

OCORRÊNCIA DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM CUIDADORES PRIMÁRIOS DE INDIVÍDUOS COM DEMÊNCIA TIPO ALZHEIMER: estudos de casos.

Ivani Bressan Valentini¹

Nicolle Zimmermann²

Rochele Paz Fonseca³

resumo

A Demência Tipo Alzheimer tem evolução progressiva que compromete as atividades funcionais do portador, tornando-o dependente de um cuidador. O objetivo do presente estudo foi investigar a ocorrência de depressão e de ansiedade em cuidadores primários de adultos idosos portadores de Demência Tipo Alzheimer. Participaram da pesquisa duas esposas de cônjuges com esse quadro, cuidadoras primárias que exercem a função sem auxílio de cuidador secundário, com nível de escolaridade superior a quatro anos de estudo formal, sem auto-relato de intervenção psicológica atual ou prévia e sem história atual ou prévia de doenças neurológicas e/ou psiquiátricas. A ocorrência de sinais sugestivos de depressão e ansiedade foi avaliada através do Inventário Beck de Depressão e do Inventário Beck de Ansiedade. Para identificar o impacto do cuidado na saúde do cuidador foi utilizada uma entrevista semi-estruturada com questões que investigaram alguns aspectos emocionais, sociais e físicos. As participantes apresentaram sinais sugestivos de prejuízo da saúde psicológica: ambas demonstraram nível leve de depressão, apresentando o caso 1 escore inferior ao do caso 2, e

1 Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica, ênfase Transtornos do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Psicoterapeuta em formação, membro aspirante do Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia, IEPP.

2 Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Membro do Grupo de Pesquisa Neuropsicologia Clínica e Experimental, Programa de Pós-graduação em Psicologia – área de concentração Cognição Humana, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

3 Professora Adjunta da Faculdade de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - área de concentração Cognição Humana, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Neuropsicologia Clínica e Experimental da PUCRS. Pós-doutoranda em Ciências Biomédicas (ênfase neuropsicologia e neuroimagem) no Centre de Recherche de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, Université de Montréal, Québec, Canada. E-mail: rochele.fonseca@gmail.com

ansiedade, mostrando o caso 1 nível mínimo e o caso 2, nível grave. Entre os fatores que podem ter contribuído para o maior comprometimento psicológico da cuidadora do caso 2, mencionam-se menor tempo pós-diagnóstico e de função de cuidador, rápida evolução da doença e estágio mais avançado da demência do cônjuge, assim como reduzido suporte familiar e social.

palavras-chave

Demência Tipo Alzheimer. Cuidador. Ansiedade. Depressão

1 Introdução

O envelhecimento é um processo natural e universal que faz parte do ciclo vital do ser humano. O envelhecer traz expectativas ao idoso quanto à qualidade de vida nessa etapa, considerada a final do desenvolvimento humano. Nesse estágio, a qualidade de vida está diretamente vinculada à velocidade do desenvolvimento de doenças degenerativas e problemas associados às mesmas. Embora dificuldades sejam esperadas, é importante considerar que esse é um período normal da vida, com oportunidades singulares de crescimento psicológico e emocional (LIMA *et al.*, 2008; MITCHELL *et al.*, 2010).

Com o aumento da longevidade, houve, também, uma mudança nas causas relevantes consideradas como responsáveis pelo envelhecimento não-saudável. Assim, além das doenças cardiovasculares e das doenças crônicas em geral, houve um aumento significativo da incidência de doenças neurodegenerativas. Dentre elas, a doença de Alzheimer é o tipo de demência mais comum. É uma doença degenerativa e predominantemente cortical e uma das poucas que ainda encontram-se sem um tratamento efetivo (MACHADO; CARAMELLI, 2006). Caracteriza-se pelo declínio cognitivo contínuo e gradual da memória e de no mínimo outra função cognitiva, sendo grave o suficiente para afetar o comportamento, vida funcional e social do idoso (ÁVILA; BOTTINO, 2008). Além das alterações cognitivas, alguns sintomas comportamentais são observados, como apatia, depressão e agitação/agressão (TEIXEIRA; CARAMELLI, 2008).

Dentro da perspectiva do aumento da expectativa de vida e do consequente aumento de doenças relacionadas ao envelhecimento, há também uma maior demanda de serviços de cuidado para idosos em nosso país. Os lares e moradias para idosos são alternativas caras e não são acessíveis para a maioria da população, assim a alternativa mais comum é a busca por centros

de atendimento à saúde pública, que dispõem de poucas vagas e recursos. Nesse quadro, junto a fatores socioculturais e psicológicos envolvidos no processo de cuidar, a família ainda se configura como a principal cuidadora dos idosos no Brasil (KARSCH, 2003; NARDI; OLIVEIRA, 2009; SAHAR *et al.*, 2003; YAMAMOTO; DIOGO, 2002).

Os estudos nacionais com familiares de pacientes com demências ainda são em quantidade reduzida, mas vêm aumentando nos últimos anos no Brasil (FERNANDES; GARCIA, 2009; GUTIERREZ; MINAYO, 2010; INOUE *et al.*, 2010; PINTO *et al.*, 2009), o que contribui para a consolidação da importância do reconhecimento e atendimento a essa população nos serviços de saúde. Apesar da vasta literatura internacional consolidada sobre o tema, entende-se que os processos psicológicos e psicossociais envolvidos no ato de cuidar variam de acordo com o contexto cultural e social dos indivíduos envolvidos nesse papel. Assim, com o objetivo de oportunizar uma maior aproximação e conhecimento sobre o objeto de investigação (o cuidador) nessa temática e contribuir para o avanço os estudos quantitativos e qualitativos nacionais em processo de consolidação, a presente investigação busca comparar o impacto sobre os aspectos emocionais, sociais e físicos do familiar cuidador do idoso portador da DTA a partir do estudo de dois casos.

2. A Demência Tipo Alzheimer e os cuidadores no processo de envelhecimento

Para nortear o presente estudo teoricamente, quatro subseções de revisão teórica são apresentadas a seguir. Assim, os construtos envelhecimento, demência do tipo Alzheimer, o papel do cuidador primário de pacientes com este quadro, assim como da complexa relação entre a saúde deste cuidador e o cuidado propriamente dito serão abordados.

