

O FAMILIAR CUIDADOR DE PORTADOR DE DOENÇA DE ALZHEIMER PARTICIPANTE DE UM GRUPO DE AJUDA MÚTUA

Micheli Coral Arruda*
Ângela Maria Alvarez**
Lucia H. Takase Gonçalves***

RESUMO

Com o objetivo de identificar as características do familiar cuidador de portador da Doença de Alzheimer (DA), o estudo abrangeu uma amostra intencional de 30 cuidadores que participam do Grupo de Ajuda Mútua de Familiares de Idosos Portadores da Doença de Alzheimer e/ou Doenças Similares, um projeto de extensão universitária do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina articulado com a Associação Brasileira de Alzheimer - Regional/SC. Os dados foram colhidos por meio de entrevista com aplicação do Questionário de Perfil de Família Cuidadora (QPFC), constituído de itens identificadores do familiar cuidador principal e de itens referentes à situação do cuidado do idoso dependente. Entre os resultados destaca-se a predominância, como cuidador principal, de mulheres em idades entre 30 e 70 anos, as quais se dedicam também ao cuidado da família. Destaca-se em 40% dos casos o idoso como cuidador de seu cônjuge. Tal caracterização fornece subsídios que indicam a adoção de mais adequadas condutas de cuidado na convivência diária familiar com a condição de cronicidade e de evolução prolongada da doença, que pode durar por mais de uma década.

Palavras-chave: Cuidadores. Idoso. Família. Enfermagem. Doença de Alzheimer.

INTRODUÇÃO

Se por um lado o aumento da expectativa de vida significa um ganho em termos de qualidade de vida, por outro significa também o risco de o ser humano conviver com doenças crônico-degenerativas, incapacidades e dependência, que se vão instalando nas fases mais avançadas do processo de envelhecimento. Entre os problemas de saúde que acometem as pessoas idosas, as síndromes demenciais estão entre o grupo de afecções que vêm causando forte impacto na estrutura familiar e na sociedade.

As demências se constituem em uma síndrome clínica de deterioração das funções corticais superiores, incluindo memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. Entre essas, a doença de Alzheimer (DA) é a principal forma de demência, representando entre 50% e 70% do total de sua incidência⁽¹⁻²⁾.

Estima-se a existência, no Brasil, de um

milhão e duzentos mil portadores de DA, dado impreciso, considerando-se a precariedade dos recursos de elucidação diagnóstica em nosso meio. Até o presente, os fatores de risco para DA já comprovados por estudos epidemiológicos são: idade, história familiar e Síndrome de Down. A idade é, indiscutivelmente, o fator de risco mais importante de desenvolvimento das demências em geral e DA em particular, constatável pelo aumento progressivo das demências a partir dos sessenta anos de idade. A DA evolui em diferentes estágios: a) leve (confusões e perda da memória, desorientação espacial, dificuldade progressiva no cotidiano diário, mudanças na personalidade e na capacidade de julgamento); b) moderado (dificuldades nos atos de vida diária, especialmente no banhar-se, vestir-se, alimentar-se), ansiedade, delírios e alucinações, agitação noturna, alteração do sono, dificuldade para reconhecer amigos e familiares; c) severo (diminuição acentuada do vocabulário, diminuição do apetite e do peso, descontrole urinário e fecal). Quanto ao tratamento, até o

* Bolsista PIBIC/CNPq - Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), período 2005/2 – 2006/1. E-mail: michelicoral@yahoo.com.br

** Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Coordenadora do Núcleo de Estudos da Terceira Idade NETI/UFSC. E-mail: alvarez@ccs.ufsc.br

*** Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da UFSC. Líder do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas – GESPI/PEN/UFSC. E-mail: lucia.takase@pq.cnpq.br

presente não se dispõe de medicamentos capazes de interromper o curso da DA, nem medidas que possam evitá-la. Os medicamentos hoje disponíveis atingem diretamente os sintomas, não a causa: agem para corrigir os déficits cognitivos e os distúrbios psico-comportamentais, desacelerando a diminuição da memória e até mesmo melhorando-a. Seus princípios ativos têm a mesma finalidade, ou seja, aumentar no cérebro as quantidades de acetilcolina, que parece ser a principal controladora da memória. Há, contudo, tratamento inespecífico em casos de alterações do comportamento como agitação, agressividade e depressão, que devem merecer orientações terapêuticas especiais⁽³⁻⁴⁾.

