma doença progressiva e irreversível (SILVEIRA *et al.*, 2006).

De modo geral, a doença de Alzheimer é o tipo de demência que mais se destaca uma vez que sua incidência é maior na população idosa e, conseqüentemente, mais estudada. Segundo Lenardt *et al.* (2010. p. 203) “a doença de Alzheimer caracteriza-se por um declínio insidioso e progressivo da memória e de outras funções corticais, como linguagem, conceito e julgamento”. A demência, por ser irreversível e apresentar deterioração progressiva, pode ter efeitos devastadores nos indivíduos e seus familiares (ELIOPOULOS, 2005).

No Brasil, a transição demográfica e epidemiológica aponta maior número de idosos dependentes de uma ou mais pessoas que suprem suas necessidades das atividades de vida diária, em geral são familiares dos idosos e que residem no mesmo domicílio (BRASIL, 1999).

Conforme referido na Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), as ações de saúde devem manter, ao máximo, o idoso na comunidade, junto de sua família, de maneira digna e confortável (BRASIL, 2003). Dessa forma, o cuidado comunitário do idoso precisa basear-se, especialmente, na atenção básica de saúde, através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), preferencialmente daquelas que desenvolvem estratégias de saúde da família. Esse intermédio permite que o idoso garanta e mantenha vínculo com o sistema de saúde, além de descentralizar o atendimento e fortalecer as ações em atenção primária, onde se solucionam 85% dos problemas sanitários dessa população (BANDEIRA, PIMENTA e SOUZA, 2007; SILVESTRE e COSTA NETO, 2003)

O acolhimento do idoso na Unidade Básica de Saúde requer atenção, segurança e ética, com reorganização do processo de trabalho e uma equipe estruturada para identificar e solucionar as demandas. Permite-se, então, a criação do vínculo idoso/família/cuidador/profissionais, buscando garantir a participação atuante do usuário no seu processo de saúde e fortalecer a humanização da assistência prestada (BANDEIRA, PIMENTA e SOUZA, 2007).

A Unidade Básica de Saúde Jardim Felicidade onde atuo como enfermeira está localizada no Distrito Sanitário Norte no bairro Jardim Felicidade no município de Belo Horizonte-MG. A Equipe de Saúde da Família atende, atualmente, a uma população de 2247 habitantes. A população de idosos na faixa etária de 60 anos ou mais corresponde a 260 idosos, enquanto que o número de adultos de 20 a 59 anos é 1525 pessoas. Em contrapartida, seguindo a pirâmide de faixa etária do Brasil, a população de crianças de 0 a 10 anos é de 111 correspondendo a 4,94% do total de habitantes cadastrados na área de abrangência da equipe. Os idosos equivalem a 11,57% e os adultos jovens são de 67,87% ou seja, com o contingente elevado de adultos jovens aumenta-se a preocupação em preparar o sistema de saúde para receber com qualidade essa população idosa em progressiva ascensão. Observa-se também que dentre os idosos adscritos na área, 96 deles correspondem à faixa etária de 60 a 64 anos (36,92%). Na sua maioria, são “idosos jovens” que recebem aposentadoria, ajudam na manutenção das outras gerações da família e possuem casa própria. Muitos deles cuidam dos netos para os pais trabalharem, mas encontramos muitos idosos que precisam ser cuidados por um cuidador familiar (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2012)

O meu interesse em pesquisar este tema justifica-se por considerar que uma boa intervenção do enfermeiro no cuidado ao portador de Alzheimer possa diminuir os impactos causados com a evolução da doença, tanto para o paciente, como também, para o núcleo familiar e cuidador.



## **2 OBJETIVO**

Realizar pesquisa bibliográfica com vistas a possibilitar ao enfermeiro da atenção primária de saúde um olhar diferenciado na abordagem ao portador de Alzheimer, sua família e cuidador.

### 3 METODOLOGIA

Para Minayo (2003), a metodologia é o percurso que o pesquisador faz na elaboração de um trabalho científico utilizando recursos e os instrumentos próprios para abordar a realidade, incluindo concepções teóricas de abordagem, técnicas que permitam a apreensão da realidade, além de incluir a criatividade do pesquisador como instrumento a ser utilizado.

Os instrumentos, procedimentos e etapas que orientam o pesquisador na elaboração de uma pesquisa são definidos pela metodologia por ele escolhida. A metodologia tem a função de nortear uma pesquisa (MARCUS e LIHER, 2001).

Demo (2000) aborda que a pesquisa possibilita o pesquisador entrar em contato pessoal com as teorias, por meio da leitura, levando à interpretação própria.

Na elaboração deste trabalho optou-se por realizar uma revisão narrativa da literatura, uma vez que ela possibilita acessar artigos publicados a respeito do tema proposto.

Para Lakatos e Marconi (2001, p.43), a pesquisa bibliográfica “é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo de conhecimento”.

