

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
UNIPAMPA**

ELAINE CABELELEIRA SANTIAGO

**ALZHEIMER NO ENVELHECIMENTO:
REFLETINDO SOBRE FAMÍLIA E REDE DE ATENDIMENTO**

**SÃO BORJA
2017**

ELAINE CABELEIRA SANTIAGO

**ALZHEIMER NO ENVELHECIMENTO:
REFLETINDO SOBRE FAMÍLIA E REDE DE ATENDIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof^a Dr^a Elisângela Maia Pessôa

SÃO BORJA

2017

ELAINE CABELEIRA SANTIAGO

**ALZHEIMER NO ENVELHECIMENTO:
REFLETINDO SOBRE FAMÍLIA E REDE DE ATENDIMENTO**

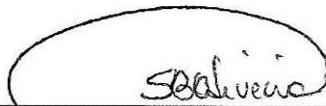
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em 08|12|2017

Banca examinadora:



Prop Dr^a Elisângela Maia Pessôa
UNIPAMPA



Prof^a Dr^a Simone Barros de Oliveira
UNIPAMPA



Assistente Social Jaçanã Pletsch Pires
Asilo São Vicente de Paula

Dedico este trabalho a minha mãe Marilene e ao meu pai João Marinho, a qual sou grata por terem me ensinado a ser forte e corajosa. Saibam que o apoio de vocês foi fundamental para minha vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela sua proteção.

Agradeço ao meu noivo, Marcos Arley, que mesmo morando longe, não deixou de apoiar através de pensamentos positivos e palavras de incentivo nessa minha jornada. Obrigada pelo apoio, paciência e compreensão e pelo carinho de sempre. Você é especial para mim!

Agradeço a toda minha família, em especial, ao meu Pai João e minha Mãe Marilene, que são meus alicerces e as minhas irmãs, Marilaine, Elidiane e Luciane, e aos meus sobrinhos, que me apoiaram sempre sem medirem esforços.

Agradeço a minha orientadora Prof^a Dr^a Elisângela Maia Pessoa pela paciência e disponibilidade em dividir conhecimentos, contribuindo na elaboração deste trabalho de conclusão de curso.

Agradeço aos professores do Curso de Serviço Social da UNIPAMPA que contribuíram com seus conhecimentos ao longo do curso.

Agradeço a Prof^a Dr^a Simone Barros de oliveira, a Assistente Social Iaçanã Pletsch Pires pelos momentos de aprendizagem no curso e estágio em Serviço Social.

Agradeço à Banca por disponibilizar o seu tempo para contribuir para as considerações deste estudo.

Agradeço a todos os colegas do curso do Serviço Social, em especial, a Ana Maria, Dalvana, Laiza, Maria Dal Osto, Silvia, Carmem, que se tornaram minhas amigas e tiveram ao meu lado sempre.

Agradeço as colegas do curso Vanessa Patta e Geovana pelo apoio dado.

Agradeço às minhas amigas Aline Damm, Carina Ramos, Tânia Pinheiro, Maria Kirinus, Patricia Cassafuz e Cinara pelo apoio e compreensão neste momento.

Agradeço todos àqueles que, de certa forma, em algum momento, colaboraram para este processo ser concluído.

RESUMO

Este trabalho tem como tema de debate o Alzheimer no envelhecimento, refletindo sobre a família e rede de atendimento. O estudo da doença de Alzheimer torna-se relevante, primeiro porque a população está envelhecendo, e essa é uma doença ligada ao envelhecimento, no sentido de, quanto mais idade tem a pessoa maior à chance de adquirir a doença de Alzheimer visto que no conjunto das demências a DA torna-se predominante, isso não significa que todos terão, mesmo que tenham a idade avançada. E segundo considerando que é uma doença que atinge toda a organização familiar. O presente estudo teve como objetivo geral analisar que determinados aspectos envolvem o Alzheimer no Envelhecimento com o intuito de contribuir com a produção de conhecimento crítico sobre o tema. A metodologia foi sistematizada a partir do método dialético-crítico, utilizando-se da análise de conteúdo. A pesquisa foi de caráter qualitativo com recorte bibliográfico e documental – na busca de documentos disponíveis na rede de atendimento do município de São Borja –. No recorte bibliográfico foram mapeadas produções sobre Alzheimer nos últimos dez anos. O estudo evidenciou a necessidade de garantir o suporte para o idoso e as famílias que vivenciam tal realidade para que estas possam administrar melhor os processos decisórios, na atividade de cuidar e ser cuidado, de maneira a garantir melhor qualidade de vida para os envolvidos. Há necessidade de ampliação de serviços e rede de atendimento visto que no Brasil cerca de 9% da população idosa pode ter DA. Espera-se disponibilizar informações relacionadas à temática para população acadêmica para o acesso a novas pesquisas, e diante disso contribuir para área de Gerontologia Social e para o Serviço Social. A análise dos dados publicados possibilitou a constatação de que a maioria das pesquisas tem enfoque no diagnóstico e nos aspectos clínicos da doença deixando lacunas quanto aos condicionantes sociais e estratégias para lidar com a saúde do idoso com Alzheimer e a família.