Convém aqui destacar a importância da família no processo de prestação de cuidados ao seu idoso portador de DA. À medida que aumenta o grau de complexidade dos cuidados, o núcleo familiar poderá ficar inseguro e ir em busca de ajuda para bem se conduzir nessa responsabilidade. As famílias com menor poder aquisitivo em geral destacam um de seus membros para essa atividade de cuidador⁽⁵⁻⁷⁾.

Entre os tipos de cuidador distinguem-se o principal e o secundário. O cuidador principal é aquele que tem o total ou a maior parte das responsabilidades pelos cuidados do idoso dependente no domicílio. Os cuidadores secundários seriam os familiares, voluntários e ocupacionais, que prestam atividades complementares⁽⁸⁻⁹⁾.

O atendimento familiar é de extrema valia e, não raro, de importância crucial para o sucesso do tratamento e os cuidados ao paciente. Contudo, já conhecidos na literatura de relatos de dificuldades e estresse pelos quais passam os cuidadores em suas tarefas cotidianas, os grupos de apoio ou de ajuda mútua têm sido cada vez mais adotados nos serviços sócio-educativos e de saúde para o acolhimento de pessoas que enfrentam problemas comuns ou semelhantes.

Os grupos de ajuda mútua são geralmente formados por pessoas e seus pares familiares que compartilharam os mesmos problemas de vida, como os eventos traumáticos de acontecimentos vários de doenças crônicas, prolongadas, incapacitantes e com tratamentos complexos. Essas pessoas, que não se sentem totalmente incluídas no sistema social geral - seja porque sua condição

estigmatiza, seja porque tal condição não é reconhecida pela sociedade como problema real - reunindo-se em grupo encontram apoio umas nas outras, redefinem a sua situação e encontram um novo clima para, juntas, buscarem estratégias de enfrentamento da situação⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Prática em expansão, os grupos de ajuda mútua de familiares cuidadores de portadores de DA constituem-se em espaço propício para as relações de solidariedade, onde desabafos de conflitos, relatos de vivências estressantes dos cuidadores, verbalizações de emoções e sentimentos de sofrimento são bem-vindos. Partilhando as dificuldades e, com a assessoria de profissionais facilitadores, os participantes buscam informações, orientação e a aprendizagem de estratégias cuidativas. O valor dos grupos de ajuda mútua está no fato de: a) as pessoas poderem ter maior acesso e controle sobre os recursos de que necessitam; b) estruturarem-se a partir do apoio que recebem; c) descobrirem soluções para seus problemas mobilizando potencialidades individuais; d) sentirem-se pertencentes a um grupo específico e partilharem com seus membros suas vivências particulares⁽⁹⁻¹⁰⁾.

O grupo de ajuda mútua dos familiares de idosos portadores da doença de Alzheimer e/ou doenças similares que funciona no ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), desde 1992, se articula com a Associação Brasileira de Alzheimer, Santa Catarina (ABRAz - SC) e atende os interessados de toda a Grande Florianópolis⁽¹⁰⁾. Todavia, desconhecendo de modo sistemático quem são esses familiares cuidadores, o presente estudo objetivou identificar as características desse familiar cuidador nos seus aspectos sócio-demográficos e nas situações de cuidado no contexto doméstico.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de abordagem exploratório-descritiva, e sua amostra intencional de 30 familiares cuidadores foi selecionada durante o ano de 2006, do universo de 120 famílias cadastradas no Projeto de Extensão Universitária: Grupo de Ajuda Mútua dos Familiares de Idosos Portadores da Doença

de Alzheimer e/ou Doenças Similares, do HU/UFSC.