Rother (2007, sp) tem a seguinte definição para a revisão narrativa:

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual.

[...] Constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor.

No desenvolvimento deste estudo foram utilizadas as bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library on Line (SciELO) na busca das publicações e também dos manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Os descritores utilizados foram: idoso, Alzheimer, cuidado de enfermagem, atenção básica.

Consideraram-se como critérios de inclusão os artigos escritos no idioma português e inglês, publicados entre os anos de 2000 e 2012. Foram considerados todos os delineamentos metodológicos utilizados pelos autores.

Os artigos foram analisados, selecionados e as principais informações foram utilizadas para a elaboração da revisão da literatura.



## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 Demência

Com o aumento da população idosa, o Brasil está passando por uma transição demográfica e epidemiológica, na qual ocorre uma inversão dos problemas de saúde. Percebe-se uma diminuição das doenças infecto contagiosas ao contrário das doenças crônicas não transmissíveis que estão em progressivo aumento. Entre as doenças crônicas não transmissíveis, merecem destaque as crescentes estatísticas referentes às demências (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2003) o termo "demência" significa síndromes de diversas etiologias com predomínio fundamental do prejuízo da memória, acompanhado de outros sintomas da função cognitiva (linguagem, praxia, gnosia ou funções executivas), com evolução lenta e progressiva chegando ao comprometimento do funcionamento ocupacional ou social. No Brasil, destaca-se a doença de Alzheimer, sendo responsável por cerca de 55% das demências em idosos com idade superior a 65 anos de idade. Para os autores Lopes e Bottino (2002); Gallucci Neto, Tamellini e Forlenza, (2005), em seguida vem as demências vasculares (DV), comumente associadas à demência de Alzheimer, constituindo a demência mista. É uma doença degenerativa que aos poucos atrofia o cérebro, ocorrendo morte gradual dos neurônios. A doença de Alzheimer caracteriza-se por um declínio insidioso e progressivo da memória e de outras funções corticais, como linguagem, conceito e julgamento (LEMOS, 2008).

O progressivo déficit cognitivo, que pode variar desde a dificuldade nos relatos autobiográficos à desorientação espacial, os acidentes domésticos e de trânsito, perdas de objetos e dinheiro, dificuldade de reconhecimento das pessoas podem gerar impaciência, desconfiança e distúrbio de comportamento no portador de Alzheimer (MORAES e SANTOS, 2008 citado por LENARDHT *et al.*, 2010).

Ocorre também a desorientação espacial que chega a impedir o paciente de se locomover sozinho nos próprios lugares conhecidos. Há o risco do idoso não conseguir voltar ao domicílio, se perder no próprio bairro e o maior risco é de se envolver em acidente de trânsito: atropelamento em decorrência do déficit de atenção (MORAES; SANTOS. 2008 citado por LENARDHT *et al.*, 2010).

Agitação psicomotora, depressão, alucinações, delírios e outras alterações psicopatológicas, no decorrer da evolução da doença, são fontes geradoras de sofrimento para o

paciente, familiares e cuidadores, tendo como agravante o elevado custo financeiros com a assistência à saúde. Os idosos portadores de síndrome demencial vivem, em sua maioria, na comunidade e com o passar do tempo requerem auxílio de um cuidador, para a realização de várias atividades da vida diária, em geral, um familiar próximo (SANTOS; PELZER e RODRIGUES, 2007).

Segundo Paula *et al.*(2009), a etiopatogenia da doença de Alzheimer é desconhecida, mas, de acordo com Paula, Roque, Araújo (2008) os fatores genéticos, ambientais e da senescência devem estar associados ao desenvolvimento da doença. Dentre os mais citados na literatura, estão a idade avançada, história familiar positiva, gênero feminino, síndrome de Down e presença do alelo E4 da apolipoproteína (ApoE). O baixo nível educacional, traumatismo crânio-encefálico (TCE), hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, acidente vascular cerebral (AVC), história de depressão maior, sedentarismo ao longo da vida, entre outros, são considerados também fatores de risco.

De acordo com Moraes e Daker (2008), a Doença de Alzheimer passa por algumas fases. Na fase inicial os familiares não percebem o *déficit* cognitivo e muitas vezes o atribuem aos esquecimentos “normais”, coisas da idade. Nesta fase o transtorno cognitivo é leve, o idoso apresenta pequenos esquecimentos, ou seja, há uma perda da memória episódica (de curto prazo) e uma discreta desorientação temporal. Torna-se repetitivo, contando as mesmas histórias e fazendo as mesmas perguntas, esquece nomes e palavras, empobrecendo seu discurso. Usualmente perde objetos pessoais, tais como chaves e carteiras, e se esquece dos alimentos em preparo no fogão. Os problemas espaciais e de percepção manifestam-se por dificuldades de reconhecer pessoas e locais familiares. Há desorientação progressiva em relação a tempo e espaço. Os mesmos autores explicitam, ainda, que com o passar do tempo, a memória, a função executiva, a linguagem e a função viso-espacial passam a ter uma deterioração progressiva e, nessa fase, ocorrem os distúrbios comportamentais e de personalidade. Delírios de roubo, perseguição, infidelidade, além de insônia e agitação noturna, insegurança e medo são os sintomas mais marcantes dessa fase.