2.1 Envelhecimento

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que se evidenciou no início do século XX nos países desenvolvidos e 50 anos depois também nos países em desenvolvimento. Embora a média de anos de vida esteja aumentando em todo o mundo, os países desenvolvidos tendem a apresentar médias de vida mais longas que as médias de países em desenvolvimento. O Brasil, no início do século XX, apresentava uma baixa expectativa de vida, na década de 1950 atingia a faixa de 43,2 anos (FREITAS, 2004). O

aumento da longevidade tornou-se um fenômeno contínuo e expressivo, no final do século XX atingiu a faixa de 68,5 anos (CAMARANO, 2002; FREITAS, 2004). Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população de idosos com idade igual ou superior a 60 anos já é de 15 milhões. As projeções estatísticas realizadas por esse instituto estimam um percentual de 15% de idosos na população brasileira em 2020 (CAMARANO, 2002; TRENTINI *et al.*, 2006).

Nos países desenvolvidos, o aumento da longevidade vem da melhora na qualidade de vida. No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, o aumento da população idosa deriva da baixa taxa de natalidade e de uma queda da mortalidade infantil, além do aumento da expectativa de vida proporcionada por uma melhor tecnologia da saúde (CAMARANO, 2002). Esse fato indica que possivelmente o rápido envelhecimento populacional no Brasil não proporcionou tempo suficiente para que políticas de saúde públicas adequadas fossem estruturadas para atender as demandas exigidas por essa parcela da população.

O aumento da longevidade traz consigo, então, algumas questões pertinentes à qualidade de vida do idoso. Por exemplo, deve-se considerar como e com quem o adulto idoso vive. Atualmente, no Brasil, 44,3% dos idosos com idade superior a 65 anos mora com famílias nucleares, 41,3% com famílias extensas, 11,8% com famílias unipessoais e 2,6% com famílias compostas (NERI, 2006).

Outro dado importante diz respeito aos cuidados dos idosos em domicílios multigeracionais, que atendem adultos idosos de menor poder aquisitivo. Segundo Ramos (2002), esses lares parecem garantir a segurança da moradia, o que não significa, no entanto, que esses idosos recebem apoio, carinho e afeto. A falta de afetividade no relacionamento pode ser interpretada como preditor de maus tratos, abandono e institucionalização, quando as pessoas idosas apresentam um aumento da situação de alta dependência. A qualidade dos cuidados se dá, em geral, em decorrência das limitações econômicas multigeracionais e das limitações educacionais dos cuidadores.

Por outro lado, os idosos com nível socioeconômico mais elevado e maior grau de escolaridade tendem a viver sozinhos ou com o cônjuge, característica também apresentada nos países mais desenvolvidos. Nesse convívio parece existir um suporte familiar e uma organização de intimidade e distância entre os familiares, o que não caracteriza falta de apoio (CAMARANO, 2002; RAMOS, 2002).

Nesse contexto, a longevidade traz preocupações para muitos setores; dentre eles, para os profissionais e serviços da saúde pública, que, em geral,

não estão preparados para atender as demandas da população idosa. Uma das maiores preocupações está relacionada à DTA, grave doença degenerativa, que não só acomete o idoso, mas causa sérios transtornos na dinâmica familiar.

2.2 Demência Tipo Alzheimer

A DTA faz parte do grupo das doenças crônicas mais comuns que se instala no envelhecimento. Essa patologia foi diagnosticada pela primeira vez pelo neurologista alemão Alois Alzheimer em 1906, quando observou perdas degenerativas no tecido cerebral de uma mulher que considerou ter morrido de uma doença mental rara. A DTA é a que tem maior prevalência entre as demências. Em seu quadro clínico, as modificações tendem a ser lentas e progressivas e os *déficits* cognitivos incluem alterações de memória, raciocínio, linguagem, orientação têmporo-espacial, funções executivas, além de mudanças comportamentais e de personalidade (BANDEIRA *et al.*, 2006; LAKS *et al.*, 2006; MACHADO, 2002; STUART-HAMILTON, 2002).

Essa perda celular é bem seletiva e se concentra no córtex, também em algumas regiões subcorticais, principalmente na amígdala, no hipocampo e no tronco cerebral. A deteriorização cerebral não é difusa e nem global, e, frequentemente, diversos domínios cognitivos são afetados, enquanto outros se mantêm preservados.

O diagnóstico de DTA corresponde a mais ou menos 50% das demências na terceira idade. A incidência e prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade, sendo que a taxa chega a dobrar a cada 5,1 anos, a partir dos 60-65 anos. Assim, chega a atingir 5 a 10% dos idosos com 65 anos ou mais e 47% dos acima de 85 anos (EIZIRIK *et al.*, 2001; MACHADO, 2002). Lopes *et al.* (2006) revisaram dados sobre a prevalência de demência associados aos dados sociodemográficos. Esse estudo mostrou uma prevalência média de demência, com idade acima de 65 anos, de 2,2% na África, 5,7% na Ásia, 6,2% na América do Norte, 7,1% na América do Sul e 9,0% na Europa.

Portanto, estima-se que em todo o mundo 25 milhões de idosos sejam portadores da DTA, considerando a prevalência de 1 a 1,5% entre 60 a 65 anos e 45% após os 90 anos de idade. No Brasil, estima-se que 1.000.000 de pessoas possuam DTA. Entretanto, esse número pode ser maior, pois muitos ainda não possuem um provável diagnóstico pela demora da família em tomar providências quando o idoso apresenta problemas de memória (CANINEU, 2002).

Os sintomas da DTA apresentam-se de diferentes maneiras para cada idoso e muitas vezes os primeiros sinais não são facilmente observados pelos familiares próximos, entendendo-os como parte do processo normal do envelhecimento. Embora não se estabeleça um padrão único para a evolução da doença, pela avaliação dos sintomas apresentados, é possível determinar o estágio da doença em que se encontra o idoso. Dessa forma, essas hipóteses diagnósticas e prognósticas poderão servir como norteadoras para acompanhar a evolução da demência e como guias para o cuidador, auxiliando-o nas intervenções necessárias e no planejamento das necessidades futuras.

Essa heterogeneidade na manifestação e na evolução da DTA está relacionada ao fato de essa patologia apresentar vários estágios, com uma imensa variação entre os pacientes e a gravidade de seus sintomas. De acordo com Teixeira e Caramelli (2008), existem três estágios da DTA que são bem definidos e previsíveis na maioria dos casos. No primeiro estágio, a perda de memória para fatos recentes é mais prejudicada e a memória para fatos remotos continua preservada. São comuns os esquecimentos de nomes, por exemplo, e a repetição de tarefas. A linguagem tende a ficar prejudicada no que diz respeito à fluência verbal fonológica, e também observa-se um discurso vazio, sem muitas idéias. No segundo estágio, todas as funções cognitivas apresentam-se alteradas. A localização espacial fica comprometida, o que faz os idosos não reconhecerem sua própria casa. No terceiro e último, todos os domínios cognitivos estão severamente prejudicados, os pacientes apresentam uma linguagem resumida à ecolalia, palilalia ou mutismo, não controlam mais os esfíncteres e a rigidez muscular fica muito comprometida. O óbito ocorre geralmente em consequência das complicações motoras que trazem uma série de restrições na locomoção e alimentação do paciente.