Os dados foram obtidos após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC protocolado sob o n.103/02, e com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido já devidamente assinado pelos familiares cuidadores participantes da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu por meio de visita domiciliar, durante a qual foi aplicado um Questionário de Perfil de Familiar Cuidador (QPFC) composto de itens identificadores do cuidador principal, como gênero, estado conjugal, escolaridade, ocupação, residência, propriedade da residência, e alguns itens do idoso cuidado, como gênero, idade, relação de parentesco com o cuidador, número de filhos, diagnóstico médico e grau de comprometimento cognitivo⁽⁶⁾. Para identificar o nível de comprometimento cognitivo do idoso cuidado sem um quadro definitivo de comprometimento da cognição, aplicou-se o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), instrumento cuja finalidade específica é avaliar as condições intelectivas de pacientes com suspeita de demência⁽¹¹⁾. O MEEM, já validado para uso no Brasil, é composto por questões tipicamente agrupadas em sete categorias, cada qual planejada com o objetivo de avaliar as “funções” cognitivas específicas: orientação para o tempo, orientação para o local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual.

Os dados coletados por meio dos instrumentos citados foram organizados e analisados com base na estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O familiar cuidador

Os dados da amostra estudada revelam que, entre os participantes do Grupo de Ajuda Mútua (GAM), o familiar cuidador principal é geralmente do sexo feminino e com idade a partir dos 30 até os 70 anos. Incluem-se aqui filhas e esposas idosas, conforme a Tabela 1, dados corroborados por muitos estudos locais^(5-6, 8-9). Para as mulheres, o ato de cuidar é algo muito natural, quase incorporado às demais

funções relativas às atividades familiares e domésticas aprendidas naturalmente no convívio de cuidar com outras mulheres de sua família ou de seu grupo sociocultural⁽¹²⁻¹³⁾. Realmente, quem assume o cuidado do idoso doente e fragilizado em nosso meio é a família. Outros estudos têm constatado que, entre os membros familiares, os que mais têm ocupado o papel de cuidador são mulheres, notadamente filhas, netas, sobrinhas e ainda cônjuges e irmãs, como já observado em algumas pesquisas; e os fatores que as levam a responder pelo cuidado de um parente idoso são: o dever de cuidar, a designação para o cuidado e a experiência de cuidar. Cada família tende a designar um cuidador para a pessoa idosa. O cuidador também se autodesigna a cuidar, um comportamento feminino prevalente em nossa cultura. Outra possibilidade de assumir o cuidado se prende à coabitação com a pessoa idosa nos períodos que antecedem a condição de dependência ou durante o processo incapacitante^(5-6,13). Tais aspectos também foram observados neste estudo. A experiência de cuidar geralmente está associada com a figura da mulher na família cuidando de outras pessoas, doentes ou não, crianças ou adultos. Muitas vezes a própria cuidadora, por prévia experiência, acaba assumindo espontaneamente o cuidado, assegurando à família, também, a certeza de estar habilitada a fazê-lo novamente.

Há predominância feminina e relação de parentesco entre elas e o cuidador, e isto se assemelha a achados em outras pesquisas^(5-6, 8-9), as quais demonstram que a designação do cuidador obedece a certas regras refletidas em fatores como: gênero, com predominância feminina; proximidade física, considerando-se a convivência; e proximidade afetiva, com destaque para a relação conjugal e a relação parental^(5,8). Verificou-se também que o familiar que se encarrega sozinho do cuidado no domicílio, quando não se sente apoiado pelos demais membros da família, manifesta frequentemente seu desconforto e sentimento de solidão. Ao conferir os resultados obtidos em revisão de literatura sistemática no banco de dados da MedLine entre 1990 e 1998⁽¹⁴⁾, detectou-se o grande impacto que a tarefa de cuidado familiar ao membro idoso, doente e dependente, causa sobre a vida do cuidador,

principalmente de pacientes com demência; detectou-se também que os cuidadores eram, em sua maioria, mulheres, representadas por 50% de cônjuges cuidando de seus esposos idosos e doentes.