Em uma terceira fase, a doença se manifesta pela perda completa da independência, necessitando de seu cuidador para a realização das atividades de vida diária, tanto as básicas, quanto as instrumentais. Os cuidados com a integridade da pele devem ser redobrados devido à imobilidade, prevenindo, assim, as úlceras por pressão. Nessa fase, a dependência avança e o idoso geralmente não consegue se comunicar mais, pois há perda total da memória presente e remota, dificultando sua capacidade de descrever qualquer sintoma que esteja sentindo (MORAES e DAKER. 2008).

Para Manfrim e Schmidt (2006), o grau de comprometimento varia de paciente para paciente e também de acordo com o tempo e evolução da doença. Porém, na fase final este se torna totalmente dependente de cuidados.

“Pelo impacto que tem sobre a qualidade de vida tanto dos portadores quanto dos familiares /cuidadores, é considerada como um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade” (PELZER. 2002, p.99).

#### **4.2 Abordagem do enfermeiro do PSF ao portador de Demência de Alzheimer**

A abordagem do enfermeiro deve ter foco nos diversos aspectos do processo de envelhecer (capacidade funcional, independência e autonomia, fragilidade, avaliação cognitiva, engajamento social, qualidade de vida, promoção da saúde, prevenção de doenças, entre outros) e da senilidade (condições crônicas de saúde, situações de urgências e emergências, atenção domiciliar, entre outros). Para que suas atribuições sejam devidamente desempenhadas, o profissional precisa atualizar e reciclar seus conhecimentos a respeito do cuidado ao idoso portador de demência de Alzheimer. É importante assegurar, também, o treinamento da equipe para melhor assistência a esses usuários dos serviços de saúde, identificando a forma adequada de conduzir o atendimento (RODRIGUES *et al.*, 2007). Torna-se indispensável conhecer a realidade populacional da sua área de abrangência e identificar problemas que podem estar relacionados aos aspectos físicos, mentais, demográficos e sociais. Cabe a ele, então, planejar, construir, organizar e desenvolver ações individuais e coletivas, com avaliação constante de seus resultados. Para isso faz-se necessário a visualização sistêmica e integral do indivíduo e sua família (SILVESTRE, COSTA NETO, 2003).

Segundo Marziale (2003), a avaliação funcional do portador de Doença de Alzheimer (DA) faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio com os quais possa contar. A equipe de saúde da família deve assistir, de maneira individualizada, o paciente e seus cuidadores, levando em consideração as limitações físicas, psíquicas e ambientais. Este cuidado exige uma interdisciplinaridade de saberes.

O atendimento especializado de enfermagem ao idoso com demência vem recebendo características cada vez mais desafiadoras nos dias atuais, não somente pelo fato de ter aumentado o número de casos patológicos, mas principalmente pelo compromisso desses profissionais com o cuidado humano (SANTANA, SANTOS e CALDAS, 2005).

A assistência prestada ao idoso na atenção primária, em geral, requer do enfermeiro que integra a equipe multiprofissional, uma avaliação composta de anamnese, exame físico,

aplicação de instrumentos que verifiquem as habilidades cognitivas e funcionais para, posteriormente, elaborar um plano de cuidado individual para cada paciente e sua família (PESTANA e CALDAS, 2009).

Os autores acima também apontam que a identificação do principal cuidador, a estruturação da família e sua dinâmica são indispensáveis para se elaborar o processo terapêutico, uma vez que o suporte a esse paciente seja ele psicológico, social ou econômico é necessário para o bom desenvolvimento do cuidado.

O enfermeiro, no atendimento do paciente, precisa ter conhecimentos pautados na educação em saúde, contribuindo para o planejamento, realização e suporte para o cuidado, a fim de suprir as demandas desses pacientes com quadro demencial (BANDEIRA, PIMENTA e SOUZA, 2007). É fundamental identificar se as alterações comportamentais do paciente idoso são esperadas para aquela idade ou se há sinais de demência em início de manifestação (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009). Faz-se necessário, assim, a descrição do acometimento para permitir melhor intervenção do profissional, pois os portadores de Alzheimer passam por estágios diferentes durante todo o curso da doença. Além do comprometimento para realizar atividades básicas diárias, em estágios mais avançados, podem desenvolver quadros de quedas com fraturas devido à instabilidade postural e desequilíbrio, o que gera mais limitações e até mesmo pode levar a óbito. Tal situação pode estar amplamente associada às medicações para o tratamento da doença (POLTRONIERE, CECCHETTO E SOUZA, 2011).