2.3 O cuidador do indivíduo com DTA

O idoso, ao evidenciar os primeiros sinais de demência, gera na família preocupações quanto aos cuidados que esse irá necessitar ao longo da sua vida, pois as pessoas ao seu redor, muitas vezes, têm pouco preparo e conhecimentos para administrar a nova situação. Os cuidados ao idoso com DTA podem ser feitos tanto por um profissional quanto por um familiar que se disponha a desempenhar essa função. A rede de apoio informal, que é composta pela família, amigos e voluntários, constitui-se na fonte primária de assistência ao idoso. O Brasil, país em desenvolvimento, não possui uma infraestrutura adequada para atendimento de cuidado institucional a esse segmento da população. Assim, com poucos recursos de apoio formal, a família

torna-se a principal fonte de apoio e cuidados (GONÇALVES *et al.*, 2006; SANTOS; PAVARINI, 2010). Essa situação tende a se agravar em decorrência das atuais mudanças na constituição familiar, em que, atualmente, há um número reduzido de filhos e as mulheres não estão exercendo somente atividades relacionadas à família, mas também estão voltadas para a atividade profissional (NERI; CARVALHO, 2002). Como consequência, aumentam as dificuldades e a sobrecarga do cuidador familiar.

A literatura internacional e nacional mostra que a maior parte dos cuidadores é do sexo feminino com idade entre 60 e 70 anos. Essa característica também se evidencia nos estudos feitos em Cuba, onde 90% dos cuidadores pertencem ao sexo feminino, que são geralmente a esposa, uma filha ou um parente próximo. Corroborando esses dados, em uma amostra brasileira com 129 cuidadores, 82,2% era do sexo feminino, com idade média de 60,31 anos (BANDEIRA *et al.*, 2006).

Quanto à relação entre os estágios da DTA e o cuidado com o idoso portador de DTA, Neri (2006) menciona que o cotidiano do núcleo familiar é alterado em função da progressão da doença. No estágio inicial, a doença possibilita ao portador realizar algumas rotinas. Com o avanço e comprometimento da demência, evidenciam-se as limitações e a necessidade de um cuidador mais próximo. Assim, a função do cuidador vai adquirindo uma sobrecarga, pois o que inicialmente era realizar o cuidado na esfera mais alta, como o controle das finanças, com o passar do tempo, alcança uma amplitude maior conforme a doença progride e torna o idoso mais dependente. Portanto, o cuidador passa a responsabilizar-se por atividades que incluem tarefas com os cuidados básicos pessoais e alimentação, organização e adaptação do ambiente, promoção de tratamento e de apoio emocional, transporte do idoso, responsabilidade com a demanda financeira do tratamento, entre outras funções.

Por outro lado, observa-se que muitas vezes as funções exercidas pelo cuidador são divididas entre familiares. Neri (2006) identifica duas categorias de cuidadores. O cuidador primário tem a responsabilidade total pelo cuidado do idoso, sendo esse cuidado desenvolvido diretamente no próprio ambiente domiciliar. Ao cuidador secundário cabe realizar as tarefas de transporte do idoso, proporcionar atividades sociais e recreativas, proteger o idoso no cotidiano, incumbir-se das questões legais e burocráticas da pessoa com demência, e oferecer suporte emocional e espiritual. Em razão disso, na medida em que a doença evolui, as demandas de cuidados contribuem para o aumento da sobrecarga do cuidador, primário ou secundário, o que conseqüentemente promove um aumento do grau das dificuldades para lidar com a situação.

2.4 Saúde do cuidador frente ao cuidado

Atualmente, nas pesquisas sobre envelhecimento, tem-se dado muita importância à saúde do cuidador do portador de demência. No entanto, pouco se sabe ainda sobre a extensão dos prejuízos causados à saúde do cuidador. Em geral, observa-se que a situação de cuidado é um fator estressante e que qualquer doença pode apresentar efeitos negativos não só ao portador, como também às pessoas que estão mais próximas e que despendem cuidados a ele (NERI; CARVALHO, 2002; STUART-HAMILTON, 2002).

No entanto, o efeito pode ser especialmente maior sobre o cuidador do portador de DTA, por esse assistir a gradativa desintegração mental do familiar próximo e por não receber um retorno adequado (STUART-HAMILTON, 2002). A situação de estresse crônico no cuidado ao portador de DTA pode ser evidenciada pela longa duração da doença e pelas demandas impostas ao cuidador.

De acordo com Neri e Carvalho (2002), na literatura internacional, as pesquisas apontam os efeitos negativos da situação de cuidado sobre a saúde física e mental do cuidador. Esses estudos mencionam uma prevalência de transtornos psiquiátricos, maior incidência no uso de medicação psicotrópica, mais doenças somáticas, alteração na saúde clínica geral, isolamento social, estresse pessoal e familiar, sentimento de obrigatoriedade para o exercício da função, entre outros.

A saúde do cuidador familiar ainda é vista com cautela na literatura brasileira. Neri (2006) menciona a importante distinção entre o estresse objetivo e subjetivo. Segundo a autora, o estresse objetivo se relaciona às perturbações que interferem na vida familiar, como as finanças, o exercício de papéis, as relações familiares, a atenção ao idoso e as relações sociais. Quanto ao estresse subjetivo, esse diz respeito a sentimentos de sobrecarga, desamparo, perda de controle, falta de domínio, vergonha, exclusão e incômodo.

No Brasil, existem poucas pesquisas investigando a saúde do cuidador do portador de DTA. Os estudos realizados mostram resultados que realçam os efeitos negativos, tais como, a sobrecarga física e emocional e o estresse (BANDEIRA *et al.*, 2007; MOSCOSO *et al.*, 2007; ELOAH *et al.*, 2007; FOSS *et al.*, 2007). Esses efeitos referem-se a ônus físico e financeiro; falta de informações sobre a doença e atitudes de manejo com o idoso; sentimentos negativos em relação ao idoso e do idoso em relação ao cuidador; falta de reconhecimento pelos familiares sobre o trabalho exercido pelo cuidador; inversão de papéis, etc (NERI; CARVALHO, 2002).