No presente estudo observou-se que 40% dos cuidadores são cônjuges idosos, entre mulheres (9) e homens (3). Os cuidadores aparecem como sendo casados, e, em sua maioria, com família constituída, como se observa na Tabela 1.

Tabela 1. Gênero, estado conjugal e parentesco do familiar cuidador do portador de DA, participante do Grupo de Ajuda Mútua/HU-UFSC, Florianópolis-SC, 2006.

Variáveis	N	%
Gênero		
Feminino	26	86,7
Masculino	4	13,3
Estado Conjugal		
Casado(a)	22	73,3
Viúvo(a)	1	3,3
Separado/solteiro(a)	7	23,4
Parentesco		
Cônjuge	12	40,0
Filho(a)	17	56,7
Outros	1	3,3

Em resposta à questão aberta sobre outras tarefas do cuidador, constatou-se que, entre os cuidadores, as mulheres dividiam suas funções entre cuidar do portador e cuidar da família, ora de seus pais, ora de seu cônjuge, ora dos filhos e/ou netos, pois todos necessitavam de atenção. A DA pode gerar desagregação das relações pessoais e familiares e ainda pesar financeiramente sobre a família, sendo considerada uma doença familiar e social⁽⁵⁾. Por esse motivo o desenvolvimento de grupo de apoio comunitário do tipo de ajuda mútua para familiares cuidadores torna-se essencial^(9-10,15).

Em relação ao grau de escolaridade dos cuidadores, seis (20,0%) cursaram o ensino fundamental, dez (33,3%) completaram o ensino médio e quatorze (46,6%) o ensino superior; portanto o grupo majoritário (46,6%) tinha ensino médio e superior, situação que pode favorecer o cuidado prestado aos idosos, pelo acesso às informações, embora se tenha observado que o estresse de cuidar acabou atingindo a todos indistintamente.

Quanto à ocupação, apenas nove (30,0%) cuidadores trabalhavam em atividades

remuneradas e nove (30,0%) já eram aposentados; os demais 12 (40,0%) não trabalhavam formalmente e/ou eram mulheres do lar. Nove familiares cuidadores que acumulavam suas funções profissionais contavam com o apoio de cuidadores leigos contratados, o que não os libertava da sobrecarga decorrente da sobreposição de funções. O fato de os demais familiares cuidadores não exercerem atividade remunerada, devido à responsabilidade com seu familiar idoso, acabava por acentuar a situação de precariedade econômica familiar, concorrendo para a gravidade da inadequação do cuidado.

No estudo observou-se que, do total de 30 pares formados de cuidador e portador, vinte e dois (66,6%) viviam sob o mesmo teto pela transferência do idoso à casa do familiar cuidador, o que facilitava a condição de cuidado; contudo a literatura tem apontado risco de inconveniências, pois a dependência psicofuncional do portador modifica significativamente a rotina, a dinâmica, a estrutura familiar e a relação de troca entre seus membros quando convivem no mesmo ambiente^(7,9,12). A inversão de papel do cuidador nas relações de cuidado, com a assunção da “paternidade” dos próprios pais e dos próprios cônjuges dependentes, coloca uma série de demandas novas, inesperadas e por vezes angustiante por parte de quem cuida. Em virtude do possível envolvimento emocional inadequado entre eles, o familiar cuidador e o paciente idoso.

Sete portadores da amostra (25,0%) permaneceram vivendo em suas próprias casas e recebiam os cuidados de seus próprios cônjuges também idosos, devido à cumplicidade desenvolvida ao longo do convívio ou porque seus filhos encontravam-se longe ou comprometidos com outros afazeres, caracterizando o que tem sido definido como a reprivatização do cuidado privado costumeiramente exercido em nosso meio sociocultural pelas famílias de origem em âmbito domiciliar⁽¹³⁾. Todavia, tal situação particular de cuidador idoso cuidar solitariamente de um membro idoso e dependente é questão emergente que merece atenção, devido ao adoecimento do próprio cuidador.