Realizar modificações no domicílio, como evitar tapetes e outros objetos que possam provocar queda, manter o piso seco, evitar o uso de escadas, manter o ambiente com luminosidade adequada contribuem para a segurança do paciente. Segundo os mesmos autores, a dificuldade de autocontrole para as necessidades fisiológicas é comum nesses estágios. Avaliar a capacidade funcional pelo enfermeiro, bem como a equipe multidisciplinar torna-se necessário para a formulação do plano de cuidado. Em pacientes que utilizam sondas vesicais de demora ou alívio estão mais susceptíveis a desenvolver quadros infecciosos. Cuidados com a manipulação e higiene das mesmas evitam complicações desses procedimentos invasivos. Pacientes idosos acamados correm risco maior de apresentar pneumonia aspirativa, decorrente do quadro de disfagia, como também desenvolver úlceras por pressão. Manter o paciente elevado a 45 graus no leito, como mudança frequente de decúbito, avaliar condições de nutrição e hidratação são outros cuidados que devem estar incluídos no plano terapêutico a ser elaborado, em consultas de enfermagem na própria unidade de saúde e/ou visitas domiciliares (POLTRONIERE, CECCHETTO E SOUZA, 2011).

De acordo com Santana, Almeida e Savoldi (2009, p. 462) “no Brasil, há ainda muito pouco esclarecimento quanto às demências e suas formas de tratamento, orientação e suporte ao idoso e seus cuidadores.” Este desconhecimento da doença pela família pode acarretar desajustes familiares criando situações, “de violência doméstica, cárcere privado, agressão física e psicológica, abuso financeiro e outros”.

“Lidar com a doença crônica de um de seus membros ou qualquer outro evento estressante e disruptivo, como alcoolismo, AIDS e demência gera tensão e preocupações na família” (ROLLAND, 1997 citado por SANTOS, PELZER e RODRIGUES, 2007). A demência do tipo Alzheimer traz um impacto significativo no núcleo familiar, uma vez que ainda há desconhecimento a respeito dessa patologia, além da dificuldade de entender e como proceder com o idoso acometido (SANTANA, ALMEIDA e SAVOLDI, 2009).

Portanto, a família necessita da abordagem dos profissionais da equipe de saúde do PSF como um suporte terapêutico.

### **4.3 Abordagem do enfermeiro a família e cuidador do portador de Demência de Alzheimer**

Um aspecto central das relações familiares, ao longo de todo o curso de vida de seus membros é fornecer ajuda, doar-se, proteger e cuidar (NERI e CARVALHO, 2002).

Boff (2004) afirma que cuidar é mais que um ato, é uma atitude, é servir e se oferecer ao outro. Entretanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. Sem o cuidado, o indivíduo deixa de ser humano.

Para Santos e Rifiotis (2006), à medida que a doença progride, aumenta a dependência do idoso e torna-se necessário, a escolha de um cuidador. Este deve estar ligado intimamente à pessoa da família que está mais próxima do idoso, geralmente a que mora junto ou com quem ele passa a residir. É no âmbito familiar que as pessoas aprendem e desenvolvem suas práticas de cuidado influenciadas por seus costumes e cultura (LENARDHT *et al.*, 2010)

A necessidade de cuidar é detectada quando a família percebe comprometimento funcional do idoso que o impede do autocuidado, aumentando a responsabilidade sobre a família e o sistema de saúde (AIRES e PAZ, 2008). Diante do quadro sintomatológico apresentado pela pessoa idosa, os familiares não se sentem seguros em deixá-la sozinha

dentro do domicílio, dados os riscos que podem emergir das ações realizadas pela mesma e posteriormente esquecidas (LENARDT *et al.*, 2010).

Neste sentido, surgiu a necessidade de alguém assumir o cuidado do paciente portador de Alzheimer seja um cuidador familiar ou outra pessoa (amiga, vizinho ou um(a) cuidador(a) informal de idoso). A prestação do cuidado exige do cuidador preparo técnico e emocional, pois o paciente necessita de observação constante e uma assistência com divisão de tarefas entre os familiares. Esta função é bastante complexa e de grande responsabilidade, devendo ser realizada, sobretudo com dedicação, carinho, respeito e amor, uma vez que essa atividade gera grande desgaste físico e emocional para aqueles que lidam diretamente com o paciente (BODACHNE, 2009).

O trabalho da cuidadora no domicílio é um ato solitário e permanente, agravado pela precariedade de recursos físicos, econômicos e de apoio social, evidenciando os limites de um fazer que se concretiza no cotidiano, entremeado por relações de afetividade, compromisso e dedicação (SENA *et al.*, 2006.p.131).