Palavras-Chave: Alzheimer; Envelhecimento; Idoso; Família; Rede de Atendimento.

RESUMEN

Este trabajo tiene como tema de debate el Alzheimer en el envejecimiento, reflexionando sobre la familia y red de atención. El estudio de la enfermedad de Alzheimer se vuelve relevante, primero porque la población está envejeciendo, y esta es una enfermedad ligada al envejecimiento, en el sentido de, cuanto más edad tiene la persona mayor a la posibilidad de adquirir la enfermedad de Alzheimer ya que en el conjunto de las demencias a DA se vuelve predominante, eso no significa que todos tendrán, aunque tengan la edad avanzada. Y segundo considerando que es una enfermedad que afecta a toda la organización familiar. El presente estudio tuvo como objetivo general analizar que determinados aspectos involucra al Alzheimer en el Envejecimiento con el objetivo de contribuir con la producción de conocimiento crítico sobre el tema. La metodología fue sistematizada a partir del método dialéctico-crítico, utilizando el análisis de contenido. La investigación fue de carácter cualitativo con recorte bibliográfico y documental - en la búsqueda de documentos disponibles en la red de atención del municipio de São Borja -. En el recorte bibliográfico se han asignado producciones sobre Alzheimer en los últimos diez años. El estudio evidenció la necesidad de garantizar el soporte para el anciano y las familias que vivencian tal realidad para que éstas puedan administrar mejor los procesos decisorios, en la actividad de cuidar y ser cuidado, de manera a garantizar una mejor calidad de vida para los involucrados. Hay necesidad de ampliación de servicios y red de atención ya que en Brasil cerca del 9% de la población anciana puede tener DA. Se espera disponer de información relacionada con la temática para la población académica para el acceso a nuevas investigaciones, y ante ello contribuir al área de Gerontología Social y al Servicio Social. El análisis de los datos publicados permitió la realización de que la mayor parte de la investigación se centra en el diagnóstico y los aspectos clínicos de la enfermedad dejando lagunas en las limitaciones sociales y estrategias para hacer frente a la salud de los ancianos con Alzheimer y la familia.

Palabras clave: Alzheimer; Envejecimiento; Ancianos; Familia; Red de Atención.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução Etária no Rio Grande do Sul	12
Gráfico 2 – Evolução etária no Brasil	13

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Mapeamento Geral das obras 2007/2017	18
Quadro 2 – Proporção Comparativa de casos de DA a cada 1.000 Habitantes	30
Quadro 3 – Índices de DA	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DA – Doença de Alzheimer

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

DATASUS – Departamento de informática do SUS

ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer

SUS – Sistema Único de Saúde

APAZ – Associação de Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer

OMS – Organização Mundial da Saúde

ADI – associação Internacional de Doença de Alzheimer (ADI)

CCL– comprometimento cognitivo leve

DV–Demência vascular

SUMÁRIO

CAPÍTULO I INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO II – ALZHEIMER OU DEMÊNCIA?	23
2.1 Conhecendo a DA	23
2.2 Convivendo com DA	31
CAPÍTULO III – ENVELHECIMENTO, RELAÇÕES FAMILIARES E O ALZHEIMER	34
3.1 Envelhecimento e Relações Familiares	34
3.2 O Alzheimer nas Relações Familiares	39
CAPÍTULO IV – A REDE DE ATENDIMENTO AO IDOSO COM ALZHEIMER	43
4.1 Os serviços da rede sócio assistencial	43
4.2 Estratégias de enfrentamento a DA	46
CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXO	57
Anexo I - Questões norteadoras para levantamento bibliográfico	57

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso propõe reflexões construídas a partir de pesquisa bibliográfica realizada em revistas científicas. O projeto de pesquisa teve como objeto o estudo o Alzheimer no envelhecimento, relações familiares e rede de atendimento. A aproximação com a temática foi estimulada por meio de leituras sobre o tema, assim, como contato com amigos e conhecidos que passaram sofrer diversos conflitos ao terem um familiar idoso diagnosticado com a Doença de Alzheimer.

Optou-se pelo recorte na referida doença considerando-se o fato de que a mesma é apontada por pesquisas como enfermidade comum dentre a população idosa, afetando as habilidades cognitivas como a memória, o aprendizado, a linguagem, a atenção, a habilidade visual e a noção espacial. Torna-se importante destacar as características da Doença de Alzheimer para contribuir com novas pesquisas na área da Gerontologia Social. Ainda, justifica-se a relevância do tema levando em conta que, dentre as patologias que podem afetar a população em processo de envelhecimento, a DA - Doença de Alzheimer - tem provocado conflitos e fragilidades familiares, principalmente, por conta de estar envolta em um cenário de perda de memória e progressiva agressividade dependendo do nível de atingimento. Embora tenham surgidos alguns casos de DA¹ precoces, a maioria dos diagnósticos tem se confirmado na velhice.