Portador da doença de Alzheimer

Dos portadores da DA cuidados pelos familiares participantes deste estudo, 21 eram do sexo feminino e 9 do sexo masculino. Quanto à idade eles se distribuíram em grupos etários que variaram de 52 a 84 anos, conforme se observa na Figura 1.

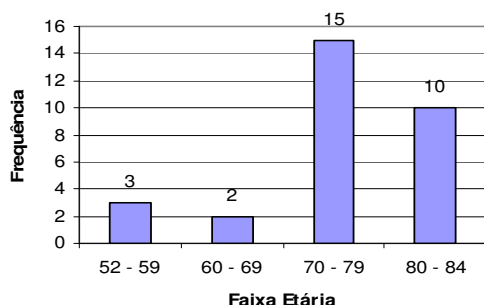


Figura 1. Distribuição dos portadores de DA, segundo grupo etário, cuidados pelos familiares participantes do Grupo de Ajuda Mútua do HU/UFSC, Florianópolis-SC, 2006.

A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade, dobrando aproximadamente a cada cinco anos, a partir dos sessenta anos de idade. Após os sessenta e quatro anos de idade a prevalência é de 5 a 10%, e a incidência anual é de cerca de 1 a 2 %, e após os setenta e cinco anos de idade a prevalência passa para 15 a 20% e 2 a 4% respectivamente⁽²⁾. Os dados presentes se mostraram de modo semelhante. Embora a doença seja considerada uma afecção relacionada à velhice, a sua incidência pode ocorrer precocemente⁽²⁾. Tem sido observada no grupo de ajuda mútua objeto deste estudo a ocorrência de portadores a partir dos 50 anos de idade, com a presença de três representantes nesta amostra.

Mudança observada nos últimos tempos refere-se ao tamanho médio das famílias, pela diminuição do número de filhos. Neste estudo observou-se que ainda há famílias extensas com as quais o portador de DA pode contar para os seus cuidados, conforme vimos anteriormente na Tabela 1: dos 30 idosos, 17 eram cuidados por seus descendentes. Já na Tabela 2 observa-se que a maioria dos portadores possuía um número de quatro a quinze filhos.

Tabela 2. Número de filhos que possuem os portadores de DA cuidados pelos familiares participantes do Grupo de Ajuda Mútua do HU/UFSC, Florianópolis, SC, 2006.

Número de filhos	Número de portadores de DA	
	N	%
0 a 3	13	43,3
4 a 7	12	40,0
8 a 15	5	16,7
Total	30	100,0

Embora o portador de DA tenha uma família ainda numerosa, o cuidado contínuo é realizado geralmente por um de seus membros, sobrecarregando-o, por motivos relatados como dificuldades econômicas, distância de moradia e questões de relacionamento familiar, entre outros. Além dos motivos apresentados, a realização do cuidado do doente com DA é um processo dinâmico e multifacetado e varia de acordo com a vivência sociocultural e as experiências de cuidado no contexto familiar⁽¹²⁾.

Como na velhice é comum a co-morbidade, seis dos portadores de DA aqui estudados também apresentavam uma segunda patologia: três apresentavam seqüelas de acidente vascular cerebral (AVC), dois sofriam doença de Parkinson e um tinha câncer. A condição de cuidador do tipo de pacientes em foco por si só já é fato complexo e de sobrecarga para um cuidador leigo, e quando o paciente idoso apresenta outras afecções agrava-se a situação do cuidado. Por isso, conhecer as dificuldades pelas quais passa um cuidador é imprescindível para atendê-lo num serviço social e de saúde, não somente como parceiro do cuidado, mas essencialmente como cliente que merece cuidar de sua própria saúde^(8,10).