Conforme colocado por Coelho e Alvim (2004), a definição do diagnóstico de Alzheimer representa um marco para a família. Diversos fatores como a esperança na cura, a eleição do cuidador, a questão financeira ao considerar o alto custo do tratamento medicamentoso, a busca por autoajuda são evidenciadas a partir desse momento.

A família deve ser vista como um fundamental agente de cuidado nesse processo. Torna-se imprescindível fornecer a ela as informações do quadro evidenciado, seu tratamento e prognóstico, como também envolvimento nas primeiras orientações e sugestões de redefinição familiar propostas pelo enfermeiro (COELHO e ALVIM, 2004).

Há uma sobrecarga emocional e de atividades que geram transformações na vida daquele que se compromete a assumir a tarefa de cuidador. Nessa escolha certos problemas se tornam aparentes, entre eles a falta de predisposição ao cuidado, uma vez que para prestá-lo é necessário, entre outros quesitos a paciência e disponibilidade (COELHO e ALVIM, 2004).

Sabe-se que ocorre essa sobrecarga maior geralmente quando há apenas um cuidador e este é membro da própria família. A responsabilidade de cuidar sem revezamento com outros cuidadores ocasiona, conseqüentemente, não ter com quem compartilhar os problemas, abandono do emprego, abandono dos outros familiares, falta de suporte físico e emocional, pouco tempo para o seu autocuidado, sacrificando seu tempo de descanso, lazer e vida social, vida familiar, afetiva, dificuldades econômicas (SANTANA, ALMEIDA e SAVOLDI. 2009).

Na realização de suas atividades, o cuidador pode desenvolver desequilíbrios psicológicos e físicos, passando a apresentar sentimentos como angústia, culpa, inversão de papéis, ira e agressividade. Podendo, ainda, os familiares sentirem-se limitados, com sentimentos de desespero, raiva e frustração que se alternam com a culpa de não estar fazendo o bastante por um parente amado. Todos esses fatores podem afetar tanto a saúde física quanto a mental do cuidador (SANTANA, ALMEIDA e SAVOLDI. 2009).

Como citado pelas autoras acima, as mudanças ocorridas na vida dos cuidadores atingem seus sentimentos e também suas atividades que são alteradas. À medida que a doença progride, pela sobrecarga e cansaço, os familiares distanciam-se da vida sócio-familiar por disponibilidade de tempo e indisposição emocional e também em razão de preconceitos, sentimentos de culpa e desconhecimento sobre a doença de Alzheimer. Diante dessa situação ocorre o maior risco de institucionalização do idoso causado pelo estresse dos cuidadores perante as alterações comportamentais apresentadas pelos idosos com demência (FERRETTI. 2004 citado por SANTOS, PELZER e RODRIGUES, 2007).

Pela efetiva participação da família garante-se a preservação dos valores culturais e a valorização do domicílio como o principal lócus de cuidados informais em saúde. Neste sentido, a de manutenção do idoso no meio familiar, o Estatuto do Idoso institui que os mesmos sejam atendidos, prioritariamente, pela própria família em detrimento da atenção asilar, exceto aqueles que não possam garantir sua sobrevivência. Os filhos independentes têm a obrigação de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade, em parceria com o Estado e a sociedade. No Parágrafo 3º, preconiza que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, a saúde, a alimentação, a educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, a liberdade, a dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Sendo assim, o enfermeiro, juntamente com a Equipe de Saúde da Família, tem um papel primordial de dar orientações aos familiares e cuidadores bem como ouvi-los terapêuticamente em suas necessidades. Essas orientações se incluem também para facilitar o cuidado com tarefas básicas tais como: supervisão da higiene, alimentação e hidratação, mudança de decúbito, administração de medicamento bem como a própria segurança (FREITAS *et al.*, 2008). O enfermeiro deve propor algumas intervenções na tentativa de diminuir os impactos que a doença venha causar no núcleo familiar.

Segundo Lenardt *et al.* (2010), as orientações de cuidados direcionadas aos cuidadores e familiares devem apresentar estratégias efetivas focando as práticas educativas, pois muitas

vezes algum agravamento do quadro do idoso pode estar relacionado ao comportamento inadequado do cuidador em decorrência da falta de conhecimento sobre a doença. As autoras ainda abordam que é imprescindível que a equipe de enfermagem conheça o que o cuidador sabe a respeito da doença de Alzheimer e seus cuidados específicos. É de responsabilidade da equipe esclarecer ao cuidador sobre a doença, sua sintomatologia e evolução e o tratamento. Torna-se, então, mais fácil para o cuidador compreender o significado do cuidar e as orientações recebidas. Com a evolução da doença, os cuidados tornam-se mais complexos e a preocupação dos cuidadores com o doente aumenta transformando, ainda mais, as relações familiares e o equilíbrio necessário para o bem viver e o cuidar.