Investigações mostram que, o estresse vivenciado por pessoas que exercem a função de cuidador do idoso com DTA é significativamente maior do que das que cuidam de portadores de outras doenças. Existem algumas evidências de que cuidar de um idoso com DTA resulta em níveis significativamente mais elevados de depressão, estresse, ansiedade e outros problemas de saúde (BANDEIRA *et al.*, 2006). Na tarefa de cuidados com o idoso que apresenta problemas cognitivos, como a DTA, Neri (2006) menciona que o familiar cuidador tende a apresentar mais sintomas de depressão, ansiedade e angústia, que, com o passar do tempo e com a progressão da doença, tendem a se tornar mais graves e severos.

Em relação ao acima exposto, o envelhecimento da população aumenta o risco de ocorrências das doenças degenerativas. A DTA acontece com maior incidência no adulto idoso e traz sérios comprometimentos à sua qualidade de vida. Com o avanço da doença, é necessário que esse tenha ao seu lado um cuidador que o auxilie na realização das atividades de vida diária. Esse novo papel, que normalmente é assumido pelo familiar mais próximo, traz significativas mudanças na dinâmica da vida familiar e na saúde do cuidador.

Poucos estudos têm sido realizados no Brasil explorando as alterações nos aspectos psicológicos dos cuidadores de idosos portadores da DTA. Nesse contexto, o objetivo do presente estudo é investigar a ocorrência de depressão e ansiedade em cuidadores primários de adultos idosos com DTA através do estudo de dois casos.

3 Método

O presente estudo é comparativo de estudos de casos múltiplos. A coleta e interpretação dos dados foi híbrida, quantitativa descritiva e qualitativa.

3.1 Participantes

Participaram desse estudo dois familiares cuidadores de adultos idosos com DTA diagnosticada clinicamente por um médico neurologista. Os critérios de inclusão consistiram em ser cuidador primário, ter grau de parentesco com o idoso, com nível de escolaridade superior a quatro anos de estudo formal. Além disso, os cuidadores deveriam exercer a função diariamente, sem apoio pago de cuidador secundário, sem intervenção psicológica atual ou prévia e sem história atual ou prévia de doenças neurológicas e/ou psiquiátricas autorrelatadas. O cuidador e portador de DTA não deveriam apresentar histórico de doenças crônicas, nem história prévia e atual de uso abusivo

de álcool e de drogas psicotrópicas. Os casos foram selecionados por amostragem de conveniência na cidade de Porto Alegre e região metropolitana.

No Quadro 1, podem ser observadas as características sociodemográficas dos dois casos. O nível socioeconômico foi mensurado pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CEBB), com base no Levantamento Sócio Econômico/2000 – IBOPE realizado pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa - ANEP (www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf). A pontuação sugerida pelo CEBB para as classes abrange escores de 34 a 0 pontos, distribuídos da seguinte maneira: A1 = 30 a 34; A3 = 25 a 29; B1 = 21 a 24; B2 = 17 a 20; C = 11 a 16; D = 6 a 10; E = 0 a 5. Os hábitos de leitura e escrita foram analisados a partir da quantificação da frequência de leitura (revistas, jornais, livros e outros) e de escrita (textos, recados e outros) dos participantes. A pontuação para esses itens foi dada conforme sua frequência de ocorrência: 4 = todos os dias, 3 = alguns dias por semana, 2 = uma vez por semana, 1 = raramente e 0 = nunca. Somam-se os escores de frequência de leitura e escrita, gerando um escore final (de 0 a 12 representando baixa frequência e de 13 ou mais, alta frequência).

Características	Caso 1	Caso 2
Nível sócio-econômico (escore)	B2 (20)	B1 (23)
Frequência de hábitos de leitura e escrita (escore)	Baixa (10)	Baixa (10)
Idade (anos)	74	72
Escolaridade (nível educacional)	Ensino fundamental incompleto	Ensino fundamental incompleto
Sexo	Feminino	Feminino
Estado civil	Casada	Casada
Número de filhos	3	5
Profissão	Aposentada (anteriormente gerente de vendas)	Do lar

Quadro 1 - Dados sócio-demográficos dos participantes do estudo na cidade Porto Alegre e região metropolitana coletados em julho de 2008

Conforme pode ser visualizado no Quadro 1, as duas cuidadoras primárias pertencem a níveis socioeconômicos próximos e apresentam idades também aproximadas, assim como possuem mesmos nível educacional e sexo, sem diferenças quanto ao estado civil e à presença de filhos. No entanto, o caso 1 apresenta filhos em menor quantidade, que moram na mesma cidade e o caso 2, maior quantidade de filhos, que habitam em outros estados. Diferenciam-se, principalmente, quanto à atividade profissional.

3.2 Considerações éticas

Os participantes desse estudo foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e decidiram livremente sobre sua disponibilidade em participar da investigação. Assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em que todos os seus direitos e os deveres do pesquisador foram-lhe explicados e garantidos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

3.3 Procedimentos e Instrumentos

A coleta de dados foi realizada em sessão única, com duração de aproximadamente duas horas, em ambiente tranquilo, silencioso, ventilado e iluminado. Foram aplicados, nessa ordem, um questionário sociocultural, para caracterização dos casos, o Inventário Beck de Depressão – BDI (Cunha, 2001), o Inventário Beck de Ansiedade – BAI (CUNHA, 2001), e uma entrevista semiestruturada com questões que investigaram alguns aspectos emocionais, sociais e físicos do familiar cuidador do idoso portador de DTA, buscando-se, assim, a identificação do impacto desse cuidado em sua saúde. O BDI (CUNHA, 2001) é um instrumento para a medida de intensidade da depressão. É uma escala de autorrelato constituída de 21 itens, cada um desses com quatro alternativas mostrando graus crescentes de gravidade de depressão. O BAI é uma escala de autorrelato para medir a intensidade de sintomas de ansiedade. É constituído de 21 itens, através dos quais o indivíduo se avalia em uma escala crescente de quatro pontos de gravidade para cada sintoma (CUNHA, 2001). Por fim, as respostas da entrevista semiestruturada foram gravadas em fita-cassete, para posterior transcrição e análise.

3.4 Análise dos dados

Os resultados dos instrumentos BDI e BAI foram analisados quantitativamente (escores). Os dados da entrevista semiestruturada foram analisados qualitativamente, agrupando-se as respostas em palavras-chave por pergunta realizada.