O nível de cognição do portador de DA tem estreita relação com a fase da doença pela qual o paciente passa em sua prolongada situação de cronicidade, e também com os níveis de dependência. Por isso, para aquilatar o estado cognitivo do portador e verificar seu nível de dependência do paciente cuidado aplicou-se o MEEN⁽¹¹⁾ naqueles portadores que ainda demonstravam possibilidades de alguma compreensão para responder à escala de avaliação cognitiva. Dos que responderam, dois obtiveram escores de grau leve e um obteve grau moderado, denotando que dos 30 portadores apenas três se encontravam em estágio

relativamente inicial da doença; outros seis respondentes foram classificados em grau grave. Estes e os demais sem condições de submeter-se ao MEEN supostamente já estavam em estágios mais avançados e, conseqüentemente, mais dependentes de cuidados por parte dos familiares estudados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo, em termos de caracterização do familiar cuidador, mostram que o cuidado é assumido e realizado predominantemente por mulheres a partir dos 30 anos de idade que se dedicam integralmente ao cuidado da família. É importante salientar a situação de três cuidadores homens e nove mulheres (40%) idosos que têm a seu encargo o cuidado de seu próprio cônjuge com DA também idoso. O surgimento de segunda doença no portador de DA, fato comum na velhice, altera os papéis familiares, provocando mais ainda os dilemas e dificuldades para adaptar-se à nova situação de cuidado na dinâmica familiar cotidiana.

A caracterização identificada do par constituído do cuidador e do doente com Alzheimer fornece subsídios norteadores na revisão da condução de ações cuidativas no Grupo de Ajuda Mútua da Família Cuidadora de portadores de DA.

O questionário QPFC usado no presente estudo se mostrou útil em situação real da prática assistencial, pela eficácia na avaliação e pela facilidade e rapidez na aplicação.

Concluindo, guardadas as limitações do estudo, ainda inicial e de abrangência restrita, é-nos permitido declarar que seus resultados levaram-nos a apontar como direções norteadoras um melhor conhecimento da realidade do cuidado domiciliar do portador de DA e quanto à percepção do cuidador familiar sobre suas necessidades para o cuidado a serem consideradas na condução do GAM pelas famílias cuidadoras de portadores de DA. Esses resultados também demonstram a necessidade de estudos de aprofundamento que sinalizem caminhos para a questão do cuidado da vida e saúde da unidade familiar onde se processa o cuidado prolongado de seu membro, idoso ou não, portador de doenças demenciais como a de Alzheimer.

THE CAREGIVER OF A RELATIVE SUFFERING FROM ALZHEIMER DISEASE AND ITS PARTICIPATION ON A MUTUAL HELP GROUP

ABSTRACT

In order to identify the characteristics related to a relative who takes care of a patient suffering from Alzheimer Disease (AD), this study included an intentional sample of 30 caregivers that participate in the Relatives Mutual Help Group of senior individuals suffering from Alzheimer Disease and/or Similar Diseases; a university extension project at the Nursing Department of the Federal University of Santa Catarina along with the Brazilian Association of Alzheimer Disease - Regional / SC. Data was collected through a Family Caregiver Profile Questionnaire (QPFC) with items identifying the main relative caregiver and items regarding the situation of the care given to the elderly with AD. Among the results it was shown that women between 30 and 70 years of age are the main caregivers, and they are also devoted to the care of their families. It was also pointed out that 40% of caregivers are seniors who take care of their partners. Such characterization offers very important subsidies that point toward the adoption of more appropriate conducts in the family daily care considering the condition of chronicity and lingering evolution of the disease that can last up to more than one decade.

Key words: Caregivers. Aged. Family. Nursing. Alzheimer Disease.

EL FAMILIAR CUIDADOR DEL PORTADOR DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER PARTICIPANTE DE UN GRUPO DE AYUDA MUTUA

RESUMEN

Con el objetivo de identificar las características del familiar cuidador de portador de la Enfermedad de Alzheimer (EA), el estudio abarcó una muestra intencional de 30 cuidadores que participan del Grupo de Ayuda Mutua de Familiares de Ancianos Portadores de la enfermedad de Alzheimer y/o Enfermedades Similares, un proyecto de extensión universitaria del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina articulado con la Asociación Brasileña de Alzheimer - Regional/SC. Los datos fueron recogidos por medio de entrevista con aplicación del Cuestionario de Perfil de Familia Cuidadora (CPFC), constituido de ítems identificadores del familiar cuidador principal y de ítems referentes a la situación del cuidado del anciano dependiente. Entre los resultados se destaca la predominancia, como cuidador principal, las mujeres, entre 30 y 70 años de edad, la

cuales se dedican también al cuidado de la familia. Se destaca en un 40% de los casos el anciano como cuidador de su cónyuge. Tal caracterización ofrece subsidios que indican la adopción de más adecuadas conductas de cuidado en la convivencia diaria familiar, en virtud de la condición de cronicidad y de la evolución prolongada de la enfermedad, la cual puede durar por más de una década.