Considerando o aumento da expectativa de vida da população idosa² atrelada ao aumento do percentual de idosos a nível nacional e internacional, logicamente torna-se oportuno o estudo de uma patologia que essencialmente se manifesta com maior intensidade no envelhecer.

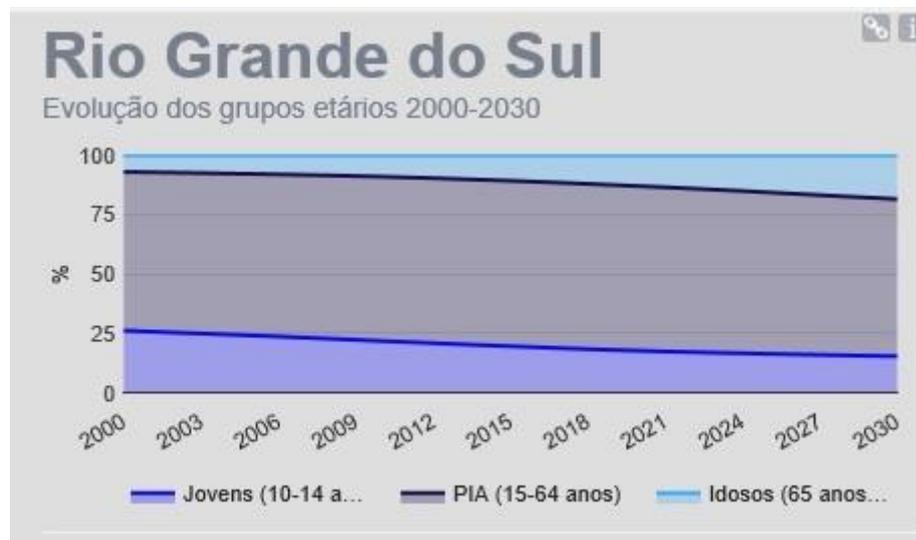
Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a expectativa de vida, no Brasil, de acordo com levantamentos do instituto em 2017, está girando em torno de 75,99 anos (sendo a média 72,46 para homens e 79,56 para mulheres). O IBGE (2017) projeta que essa média, em 2060, será de 81,20, sendo que para as mulheres vai girar em torno de 84,42, considerando que vivem mais que os

¹ Enquanto abreviatura quando ocorrer referência a Doença de Alzheimer será utilizado o termo DA.

² No Brasil, idoso é o indivíduo com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2003).

homens³. Em particular, no Estado do Rio Grande do Sul, a média de vida está em torno de 75 anos. Já no município de São Borja gira em torno 76,61 anos, sendo maior, portanto, que a média nacional. Quanto à evolução etária, o gráfico abaixo indica o percurso de crescimento do número de idosos no estado do Rio Grande do Sul:

Gráfico 1 – Evolução Etária no Rio Grande do Sul

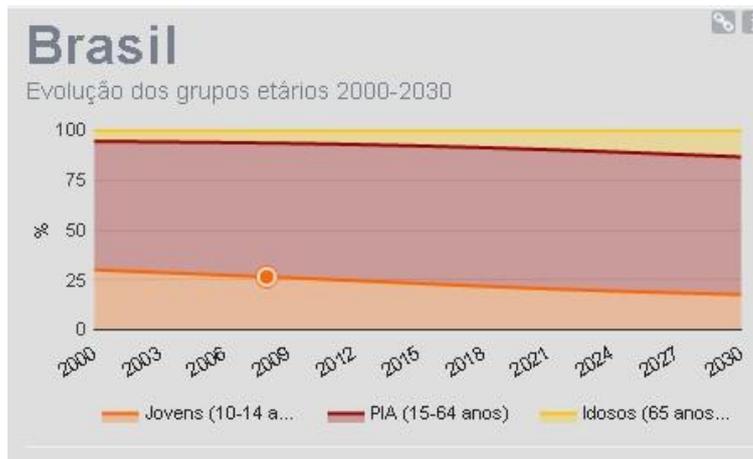


Fonte: IBGE 2017.

O gráfico acima deixa claro o fato de que, nos últimos anos, no estado, vem declinando o número de jovens de 10 a 14 anos, assim como o número de adultos entre 15 e 64, enquanto que o número de idosos com mais de 65 anos apresenta estabilidade crescente. Na mesma perspectiva, observa-se quanto à projeção brasileira conforme gráfico 2:

Gráfico 2 – Evolução etária no Brasil

³ Pesquisas apontam que homens vivem menos considerando auto índice de acidentes de carro e homicídios o que é agravado pela caracteriza de homens não aderirem na mesma intensidade que a mulheres a tratamentos de saúde.



Fonte: IBGE 2017.