4 Resultados

Os resultados referentes aos escores e níveis de depressão e de ansiedade encontram-se expostos no Quadro 2.

Dados testes psicológicos	Caso 1	Caso 2
Escore BAI	10	37
Nível BAI	Mínimo	Grave
Escore BDI	14	17
Nível BDI	Leve	Leve

Quadro 2 - Dados sobre depressão e ansiedade dos participantes

Nota: BAI=Inventário Beck de Ansiedade; BDI=Inventário Beck de Depressão.

Observa-se pelos resultados apresentados no Quadro 2 que a diferença entre os dois casos foi maior quanto ao escore de ansiedade. No que diz respeito ao escore de depressão, as cuidadoras não apresentaram grande diferença (3 pontos no escore, sem alterar a intensidade do quadro). Em ambas as medidas psicológicas, o caso 2 apresentou maiores níveis indicativos dos quadros psicopatológicos investigados.

Como complemento aos dados quantitativos apresentados no Quadro 2, no Quadro 3, encontram-se expostos os dados qualitativos categorizados em palavras-chave a posteriori, obtidos através da entrevista semi-estruturada. Ressalta-se que foram agrupados os principais resultados a serem discutidos no presente estudo.

Questões	Caso 1	Caso 2
Grau de parentesco	Cônjuge	Cônjuge
Tempo de função de cuidador e tempo pós-diagnóstico	60 meses	4 meses
Profissional que diagnosticou DTA	Neurologista	Neurologista
Patologias associadas	Doença cardiovascular, hipercolesterolemia	Doença cardiovascular, hipertensão
Estágio atual da demência, segundo diagnóstico médico	Leve para moderado	Moderado
Motivo de surgimento da função	Escolha própria	Escolha própria
Funções exercidas como cuidador	Controle da medicação, auxílio nas AVDs, companhia em caminhadas, atividades financeiras	Controle da medicação, auxílio nas AVDs, companhia em caminhadas atividades financeiras, auxílio para andar
Pessoas que apóiam o cuidador	Filhos	Vizinhos e amigos
Forma de auxílio dessas pessoas	Controle das situações estressantes	Realização de compras no supermercado e farmácia

(continua...)

(continuação)

Mudanças na função de cuidador	Aumento nos cuidados quando o portador de DTA quer sair	Aumento nos cuidados da higiene pessoal
Participação do cuidador em grupo de apoio	Participa desde o diagnóstico	Participou de dois encontros e interrompeu
Realização prévia ou atual de psicoterapia	Não	Não
Sentimento em relação à função exercida	Sentimento de obrigatoriedade	Sentimento de desespero
Possibilidade de institucionalização do idoso	Não deseja	Não deseja
Contratação de profissionais	Não deseja	Deseja, para fazer companhia
Saúde física e mental do cuidador	Não apresenta queixas	Sente cansaço e refere "nervosismo"
Humor e disposição do cuidador	Procura demonstrar disposição e alto astral	Procura ter mais paciência e enfrentar as novas situações
Atividades de lazer do cuidador	Chá com grupo de amigas do bordado; viagens eventuais com acompanhante	Caminhadas com o portador de DTA
Desempenho das atividades do cuidador	Percebe falha de memória	Percebe falha de memória e cansaço
Momento vivido pelo cuidador	Desejo de melhoria na qualidade de vida do casal	Observação de intensa mudança

Quadro 3 - Dados relatados pelos participantes na entrevista semi-estruturada

Nota: DTA = Demência Tipo Alzheimer; AVDs = atividades de vida diária.

No Quadro 3, apresentam-se resumidos os resultados transcritos da entrevista semi-estruturada respondida pelas duas cuidadoras de portador de DTA. Pode-se observar na descrição dos dados que as cuidadoras apresentam maior quantidade de diferenças do que de semelhanças. Dos 20 fatores investigados na entrevista semiestruturada, encontraram-se seis semelhanças (grau de parentesco, profissional que fechou o diagnóstico de DTA, patologias associadas, motivo de surgimento da função, ausência de realização prévia ou atual de psicoterapia e ausência de desejo de institucionalização) e 14 diferenças (tempo de função de cuidador, estágio da demência, função exercida, pessoas que apóiam, forma de auxílio dessas pessoas, tipo de mudança na função de cuidador, participação de grupo de apoio, sentimentos em relação à função exercida, desejo de contratação de profissional, queixas de saúde física e mental, humor e disposição, atividades de lazer, queixas quanto ao desempenho nas atividades diárias da cuidadora e relato sobre o momento vivido). De um modo geral, o caso 2 recebe menos apoio familiar e profissional e refere queixas mais acentuadas quanto à sua saúde física e mental. Assim, a função de cuidador parece exigir mais do caso 2. O contato social é mais amplo para a cuidadora do caso 1, enquanto que no caso 2, seu convívio é restrito à companhia do portador de DTA.

5 Discussão

O objetivo deste estudo foi investigar a ocorrência de ansiedade e de depressão em cuidadores primários de indivíduos idosos com DTA. Observaram-se sinais sugestivos de ansiedade e depressão nos dois casos de cuidadoras que participaram da pesquisa. No entanto, houve diferenças entre os dois casos quanto ao nível desses quadros. A partir da comparação dos escores obtidos pelas cuidadoras no BAI e no BDI, pode-se verificar que o caso 2 apresentou maior intensidade do quadro de ansiedade, e uma diferença menor, mas também constatada no quadro de depressão. Esses resultados corroboram os achados dos estudos de Bandeira et al. (2007) e de Mahoney e Katona (2005) que salientam a ocorrência freqüente de ansiedade e depressão em cuidadores de portadores de DTA.

As diferenças quantitativas encontradas nas mensurações de ansiedade e de depressão entre os casos 1 e 2 podem ser examinadas à luz de alguns dados coletados na entrevista semiestruturada. Em relação aos fatores distintivos observados entre as cuidadoras, algumas hipóteses podem ser levantadas.