Palabras clave: Cuidadores. Anciano. Familia. Enfermería. Enfermedad de Alzheimer.

REFERÊNCIAS

- 1 Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ). Diagnosticando demência: o primeiro passo para ajudar. Informativo ABRAZ. São Paulo; 2001.
- 2 Herrera E; Caramelli P; Silveira ASB; Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2002 16(s/n):106-108.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. O que é a Doença de Alzheimer? Série A. Normas e Manuais Técnicos n. 132. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- 4 Canineu PR. Prevalência de Demências na População de Pacientes Idosos (>60 anos) Internados no Serviço da Saúde "Dr. Cândido Ferreira" da Prefeitura Municipal de Campinas[tese]. Campinas, SP: Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP, 2001.
- 5 Alvarez AM. Tendo que Cuidar: a vivência do idoso e sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. Florianópolis: EDUFSC, 2001.
- 6 Gonçalves, LHT; Alvarez, AM; Sena, ELS; Silva, LWS; Vicente, FR.; Perfil da família cuidadora de idosos doentes/fragilizados no contexto sociocultural de Florianópolis,SC. *Texto Contexto Enferm* 2006 Out-Dez; 15(4): p.570-7.
- 7 Meira, EC; Gonçalves, LHT; Xavier, JCM; Relatos orais de cuidadores de idosos doentes e fragilizados acerca dos fatores de risco para violência intrafamiliar. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2007 Abr-Jun; 6(1): v. 6, p. 171-180.
- 8 Caldas CP. Cuidando do idoso que vivencia uma síndrome demencial: A família como cliente da enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2001 Mai-Ago; 10(2): 68-93.
- 9 Alvarez AM; Gonçalves LHT; Schneider P. Grupo de ajuda mútua de familiares de idosos portadores de doença de Alzheimer e doenças similares do HU/UFSC. *Revista Ciências da Saúde* 2002 Jul-Dez; 21(2): 54-66.
- 10 Sena, ELS; Alvarez, AM; Pelzer, MT; O valor dos grupos de ajuda mutua para os familiares cuidadores de idosos portadores de Doença de Alzheimer e outras similares. *Revista Ciências da Saúde* 2004 Jan-Dez; 24(1/2): 94-97.
- 11 Brucki SMD; Nitrini R; Caramelli P; Bertolucci PHF; Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61(3-B):777-81.
- 12 Santos SMA; Dalgalarondo P. Familiarizando-se com o estranho e transpondo as barreiras culturais. *Jornal Brasileiro de Neuropsiquiatria Geriátrica* 2001 2(2):74-78
- 13 Knihs, NS; Franco, SC. A Família vivenciando o cuidado do paciente neurocirúrgico: necessidades e expectativa frente a esse cuidado. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2005 Maio-Ago; 4 (2):139-148.
- 14 Silveira, MS; Caldas, CP; Carneiro, TF Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad. Saúde Publica* 2006; 22(8): 1629-38.
- 15 Veras RP; Caldas, CP; Dantas SB; Sancho LG; Sicsu B; Motta LB. Demented elderly people living at home in Rio de Janeiro, Brasil: evaluation of expenditure on care. *Psychogeriatrics (Tokyo)* 2008 8(s/n):88-95.

Endereço para correspondência: Micheli Coral Arruda. Endereço: Manoel de Oliveira Ramos nº 310 apt 103/Estreito CEP- 88075-121 Florianópolis S/C. E-mail: michelicoral@yahoo.com.br

Recebido em: 26/11/2007

Aprovado em: 15/09/2008