Cabe à equipe de saúde dar mais atenção aos cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer, pois o desgaste físico, emocional e financeiro a que estão submetidos pode transformar o cuidador em um doente em potencial (LENARDT *et al.*, 2010). As autoras abordam também que a atenção que é direcionada ao cuidador exige um olhar atento no sentido de dar orientações pertinentes as necessidades apresentadas pelo cuidador, bem como direcionar o cuidado mediante necessidades apresentadas pelo paciente, indicar as redes sociais de apoio. Além disso, deve-se discutir com o cuidador algumas estratégias para estimular o cuidado de si, dentre outras ações que visem minimizar o impacto na vida dos cuidadores familiares.

A doença de Alzheimer devido a sobrecarga no manejo do cuidado pode gerar desagregação das relações pessoais e familiares sendo considerada uma doença familiar e social. Por esse motivo o desenvolvimento de grupo de apoio comunitário do tipo de ajuda mútua para familiares cuidadores torna-se essencial (PELZER, 2010; ARRUDA, ALVAREZ; GONÇALVES, 2008).

“A família tem sido desafiada a assumir o cuidado do idoso fragilizado e dependente, requerendo suporte tanto por parte da enfermeira quanto de organizações não governamentais para poder enfrentar as demandas diárias do cuidar” (PELZER, 2002, p.99).

A família, enquanto prestadora de cuidados a seu familiar idoso com DA, constitui-se numa matriz cuidadora que merece apoio e valorização por parte dos profissionais de saúde, constituindo-se em sua importante aliada. A valorização e potencialização do processo de cuidar conduzido pelas famílias oferecem uma contrapartida de o profissional de saúde trabalhar em parceria, reduzindo a vulnerabilidade tanto dos idosos quanto dos seus familiares cuidadores, que se encontram sob estresse físico e mental (SANTOS, PELZER e RODRIGUES, 2007, p.120).

De acordo com Santana, Almeida e Savoldi (2009), o cuidador deve ser orientado em cada etapa de evolução da doença, as características de cada uma delas devem ser explicadas



de maneira clara e os procedimentos adequados ao conjunto de ações que constituem o cuidado, tudo isso deve ser considerada pelo enfermeiro a realidade cotidiana de cada família. A compreensão pelo profissional de saúde de que dia após dia a capacidade do portador da doença de Alzheimer de realizar alguma atividade diminui com a perda contínua das funções cognitivas é indispensável. Daí que o cuidar da pessoa idosa portadora de Alzheimer requer não só as informações sobre a doença, orientações sobre o cuidado, como também a solidariedade do ato de cuidar.

O enfermeiro deve proporcionar orientações e aquisição de conhecimentos e habilidades que permitam ao cuidador aplicá-los durante a evolução da doença, orientando-o à adaptação dos cuidados à medida que vai aumentando a dependência do idoso e também estimulando o cuidador a adaptação de mecanismos reguladores de enfrentamento necessários ao ato de cuidar; a instrumentalização do familiar /cuidador para o cuidado prático; e o estímulo a cuidar de sua saúde e autoestima é importante para sua saúde física e mental. Todas as orientações devem ser discutidas e planejadas com o cuidador para garantir sua aplicação no dia a dia e possibilitar ao idoso uma assistência mais sistematizada e eficaz (SANTANA, ALMEIDA e SAVOLDI. 2009)

Sena, Pelzer e Alvarez, (2004) enfatizam que os grupos de ajuda mútua constituem uma estratégia de cuidado grupal, muito importante desenvolvida pelo enfermeiro e psicólogo, pois envolvem pessoas que vivenciam situações semelhantes de vida, com pacientes em condições crônicas específicas sob sua responsabilidade no ato de cuidar. Este grupo de ajuda mútua é um espaço para discutir as dificuldades e trocas de experiências possibilitando a descoberta do novo suporte social, auferindo bem-estar aos membros que dele participam, além de possibilitar uma atuação mais flexível por parte do profissional de saúde.

Assim, a responsabilidade, o esforço, a doação fazem parte da vida desses cuidadores que mesmo com tantas dificuldades têm o conforto de saber que estão oferecendo uma velhice digna a esses idosos, oferecendo cuidados que vão além do tecnicismo, um cuidado que envolve atenção, bom humor, bom relacionamento, segurança e carinho (SANTANA, ALMEIDA e SAVOLDI, 2009,p.462).

## 5 CONCLUSÃO

Sabe-se que é cada dia mais presente em nosso meio a necessidade de aprimorar a atenção que será prestada ao público idoso. As doenças crônico-degenerativas seguem essa tendência com o aumento da população referida. Torna-se fundamental que o enfermeiro, juntamente com a equipe de saúde da família e os apoios multidisciplinares se mantenham atualizados para facilitar a condução do acometimento em estudo, a Demência de Alzheimer (DA). Tanto o paciente quanto família e cuidador(es) demandam um cuidado direcionado, com o intuito de minimizar os impactos diversos que a DA causa no núcleo social envolvido.