Diante da relevância desses dados elaborou-se um projeto de pesquisa que desse conta de discutir uma temática ligada a estudos no âmbito do envelhecimento. O projeto de pesquisa que resultou neste trabalho de conclusão de curso teve como objetivo geral “analisar determinados aspectos que envolvem o Alzheimer no envelhecimento”. Os objetivos específicos foram: pontuar os índices de idosos com Alzheimer a nível nacional, estadual e municipal; Descrever as características do Alzheimer; identificar como deve ser o tratamento e/ou acompanhamento do idoso diagnosticado com Alzheimer; indicar as consequências do Alzheimer no envelhecimento; pontuar como o Alzheimer pode afetar as relações familiares; verificar quais os serviços ofertados pela rede sócio assistencial no atendimento de idosos com Alzheimer no município de São Borja/RS e descrever as estratégias utilizadas para o enfrentamento do Alzheimer no envelhecimento junto à rede e família no município de São Borja/RS.

Para dar conta desses objetivos, buscou-se identificar como a literatura vem apresentando determinados aspectos do Alzheimer no envelhecimento, na família e na rede de atendimento. Optou-se por trazer a metodologia na introdução, sendo que a metodologia é o conjunto de técnicas que auxilia o pesquisador na busca da realidade do objeto. É o “(...) caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Nesse sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas” (MINAYO, 2001, p. 4).

O método escolhido foi o dialético-crítico, pois esse propicia o conhecimento teórico constante. Conforme Gil (2007), a dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, “já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais, etc” (GIL, 2007, p. 32). Para Minayo (2010, p. 108):

A dialética refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em seu peculiar dinamismo, provisoriamente e transformação. A dialética é estratégia de apreensão e de compreensão da prática social empírica dos indivíduos em sociedade (nos grupos, classes e segmentos sociais), de realização da crítica das ideologias e das tentativas de articulação entre sujeito e objeto, ambos históricos.

Destaca-se que, no entanto, para o pesquisador, o importante não é somente o resultado obtido “diante do estabelecimento do problema de pesquisa ou da realidade vivenciada, mas o movimento completo que determinou a situação com suas características históricas e conjunturais” (PESSÔA, 2007, p.51).

O método dialético crítico abrange como categoria de conhecimento a totalidade, a historicidade e também a contradição. Diferentes autores trabalham com a categoria totalidade, no entanto, Konder (2008) apresenta como conhecimento totalizante das atividades humanas. Ainda na perspectiva deste autor, pode-se dizer que a totalidade é um processo de totalização que nunca alcança uma etapa definitiva e acabada. Segundo o autor, para compreender a totalidade é necessário entender que qualquer objeto que o homem possa perceber ou criar faz parte de um todo e que, a cada ação cometida, o ser humano se defronta, inevitavelmente, com problemas interligados. Por isso, para que possa encaminhar soluções para estes problemas é necessário que o ser humano tenha certa visão de conjunto e, a partir desta visão, pode-se avaliar a dimensão de cada elemento do quadro.

Para perceber a verdade deste quadro de situações que se denomina “todo”, é preciso que se tenha uma visão de conjunto que deve ser. Segundo Konder (2008, p.35), a totalidade é “provisória e nunca se pode pretender esgotar a realidade a que ela se refere, pois, a realidade é sempre mais rica que a visão que se tem dela”. No presente estudo demonstrou-se a categoria totalidade a partir do momento que se propõe a pesquisar sobre a doença Alzheimer no envelhecimento a nível nacional, estadual e municipal. Ainda delimitou-se vasta pesquisa bibliográfica em obras

nacionais, ou seja, na busca de índices e artigos sobre o objeto, buscou-se um constante movimento de sair do particular para o universal de modo que os resultados não ficassem isolados.

Para dar visibilidade a categoria historicidade Kosik (2002, p.218), indica que “a premissa fundamental da história é que ela é criada pelo homem, a segunda premissa igualmente fundamental, é a necessidade de que nesta criação exista uma continuidade”. Sendo assim, a realização da leitura histórica contribui para maior compreensão da realidade. Salienta-se que a categoria historicidade não remete somente ao estudo da história do objeto de estudo, mas a compreensão de que fatos históricos e conjunturais rebatem no objeto de forma a compreendê-lo na contemporaneidade. Assim, a categoria totalidade se junta à historicidade para compreensão da realidade através da realização da leitura histórica, a qual, neste trabalho, propõe-se descrever desde o primeiro diagnóstico da doença de Alzheimer até as características da DA no envelhecimento presente. A historicidade é importante na medida em que leva em conta que cada sociedade num dado momento histórico atribui significado às suas ações e construções, tanto que, nesse trabalho, discute-se que, historicamente, a DA vem sendo tratada como simplesmente uma demência sem reflexão sobre seus desdobramentos e necessidade de rede de atendimento.