No que diz respeito ao tempo que exercem a função, que equivale ao tempo pós-diagnóstico de DTA de seus cônjuges, pode-se sugerir que o pouco tempo de cuidados exercido pela cuidadora do caso 2 pode potencializar seus sinais de ansiedade, justificando ou contribuindo para o alto nível desse quadro. De certa forma, após o recebimento do diagnóstico, a família necessita de certo tempo para aceitar e estruturar-se e, posteriormente, adaptar-se à nova situação de vida e de relação familiar. A situação sugere intensas mudanças em um curto espaço de tempo, que inclui o conhecimento sobre a doença e sobre estratégias adequadas para lidar de modo bem-sucedido com o idoso demenciado. Nesse sentido, Neri e Carvalho (2002) mencionam que o início dos cuidados parece exigir mais, sendo que o senso de sobrecarga pode estabilizar ou diminuir no decorrer da atividade de cuidados. Esse processo reflete o aprendizado no desempenho das tarefas ou a adaptação de estratégias para os comportamentos e estados psicológicos do demenciado. Em reforço a essa hipótese, Bandeira et al. (2007) identificaram diferentes níveis de ansiedade em cuidadores que promoviam cuidados a idosos demenciados em diferentes espaços de tempo. Assim sendo, o caso 1 pode estar mais dessensibilizado frente à nova situação já que exerce a função de cuidador há cinco anos, enquanto o caso 2, há apenas quatro meses.

Outro fator que pode ser atribuído como preditor para elevar o nível de ansiedade e de depressão é o estágio da demência, que no caso 2 é mais severo do que no caso 1. Nos estágios mais avançados da doença, identifica-se maior

comprometimento nos aspectos cognitivos e funcionais do portador, o que sugere maior supervisão e envolvimento do cuidador. De acordo com Ferretti e Bottino (2006), a exigência de atenção e cuidados eleva-se nas fases intermediárias e graves da demência, quando o tempo de envolvimento é maior. Dessa forma, além de menor tempo de convívio com a nova situação de seu cônjuge, o caso 2 encontra-se, ainda, mais sobrecarregado com as funções de cuidado por seu esposo estar em um estágio mais avançado da DTA, quando comparações são feitas com o caso 1. Essa maior sobrecarga é relatada pela cuidadora do caso 2 quando refere que realiza uma função a mais que o caso 1 (ajuda para a deambulação).

Em relação à forma de auxílio recebido, a cuidadora do caso 1 parece ter uma ajuda mais efetiva, na medida em que os filhos estão constantemente presentes e são mais envolvidos nas atribuições de cuidados, controlando situações estressantes. Em contrapartida, para a cuidadora do caso 2, a ajuda nas situações de emergências provém dos vizinhos e voluntários e o envolvimento dos filhos parece ser mais voltado para tarefas menos relevantes, tal como, fazer compras. Neri e Carvalho (2002), em sua meta-análise sobre estudos com cuidadores, mencionam que a família é reverenciada como importante rede de apoio instrumental e emocional e, por outro lado, os amigos são aqueles que auxiliam em atividades secundárias, fornecendo apoio moral. Isso mostra que no caso 1 as situações mais estressantes são compartilhadas com a família, diminuindo a responsabilidade da cuidadora na tomada de decisões e promovendo uma diminuição na tensão emocional. No caso 2, entretanto, o principal apoio é oriundo de amigos que deveriam dar apenas um apoio moral. Essa ausência de uma ajuda mais efetiva dos filhos gera estresse que pode potencializar a ansiedade e a depressão dessa cuidadora, na medida em que ela mencionou que seria importante para ela ter os filhos próximos para que pudessem auxiliá-la em situações de emergência. Pode-se inferir, então, que o suporte familiar é importante e promove maior segurança e tranquilidade ao cuidador.

O fator tipo de mudança na função de cuidador também pode ter contribuído para as diferenças de ansiedade e de depressão encontradas entre os casos 1 e 2. O caso 2 refere uma mudança mais intensa: cuidados de higiene pessoal de seu cônjuge. Esse tipo de mudança está relacionado à perda gradativa do controle esfinteriano, muito comum nos estágios mais avançados da DTA (BERTOLUCCI, 2005; CANINEU, 2002; LAKS *et al.*, 2006). A progressão da demência eleva o comprometimento do idoso na realização das suas atividades diárias (MACHADO, 2002), o que é ilustrado pelo relato do caso 2. Além disso, a supervisão constante pode estar interferindo no repouso da cuidadora do caso 2, que menciona, ao responder à entrevista e ao BAI, uma diminui-

ção das horas de sono e consequentes sintomas somáticos mais intensos como nervosismo e taquicardia (NERI, 2006). Esses dados corroboram achados do estudo de Lemos *et al.* (2006), que identificaram que o aumento do nível de dependência do idoso promove uma elevação na ansiedade do cuidador. Em complementaridade, Mahoney e Katona (2005) constataram que o maior comprometimento nas atividades de vida diária do portador de DTA eleva o nível de ansiedade dos cuidadores de maneira mais acentuada do que o prejuízo cognitivo propriamente dito. Esse prejuízo psicológico do cuidador frente às mudanças de cuidado e ao maior comprometimento do seu cônjuge foi mencionado pela cuidadora do caso 2 em mais de um momento. Referiu desespero como um sentimento frente ao cuidado, com queixas claras de saúde física e mental (nervosismo, cansaço etc), além de desejar que algum profissional seja contratado para diminuir sua demanda de auxílio.

Nesse contexto, a intensa ansiedade identificada na cuidadora do caso 2 pode estar relacionada ao sentimento em relação à função exercida: sensação de desespero. Esse autorrelato aponta para uma efetividade reduzida em manejar situações de cuidados. O desempenho da função de cuidador exige um bom nível de energia para dar conta das pressões exigidas. Assim, muitas vezes o cuidador pode sentir prazer e conforto no desempenho de suas atividades e consegue bons resultados, embora tenha grande exigência, tanto física como emocional. Por outro lado, quando o cuidador despende muita energia nas tarefas e não atinge seus objetivos ou, ainda, quando sente as pressões muito intensas ou intoleráveis, pode apresentar sentimentos de tensão, angústia e sobrecarga (NERI, 2006).

Em relação à saúde física e mental, o caso 2 aponta queixa de cansaço e nervosismo que pode ser indicativa de sobrecarga e de habilidade limitada no manejo de cuidados. Estudos com cuidadores de demenciados têm evidenciado que a atenção constante necessária para o cuidado do portador de DTA é apontada pela grande maioria dos cuidadores como responsável pelo aparecimento dos sintomas de sobrecarga (ELOAH *et al.*, 2007; GARRIDO; MENEZES, 2004; LEMOS *et al.*, 2006). De acordo com Bandeira *et al.* (2006), sentimentos de eficácia, senso de domínio e controle da situação contribuem para um enfrentamento mais positivo dos comprometimentos progressivos causados pela demência.