Pensar em estratégias para facilitar o manejo da situação é imprescindível na atuação desse cuidado. Cada vez mais o enfermeiro deve procurar se capacitar e trabalhar suas habilidades de paciência, tolerância e respeito, praticando o ato de educar e direcionar com conhecimento e destreza aos familiares e cuidadores submetidos em condição de vulnerabilidade ao stress causado pela grande mudança em seu estilo de vida, já que além de ser responsável pelo seu bem-estar passa a responsabilizar-se pelo indivíduo doente.

Os cuidadores/familiares precisam ter apoio de profissionais da área da saúde para prestarem melhores cuidados aos idosos portadores da doença de Alzheimer, bem como para terem preservada sua saúde física e emocional. Requer orientação de como proceder nas situações mais difíceis e receber em casa visitas domiciliares periódicas de profissionais como o médico, equipe de enfermagem, de fisioterapia e outras modalidades de supervisão e capacitação.

A visita domiciliar é um instrumento utilizado pelo enfermeiro para intervir no processo do cuidar, pois o profissional conhece melhor o indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto e ambiente, que é caracterizado pelas condições de habitação, higiene, saneamento básico e pelas relações sócio afetivas, entre os vários membros da família. Ela possibilita também ao profissional observar in lócus registrar as atividades das famílias, proporcionando oportunidades de planejar e promover uma assistência que estimule o desenvolvimento do autocuidado de acordo com a própria realidade.

O enfermeiro deve prestar uma assistência integral à saúde, proporcionando um melhor relacionamento do profissional com a família, para assegurar uma prática menos formal, buscando terapias e formas alternativas, favorecidas, às vezes, pelo próprio meio ambiente dos familiares. Potencializa-se, assim, o entendimento e à aplicabilidade de suas orientações no cotidiano da assistência do paciente, resultando num fortalecimento dos

vínculos família/equipe de saúde do PSF. Deste modo, cria-se um espaço de intercessão entre e profissional valorizando tanto as questões objetivas como subjetivas desses sujeitos.

## REFERÊNCIAS

AIRES, M; PAZ. A. A. Necessidades de cuidados aos idosos no domicílio no contexto Estratégia de Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre (RS ) v.29 n. 1,p :83-89, 2008.

ARRUDA, M. C.; ALVAREZ, A. M.; GONÇALVES, L. H. T. O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 339-345, jul./set., 2008.

BANDEIRA, E.M.F.S.; PIMENTA, F.A.P.; SOUZA, M.C. **Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Idoso**. 2 Ed., Belo Horizonte.: SAS/MG, 2006.

BODACHNE, L. **Manual de orientações para familiares e cuidadores**. Curitiba: Novartis, 2009. 53 p.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Saúde do Idoso**. Brasília, 1999.

BRASIL. Lei 10.741/03 de 1º. de Outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 3 de outubro 2003. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>>.

CARBONI, R.M.; REPPETTO, MA. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil.**Rev. Eletr. Enf.** [Internet] v. 9, n. 1, p :251-60, 2007 . 2007Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a20.htm>

CHAIMOWICZ, F. *et al.* **Saúde do idoso**. Belo Horizonte. Editora COOPMED, 2009

COELHO, G.S; ALVIM, N.A.T.A dinâmica familiar, as fases do idoso com alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço domiciliar. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, out. 2004 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000500005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500005&lng=pt&nrm=iso)>

DEMO, P. **Pesquisa: Princípios científicos e educativos**. 7.ed.,São Paulo: Cortez, 2000.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A; e TONINI. T **Gerontologia Atualização da Enfermagem no Processo de Envelhecimento** São Caetano do Sul: Iendis Editora Ltda, 2009

FREITAS, Iara Cristina Carvalho et al . Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, ago. 2008 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000400018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400018&lng=pt&nrm=iso)

GALLUCCI NETO, J.; TAMELINI, M.G.; FORLENZA, O.V. Diagnóstico diferencial das demências. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 119-30jun. 2005 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000300004&lng=pt&nrm=iso)

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos.** São Paulo: Atlas, 2001.

LENARDT. *et al.* O idoso portador de doença de Alzheimer: cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **Reme – Rev. Min. Enferm.** v.14, n. 3, p: 301-307, jul./set., 2010

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. & GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.735-743, 2003.

LOPES, M.A.; BOTTINO, C.M.C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **ArqNeuropsiquiatr.** v.60, p :61-9, 2002

MAMFRIM, A.; SCHMIDT, S. Diagnóstico diferencial das demências. *In:* FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanarabara Koogan, 2006. cap. 23, p. 243–246

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS: **DDSM-IV.** 4. ed. texto revisado [DSM-IV-R]. Traduzido por Batista D. Porto Alegre: Artmed; 2002.