Kosik (2002) considera que a categoria contradição busca ver a realidade dentro do movimento contínuo, afirmando que tanto a realidade quanto o pensamento estão em constante transformação, ou seja, não são analisados isolados. O autor vai indicar que falar de contradição pressupõe falar de luta dos contrários e de possibilidades de movimento de resistência. Destaca-se que:

Para analisar a realidade de forma dialética, não há como separar as categorias contradição, totalidade e historicidade, pois estão imbricadas. Essas categorias não se constituem apenas em elementos para realizar a análise do real, mas são parte do próprio real [...]. Tratar de forma isolada estas categorias é, portanto, privá-las de sua relação inclusiva, é analisá-las de forma não dialética, ou seja, fragmentada e sem movimento (PRATES, 2003, p. 203).

A categoria contradição, ao mesmo tempo em que pode ser entendida por movimento de afirmação, também, pode se entendida pela negação de determinados fenômenos. É o movimento de constante transformação da realidade. Pontua-se essa categoria contradição, nesse estudo, a partir do momento em se

propõe estudar a rede de atendimento ofertada, uma vez que é fato que muito direitos já conquistados por idosos não vem sendo materializados como, por exemplo, consultas especializadas com direito a atendimento com um médico geriatra e o acesso a medicamentos, inclusive específicos para tratamento da DA que representam alto custo no orçamento das famílias. Pesquisas como estas podem inferir quanto à necessidade da busca de direitos e um pensar sobre a necessidade de ampliação e sistematização de atendimentos a idosos e famílias que enfrentam a DA.

A pesquisa foi de caráter qualitativo que, segundo Martinelli (1999), possui um caráter inovador através da busca de significados atribuídos pelos sujeitos as suas experiências sociais e como construção coletiva, onde parte da realidade dos sujeitos. Embora não se tenha realizado entrevista com sujeitos, prezou-se por um olhar aprofundado sob o dado coletado. Segundo Minayo (2001, p.22)

Pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

O tipo de pesquisa qualitativa teve como recorte bibliográfico a busca de suporte em pesquisa documental. Oliveira (2007) argumenta que a principal finalidade da pesquisa bibliográfica é proporcionar aos pesquisadores e pesquisadoras o contato direto com obras, artigos ou documentos que tratem do tema em estudo, “o mais importante para quem faz opção pela pesquisa bibliográfica é ter a certeza de que as fontes a serem pesquisadas já são reconhecidamente do domínio científico” (OLIVEIRA, 2007 p. 69). A autora se posiciona sobre a pesquisa documental da seguinte forma:

[...] documental caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação (OLIVEIRA, 2007 p. 69).

Este trabalho foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica – que constitui coleta de dados livros e artigos científicos publicados e documental,

comumente, realizadas em registros, mapas, relatórios, legislações, etc., geralmente, a partir de fontes diversas. Para a coleta bibliográfica foi delineado que seria realizado mapeamento em artigos publicados em revistas. Para tanto, delimitou-se que a busca seria realizada em portal da Scielo e Capes, considerando sua relevância acadêmica e científica; em revistas que publicam artigos sobre envelhecimento, sendo escolhida a revista Estudo Interdisciplinar Envelhecimento para dar visibilidade a uma revista do Rio Grande do Sul considerando-se o recorte do estudo e a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia pela relevância no âmbito da gerontologia. Ainda, levando em conta que o presente trabalho de conclusão de curso emerge no Serviço Social, buscou-se mapeamento em duas revistas da área Texto & Contexto e Serviço Social e Sociedade. Foi delimitado que o recorte seria de publicações dos últimos 10 anos (2007 a 2017), pois entende-se que seria um recorte significativo. Foram desprezados artigos que não estivessem sido publicados em português.

Para os índices sobre DA, foram buscados dados no IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, DATASUS – Departamento de informática do SUS e na ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer. Para a coleta documental, buscou-se na rede de atendimento do município de São Borja, a partir da Secretaria Municipal de Saúde, Secretária Municipal de Desenvolvimento Social, Asilo São Vicente de Paula e Fundação Hospitalar Ivan Goulart registros que comprovassem índices e atendimentos realizados. Enquanto instrumento de coleta de dados foi utilizado roteiro roteador (Anexo 1).

Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo aplicada a datar de princípios da pesquisa qualitativa. Conforme Minayo (2001), técnica de análise de conteúdo, atualmente, é compreendida muito mais que um conjunto de técnicas. Destacam-se nela duas funções:

Uma se refere a verificação de hipóteses ou questões. Ou seja, através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas às questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação. A outra função diz respeito a descoberta do que está por traz dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, 2001, p. 74).

Triviños (2007, p.160) salienta que a análise de conteúdo constitui-se num conjunto de técnicas. Para tanto, o pesquisador necessita “possuir amplo campo de clareza teórica. Isto é, não é possível a inferência se não dominarmos os conceitos básicos das teorias”. Com essa técnica, almeja-se maior amplitude na descrição, explicação e compreensão do fenômeno em estudo. Para aplicação da análise de conteúdo foi escolhido Gil (2007).