No que concerne à participação em grupo de apoio, identificou-se que essa atividade esteve presente e ainda está de modo efetivo apenas na vida da cuidadora do caso 1. Com a participação ao longo dos anos em que iniciou a função de cuidadora, ela teve a oportunidade de adquirir e construir um maior entendimento da doença neurodegenerativa, assim como de aprender sobre

importantes estratégias para o enfrentamento de situações adversas que a DTA impõe. Em contrapartida, no caso 2, as poucas participações nessa modalidade de apoio parecem não ter sido suficientes para possibilitar o aprendizado efetivo de enfrentamento das situações impostas pela doença. De acordo com Canineu (2006), a participação do cuidador nesse tipo de atividade tem se mostrado um importante fator para promover informações e conhecimento sobre a DTA. As intervenções psicossociais e psicoeducacionais propostas nesses encontros também contribuem significativamente para o aprendizado de diferentes e importantes estratégias de manejo para lidar com o idoso demenciado (FERRETTI; BOTTINO, 2006; FOSS *et al.*, 2007; LEE *et al.*, 2006; PINQUARD; SÖRENSEN, 2006; SELWOOD *et al.*, 2007). De acordo com Rinaldi *et al.* (2005), o suporte formal é efetivo para reduzir efeitos emocionais depressivos. O início da atividade é marcado por muitas dúvidas em relação à situação que cuidador e portador estão vivenciando, por incertezas quanto à atitude a ser tomada e mais ainda por uma grande culpa por isso estar acontecendo com eles. O convívio com pessoas que estão vivenciando a mesma situação remete à sensação de conforto, por não serem as únicas a dar continuidade à difícil tarefa de cuidar do idoso demenciado (CANINEU, 2006).

Por fim, um último fator pode também estar associado ao nível de ansiedade e de depressão do caso 2: atividades de lazer restritas à companhia do cônjuge portador de DTA, enquanto o caso 1 compartilha dessas atividades com amigos. Atualmente, constata-se que a maioria dos indivíduos da terceira idade tem uma significativa atividade social e de lazer. Entretanto, essas atividades são comprometidas quando surge a necessidade de cuidados com um idoso demenciado. O lazer com pessoas além do cônjuge no caso 1 pode ser de grande importância para garantir à cuidadora o cuidado de si mesma, possibilitando, assim, a reposição de forças e energia para o exercício da sua função de cuidado (LEMOS *et al.*, 2006). A função de cuidador promove, então, mudanças muito significativas nas atividades sociais, na medida em que os cuidados exigidos pelo idoso e a supervisão constante de suas atividades restringem o contato e a atividade social de quem o cuida.

6 Conclusão

No presente estudo, foram constatados alguns sinais de prejuízo na saúde mental nos dois casos de cuidadoras primárias de adultos idosos portadores de DTA. Ambas apresentaram nível leve de depressão, sendo que o caso 1 apresentou escore um pouco inferior ao do caso 2. Quanto à ansiedade, ambas apresentaram sinais sugestivos desse quadro, mas em diferentes níveis de in-

tensidade: o caso 1 demonstrou nível mínimo e o caso 2, nível grave. Diversos fatores relacionados ao caso 2 podem ter contribuído para seu maior prejuízo psicológico; dentre eles, destacaram-se menor tempo pós-diagnóstico e de função de cuidador, evolução mais rápida da doença e estágio mais severo da DTA do cônjuge, reduzido suporte familiar e social, entre outros. Entende-se que como limitação do estudo que deve ser sanada em estudos de casos e grupos futuros a serem conduzidos, a exploração restrita dos aspectos sociais que contextualizam as dificuldades comportamentais da díade portador de Alzheimer e cuidador na sua rede de apoio.

Para a continuidade desse estudo e estudos futuros em nível nacional, sugere-se um aumento da amostra de cuidadores, assim como a realização de uma avaliação de outros aspectos da saúde mental, tais como estresse e desesperança. Além disso, se sugere que futuros estudos deem maior ênfase aos fatores socioculturais relacionados à rede de apoio pessoal, da comunidade e do estado, os sintomas comportamentais dos pacientes com demência, a saúde psicológica do cuidador e à investigação dos diferentes tipos de cuidadores e seus perfis. Seria, ainda, muito interessante para a comunidade científica envolvida com cuidadores de portadores de DTA investigar a eficácia de programas de apoio em grupo e de intervenções individuais na saúde mental dos cuidadores.

DEPRESSION AND ANXIETY IN PRIMARY CAREGIVERS OF ELDERLY ADULTS WITH ALZHEIMER DEMENTIA: CASE STUDIES

abstract

Alzheimer Dementia presents a progressive evolution that impairs daily activities, what makes individuals with this kind of dementia caregiver dependents. This research aims to investigate the occurrence of depression and anxiety in primary caregivers of elderly adults with Alzheimer Dementia. Two cases of primary caregivers, not helped by secondary caregivers, married with elderly adults with Alzheimer dementia, participated of this study. They had studied for more than four years of formal education, without self-reported psychological intervention, and neurological or psychiatric diseases. Depression and anxiety symptoms were assessed through Beck Depression Inventory and Beck Anxiety Inventory. Towards the identification of influence of care activities on caregivers' health an interview with questions about some emotional, social and physical aspects was administered. Both cases showed suggestive signs

of impaired psychological health: the two wives presented low depression (case 1 presented a lower score when compared to case 2) and different levels of anxiety – case 1 showed a minimum level, while case 2 presented a severe level of anxiety. Among factors that can have contributed to the greater injury of case 2, there are smaller post-diagnosis interval, faster dementia evolution, more severe dementia phase and limited family and social support.

keywords

Alzheimer Dementia. Caregiver. Anxiety. Depression.

referências

ÁVILA, Renata; BOTTINO, Cássio Machado de Campos. Avaliação neuropsicológica das demências. In: FUENTES, Daniel et al. *Neuropsicologia teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

BANDEIRA, Denise Ruschel et al. Psychological distress in Brazilian caregivers of relatives with dementia. *Aging & Mental Health*, Londres, v.11, n.2, p. 14-19, jan 2007.

BANDEIRA, Denise Ruschel; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; PAWLOWSKI, Josiane. Envelhecimento e dependência: impacto sobre-familiares-cuidadores de portadores de síndrome demencial. In: PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta et al. *Cognição e Envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.275-299.

BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira. Demências. In: ORTIZ, Karin Zazo. *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição*. São Paulo: Manole, 2005, p. 295-312.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Koogan, 2002, p. 58-71.

CANINEU, Paulo Renato. Doença de Alzheimer. In: CAOVIALLA, Vera Pedrosa; CANINEU, Paulo Renato. *Você não está sozinho*. São Paulo: ABRAZ, 2002.