MARCUS, M. T.; LIHER, P.R. Abordagens de pesquisa qualitativa. *In:* LOBIONDOWOOD, G., HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliações críticas e utilização.** 4. Ed., Rio de Janeiro.: Guanabara Koogan, 2001.

MARZIALE, M. H. P. A política nacional de atenção ao idoso e a capacitação dos profissionais de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 6, p. 701-706, nov./dez. 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a Saúde do Idoso.** Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MORAES, E.N, SANTOS R.R. Demencias Irreversíveis. *IN:* MORAES E.N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia.** Belo Horizonte: Coopmed; 2008.p. 313-370.

MORAES, Edgar Nunes de; DAKER, Mauricio Viotti. Abordagem do idoso com incapacidade cognitiva. *In:* MORAES, Edgar Nunes de. **Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia.** Belo Horizonte: Coopmed, 2008, p. 273-291.

NERI, A. L.; CARVALHO V. A. M. O Bem-Estar do Cuidador Aspectos Psicossociais. In: FREITAS E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 778-789.

PAULA, V. de J.R. de et al. Neurobiological pathways to Alzheimer's disease: amyloid-beta, Tau protein or both?. **Dementia & Neuropsychologia**, n.3, v.3, p. 188-194, set.2009.

PAULA. J. dos A. de ; ROQUE. F.P; ARAÚJO. F. S de. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer **J. bras. psiquiatr.** v.57, n.4. Rio de Janeiro. 2008

PELZER, M. T.A enfermagem e o idoso portador de demência tipo Alzheimer:desafios do cuidar no novo milênio.**Estud. interdiscip. envelhec.**,PortoAlegre, v. 4, p. 97-111, 2002.

PESTANA, L. C.; CALDAS, C. P.Cuidados de *enfermagem* ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 4, Aug. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400015&lng=en&nrm=iso)>.

POLTRONIERE, Silvana; CECCHETTO, Fátima Helena; SOUZA, Emiliane Nogueira de. Doença de alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem?. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, jun. 2011 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000200009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200009&lng=pt&nrm=iso)

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. **Relatório de Cadastro Familiar. Unidade de Saúde: C.S.Jardim Felicidade, mai. 2012.** Disponível em: [http://pote.pbh/bhvida\\_novo/gestao/cadastrofamiliar/relatorio.php](http://pote.pbh/bhvida_novo/gestao/cadastrofamiliar/relatorio.php) Acesso: 15 de maio de 2012.

RABELO,L.P . et al. Perfil de idosos internados em um hospital universitário, REME – **Rev. Min. Enferm.** v.14, n.3, p: 316-326, jul./set., 2010.

RODRIGUES, R. A. P. *et al*; Política Nacional de Atenção ao Idoso e a Contribuição da Enfermagem. **Texto & Contexto** – Enfermagem. v. 16, n. 3. Florianópolis/SC, 2007.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm.** v. 20, n.2. São Paulo. Abril/Junho, 2007. Editorial.

SANTANA, R.F.; ALMEIDA, K.S.; SAVOLDI, N.A.M.; Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer.**Rev. esc. enferm. USP** v.43, n.2 São Paulo June 2009 Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-)

62342009000200028&lng=en&nrm=iso>.

ISSN

0080-6234.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000200028>.

SANTANA, R.F.; SANTOS, I.; CALDAS, C. P. Cuidando de idosos com Demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 58, n. 1, Feb. 2005 Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672005000100008&lng=en&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672005000100008&lng=en&nrm=isso)

SANTOS, S. M. A.; RIFIOTIS, T. Cuidadores familiares de idosos dementados: Uma reflexão sobre o cuidado e o papel dos conflitos na dinâmica da família cuidadora. In: NERI, Anita Liberalesso; SIMSON, Olga R. M. Von; CACHIONI, Meire. **As Múltiplas Faces da Velhice no Brasil**. São Paulo: Átomo & Alínea, 2003. p. 141-164.

SENA ,R.R.; SILVA, K.L.; RATES, H.F.; VIVAS, K.L.; QUEIROZ,C.M.; BARRETO, F.O. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enferm.** v. 11, n.2,p :124-132, 2006

SENA, E. L.; PELZER, M. T.; ALVAREZ, A.M. O valor dos Grupos de Ajuda Mútua para os familiares de idosos portadores de doença de Alzheimer e outras similares. **Rev. Ciências da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 94-98, 2004.

SANTOS .S.C ; PELZER.M.T; RODRIGUES.M.C.T. Condições de enfrentamento dos familiares cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, jul./dez. 2007

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos Saúde Pública**, v. 19, n.3, p. 839-847, mai-jun, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15887.pdf>

SILVEIRA, T.M. *et al.* Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.8, Rio de Janeiro, agosto 2006.

VARGAS, A. M. D.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. de F. **Saúde Bucal - Atenção ao Idoso**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Belo Horizonte, 2009. 50 p.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista brasileira de estudos da população**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.