Nessa perspectiva, a análise de conteúdo foi realizada em três etapas nas quais se apropriou de conhecimentos para aprofundar a pesquisa. A primeira é a pré-análise onde cabe ao pesquisador se organizar, fazer suas primeiras aproximações do material a ser analisado. No segundo momento, realiza-se a exploração do material onde Gil (2007, p. 165) traz como [...] “uma fase longa e fastidiosa que tem como objetivo administrar sistematicamente as decisões tomadas na pré-análise”, ou seja, é o momento onde o pesquisador busca fazer um recorte do material coletado para a análise. Por fim, ocorre o tratamento dos dados no qual o autor nos mostra como tornar os dados válidos e significativos e, para isso, deve-se fazer a interpretação e a inferência dos mesmos.

Para o mapeamento bibliográfico, foram usados os seguintes descritores: Envelhecimento e Alzheimer, Família e/ou cuidados e Alzheimer, Rede de Atendimento e Alzheimer. Quanto ao resultado do mapeamento bibliográfico, na primeira triagem, obteve-se um desenho inicial onde posteriormente foram lidos os artigos para estruturação da amostra final. Abaixo o resultado da estrutura inicial dos artigos:

Quadro – 1 Mapeamento Geral das obras 2007/2017

Nome do Artigo	Autor	Ano	Revista/ou portal
1. Aquisição de medicamentos para a Doença de Alzheimer no Brasil uma análise no sistema federal de compras, 2008 a 2013	Roberta Dorneles Ferreira da Costa, Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro, Rondineli Mendes da Silva, Aurélio de Araújo Maia, Mariana de Carvalho Barbosa Ramos e Rosângela Caetano	2015	Ciência e Saúde coletiva SCIELO

2. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer	Ana Paula Pessoa de Oliveira e Regina Helena Lima Caldana	2012	Saúde e Sociedade SCIELO
3. Envelhecimento e demência o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde	Heloise da Costa Lima Fernandes, Sofia Cristina Iost Pavarini, Elizabeth Joan Barham, Mariza Silvana Zazzetta de Mendiondo e Bruna Moretti Luchesi	2010	Revista da Escola de Enfermagem da USP SCIELO
4. Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer	Vanovya Alves Claudino Cesário, Márcia Carréra Campos Leal, Ana Paula de Oliveira Marques e Karolyny Alves Claudino	2017	Saúde Debate SCIELO
5. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo	Keika Inouye, Elisete Silva Pedrazzani e Sofia Cristina Iost Pavarini	2010	Cad. Saúde pública SCIELO
6. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos	Adriana Serenikil e Maria Aparecida Barbato Frazão Vitall	2008	Revista de Psiquiatria do Rio Grande Do Sul
7. Psicomotricidade e retro gênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer	Sheila de Melo Borges, Ivan Aprahamian, Márcia Radanovic e Orestes Vicente Forlenza	2010	Revista de Psiquiatria Clinica
8. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares	Cynthia Filgueira Maciel Mendes e Anderson Lineu Siqueira dos Santos	2014	Saúde e Sociedade
9. O envelhecimento, a doença de Alzheimer e as contribuições do programa de enriquecimento instrumental (PEI)	Antonia Rozeli Roberto de Oliveira	2010	CAPES
10. Autonomia em idosos com doença de Alzheimer: Contribuições do projeto estratégias de diagnóstico e reabilitação de idosos e apoio psicossocial de cuidador domiciliar	Marilia de Rosso Krug, Karine Bueno do Nascimento, Solange, Beatriz Billig Garces, Carolina Böettge, Rosa Ângela Vieira Brunelli Hansen	2015.	Revista Estud. Interdisciplinar envelhecimento
11. Doença de alzheimer: uma análise da produção científica publicada em periódicos brasileiros no período de 2002 a 2007	Maria Paula Benfica Rodrigues e Daniela Tavares Gontijo	2009.	Revista Estud. Interdisciplinar envelhecimento