CANINEU, Paulo Renato. Intervenções psicossociais em cuidadores e familiares de pacientes com demência. In: BOTTINO, Cássio Machado de Campos; LAKS, Jerson; BLAY, Sérgio Luis. *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro: Koogan, 2006, p. 462-466.

CUNHA, Jurema Alcides. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

EIZIRIK, Cláudio Laks; CANDIAGO, Rafael Henriques; KJUNIK, Daniela Zippin. A Velhice. In: EIZIRIK, Cláudio Laks; KAPCZINSKI, Flávio Pereira; BASSOLS, Ana Margareth Siqueira. *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed, 2001, p. 169-189.

ELOAH, Lucena Ferretti Ceres; BERTOLUCCI, Paulo Henrique Ferreira; MINETT, Tais Soares Cianciarullo. Behavior disorders and subjective burden among caregivers of demented patients. *Dementia & Neuropsychologia*, São Paulo, v.1, n.2, p. 190-195, abr/jun 2007.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; GARCIA, Telma Ribeiro. Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia*, v.11, n.3, p. 469-476, jul/set 2009.

FERRETTI, Ceres Eloah L.; BOTTINO, Sara Mota Borges. Intervenções psicossociais em cuidadores e familiares de pacientes com demência. In: BOTTINO, Cássio Macha-

do de Campos; LAKS, Jerson; BLAY, Sérgio Luis. *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro: Koogan, 2006, p. 371-376.

FOSS, Maria Paula et al. Support groups for caregivers of patients with dementia. *Dementia & Neuropsychologia*, São Paulo, v.1, n.2, p. 196-202, abr/jun 2007.

FREITAS, Elizabete Viana de. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY, Lúgia et al. *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: Nau, 2004.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.38, n.6, p. 835-841, dez 2004.

GONCALVES, Lucia Hisako Takase et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.15, n.4, jan/mar 2006.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, jun 2010.

INOUE, Keika; PEDRAZZANI, Elisete Silva; PAVARINI, Sofia Cristina Iost; TOYODA, Cristina Yoshie. Quality of life of elderly with Alzheimer's disease: a comparative study between the patient's and the caregiver's report. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (Online)*, Ribeirão Preto, v.18, p. 26-32, jan/fev 2010.

KARSCH, Ursula M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 861-866, jun 2003.

LAKS, Jerson; MARINHO, Valeska; ENGELHARDT, Elias. Diagnóstico Clínico da Doença de Alzheimer. In: BOTTINO, Cássio Machado de Campos; LAKS, Jerson; BLAY, Sérgio Luis. *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro: Koogan, 2006, p. 173-176.

LEE, Hyoung Suk; KIM, Doh Kwan; KIM, Ji-Hae. Stress in caregivers of demented people in Korea – a modification of Pearlin and colleagues' stress model. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Malden, v.21, p. 784-791, ago 2006.

LEMOES, Naira Dutra; GAZZOLA, Juliana Maria; RAMOS, Luiz Roberto. *Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador*. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.15, n.3, p. 170-179, set/dez 2006.

LIMA, Ângela Maria Machado de; SILVA, Henrique Salmazo da; GALHARDONI, Ricardo. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 12, n. 27, out/dez 2008.

LOPES, Marcos Antonio; BOTTINO, Cássio Machado de Campos; HOTOTAIN, Sérgio Ricardo. Epidemiologia das demências: Análise crítica das evidências atuais. In: BOTTINO, Cássio. Machado de Campos; LAKS, Jerson; BLAY, Sérgio Luis. *Demência e transtornos cognitivos em idosos*. Rio de Janeiro: Koogan, 2006.

MACHADO, João Carlos Barbosa; CARAMELLI, Paulo. Treatment of dementia: anything new?. *Current Opinion in Psychiatry*, Londres, v.19, p. 575-580, nov 2006.

MACHADO, João Carlos Barbosa. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Koogan, 2002, p. 133-147.

MAHONEY, Rachel; KATONA, Cornelius. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, San Diego, v.13, n.9, p. 795-801, set 2005.

MITCHELL, Alex J. et al. The influence of cognitive impairment on health-related quality of life in neurological disease. *Acta Neuropsychiatrica*, Sidney, v. 22, n.2-13, fev 2010.

- MOSCOSO, Marco Antonio et al. Profile of caregivers of Alzheimer's disease patients attended at a reference center for cognitive disorders. *Dementia & Neuropsychologia*, São Paulo, v.1, n.4, p. 412-417, out/dez 2007.
- NARDI, Edileuza de Fátima Rosina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Felix de. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. *Ciências, Cuidado e Saúde*, Maringá, v.8, n.3., p. 428-435, jul/set 2009.
- NERI, Anita Liberalesso. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas, SP: Papyrus, 2006.
- NERI, Anita Liberalesso; CARVALHO, Virgínia Ângela M. de Lucena. O Bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Koogan, 2002, p.778-790.
- PINQUARD, Martin; SÖRENSEN, Silvia. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, Cambridge, v.18, n.4, 577-595, mai 2006.
- PINTO, Meiry Fernanda et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.22, n.5, p. 652-657, set/out 2009.
- RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana de et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Koogan, p.72-78, 2002.
- RINALDI, Paola. et al. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Malden, v. 20, p. 168-174, fev 2005.
- SAHAR, Junaiti; COURTNEY, Mary; EDWARDS, Helen. Improvement of family carers' knowledge, skills and attitudes in caring for older people following the implementation of a Family Carers' Training Program in the community in Indonesia. *International Journal of Nursing Practice*, Malden, v.9, n.4, 246-254, jul 2003.
- SANTOS, Ariene Angelini dos; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, mar 2010.
- SELWOOD, Amber et al. Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*, Arlinton, v.110, p. 75-89, ago 2007.
- STUART-HAMILTON, Ian. *A psicologia do envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- TEIXEIRA, Antônio Lucio; CARAMELLI, Paulo. Neuropsicologia das demências. In: FUENTES, Daniel et al. *Neuropsicologia: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- TRENTINI, Clarissa Marcelli; XAVIER, Flávio Merino de Freitas; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de vida em idosos. In: PARENTE, Maria Alice de Mattos Pimenta et al. *Cognição e Envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 19-29.
- YAMAMOTO, Akemi; DIOGO, Maria José D'Elboux. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.10, n.5, p. 660-666, set/out, 2002.

Recebido: 03-08-2008
1ª Revisão: 22-06-2010
Aceite Final: 10-08-2010