12. Idosos com doença de alzheimer e família: uma proposta de prática gerontológica na promoção de vínculos e comunicação	Henrique Salmazo da Silva, Flávia Renata Fratezi e Andrea Lopes	2013	Revista Estud. Interdisciplinar envelhecimento
13. Ocorrência de depressão e ansiedade em cuidadores primários de indivíduos com demência tipo alzheimer: estudos de casos.	Ivani Bressan Valentini, Nicolle Zimmermann e Rochele Paz Fonseca	2010	Revista Estud. Interdisciplinar envelhecimento
14. Perspectivas atuais na prevenção da doença de Alzheimer	Marisa Basegio Carretta e Sabrina Scherer	2012	Revista Estud. Interdisciplinar envelhecimento
15. Relatos de experiências: (com) vivência com idosos que apresentam Alzheimer	Solange Beatriz Billig Garces, Fátima Terezinha Lopes da Costa, Carolina Boettge da Rosa, Angela Vieira Brunelli, Dinara Hansen, Carine Zanchi de Mattos, Patrícia Dall'Agnol Bianchi, Marília de Rosso Krug, Raquel Seibel, Ane Mastella Porto, Jaqueline Sturmer, Karine Bueno do Nascimento e Bruna Alves da Silva	2011	Revista Estud. Interdisciplinar envelhecimento
16. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência	Claudia Fernandes da Silva, Valeria Maria de Azeredo Passos e Sandhi Maria Barreto	2012	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
17. Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador	Michelle Didone dos Santos, Sheila de Melo Borges	2015	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
18. Fatores associados à resiliência de cuidador familiar de pessoa com demência: revisão sistemática	Carlene Souza Silva Manzini, Allan Gustavo Brigola, Sofia Cristina Iost Pavarini e Francisco Assis Carvalho Vale	2016	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
19. Doença de Alzheimer: desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano familiar	Luciane Salete Kucmanski, Leoni Zenevicz, Daniela Savi Geremia, Valeria Silvana Faganello Madureira, Tatiana Gaffuri da Silva e Sílvia Silva de Souza	2016	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
20. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional	Lais de Oliveira Lopes e Meire Cachioni	2013	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
21. Percepção da funcionalidade nas fases leve e moderada da doença de Alzheimer: visão do paciente e seu cuidador	Michelle Didone dos Santos e Sheila de Melo Borges	2015	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
22. Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer	Suzana Elisa Sedrez Corrêa e Derivan Brito da Silva	2009 Rev. Bras.	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
23. A entrevista social no processo de avaliação geriátrica ampla	Maria Angélica dos Santos Sanchez e Gabriela Maia da Silva Mota	2009 Rev. Bras.	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

24. Poder preditivo do MoCa na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência	Juliana Francisca Cecato, José Maria Montiel, Daniel Bartholomeu e José Eduardo Martinelli	2014	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia
--	--	------	--

Fonte: Sistematizado pela autora via mapeamento bibliográfico

Quanto às revistas da área de Serviço Social, nenhuma apresentou, na amostra temporal de dez anos, artigos publicados. Localizou-se apenas um artigo do ano de 2006 denominado: Doença de Alzheimer: Uma demanda para o Serviço Social, das autoras Cynthia Regina Sekine, Nadime Bezerra Salomão, Priscilla Aparecida Geraldo, Rosângela de Oliveira Dias. O mesmo, embora não incluído na amostra, serviu como obra de apoio. Todos os artigos acima indicados foram lidos na busca de resposta aos objetivos do estudo.

Destaca-se que o presente estudo torna-se relevante no âmbito da gerontologia, pois “estudos em torno do envelhecimento apontam imensa diversidade entre as condições econômicas, as faixas de idade, o gênero, sem falar em culturas e contexto sociais como fatores determinantes para o estudo da velhice” (AREOSA, 2012, p.24). Tornam-se significativas as informações quanto à rede de atendimento para contribuir para novas intervenções profissionais na perspectiva de melhor qualidade de vida e atuação na prevenção de doenças e fortalecimento das capacidades funcionais. Segundo Lemos (2004, p.159)

[...] do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde devem objetivar a melhora da capacidade funcional, ou no mínimo preservá-la e sempre que possível recuperá-la.

Pontua-se que a Constituição Federal de 1988 assegura que o idoso é de responsabilidade da família, sociedade e Estado, sendo que os mesmos devem garantir uma vida de amparo com as condições dignas e socialmente de bem-estar. Oliveira (2012) afirma que uma vida produtiva é essencial para a saúde mental e que idosos ativos apresentam menor prevalência de doenças mentais, incluindo as demências, como o Alzheimer. Levar uma vida ativa praticando atividades físicas ajuda a retardar o avanço desta doença, prolongando a autonomia destes idosos e a melhorando suas capacidades funcionais.

A Política Nacional do idoso de 1993, com a Lei n. 8.842, complementa e avança em relação ao indicado na Constituição Federal (1988) na perspectiva de

garantia dos direitos do idoso e com intuito de dar fortalecimento a mecanismos de participação dos mesmos nos Conselhos Estaduais e Municipais. Já em 2003, é criado o Estatuto do Idoso sendo que no artigo 15 é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

Destaca-se, ainda, a portaria número 1.298 de 21 de novembro de 2013 que indica a necessidade de se atualizarem parâmetros sobre a doença de Alzheimer no Brasil e de diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença.

Optou-se por não trazer os resultados em um capítulo único. Assim, toda a estrutura do trabalho está disposta de forma a responder aos objetivos do estudo ao longo de todos os capítulos de forma linear, onde os referenciais mapeados vão dialogando com os resultados de forma dialética. No primeiro capítulo – introdução – dá-se visibilidade à metodologia da pesquisa, já trazendo o resultado do mapeamento bibliográfico realizado. No capítulo II, assinala-se o conceito da doença de Alzheimer, história, características, tratamento e índices a nível nacional, estadual e municipal. No capítulo III, discute-se sobre Envelhecimento e Relações Familiares de forma a dar visibilidade ao cenário cotidiano de quem enfrenta a doença e, por fim, no Capítulo IV debate-se sobre a rede de atendimento ao idoso com Alzheimer.

CAPÍTULO II – ALZHEIMER OU DEMÊNCIA?

Neste capítulo, discorre-se, num primeiro momento, sobre um breve histórico em torno da doença de Alzheimer, o qual traz outros autores ou outras publicações não necessariamente mapeadas na coleta bibliográfica, mas que foram de grande suporte para o embasamento teórico. No segundo momento, busca-se descrever as características do Alzheimer, identificar como deve ser o tratamento e/ou acompanhamento do idoso diagnosticado com a doença e os índices a nível nacional, estadual e local, finalizando com as consequências do Alzheimer no envelhecimento.

2.1 CONHECENDO A DA

O primeiro a descobrir a doença Alzheimer foi o médico Alois Alzheimer em 1906. Ele estudou e publicou o caso da sua paciente Auguste Deter, uma mulher saudável que, aos 51 anos, desenvolveu um quadro de perda progressiva de memória, desorientação e distúrbio de linguagem, tornando-se incapaz de cuidar de si própria. Após o falecimento de Auguste, aos 55 anos, o Dr. Alzheimer examinou seu cérebro e descreveu as alterações da doença.

A demência foi conhecida por muitos nomes como senilidade, caduquice e esclerose. Cada um com seus significados, mas com uma conotação pejorativa, diretamente relacionada à chamada “caduquice”. Ressalta-se que

O termo demência deve ser entendido como síndrome, isto é, um conjunto de sinais e sintomas que podem ter diferentes causas. Independente de qual a causa, a demência pode ser percebida pelas alterações que provoca nas atividades do dia a dia e no comportamento (CHIAPPETTA, 2003 p. 59).

Já os autores Manzini et al. (2016) expõem conceito de demência, o qual consiste na evidência de declínio “cognitivo significativo, comprometendo a memória

(...) funções executivas, aprendizagem. Pode causar perda das capacidades intelectuais, que venha interferir com o funcionamento social e profissional”. Muitas doenças podem causar um quadro de demência. Entre as várias conhecidas, a Doença de Alzheimer é a mais frequente. De acordo com a “*Alzheimer’s Disease International*, a demência da DA é a mais prevalente “(...) 50 a 60% dos casos, sendo uma das principais causas de incapacidade na vida adulta, seguindo-se a demência vascular (DV), com 15 a 20% dos casos” (MANZINI et al. 2016, p. 704).

No entanto, Fernandes et al. (2010) ressaltam que há muitos problemas ou transtornos mentais que não possuem qualquer relação com as demências. Assim demência é:

Uma síndrome, ou seja, um grupo de sinais e sintomas, caracterizada por desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos (afasia, apraxia, agnosia ou perturbações nas funções executivas), interferência nas atividades sociais e ocupacionais e declínio da memória (PAVARINI et al. 2010, p.786).

Sendo assim, respondendo ao título desse capítulo, Demência e DA não significam a mesma coisa. Portanto, não são sinônimas. O que ocorre é o fato de que a DA caracteriza-se como um dos tipos de demência. Desse modo, nem todo o sujeito que tem algum tipo de demência tem DA, mas é fato que os índices mostram que os sujeitos que têm, por exemplo, demência vascular tem maiores chances de desenvolver a DA.

Nos artigos lidos, predominou como características do Alzheimer alterações, como por exemplo, a perda progressiva da memória levando ao comprometimento das funções cognitivas, motoras e comportamentais. Com a evolução da patologia, outras alterações ocorrem na memória e na cognição, entre elas as deficiências de linguagem e nas funções visuo-espaciais e, eventualmente, a perda objetos pessoais, tais como chaves e carteiras, esquecimento dos alimentos em preparo no fogão, etc. Os problemas espaciais e de percepção manifestam-se por dificuldades de reconhecer faces e locais familiares. Borges et al. (2009, p.135) apontam que “na evolução da DA, é possível observar, na sua fase inicial, dificuldade em executar tarefas relacionadas ao trabalho, para lidar com situações complexas e para o aprendizado de tarefas novas”.

Ainda na perspectiva dos autores Borges et al. (2009), estes ressaltam que a DA se caracteriza por processo degenerativo que agride a memória, pensamento,

compreensão e linguagem, alteração nas atividades de vida diária e alterações de comportamento. Também, é possível ocorrerem transtornos do humor que afetam uma porcentagem considerável de indivíduos que desenvolvem a DA e, similarmente, podem ocorrer dificuldade de concentração, perda de peso, a insônia e a agitação em algum ponto da evolução da doença. Oliveira, (2010 p.34) destaca que a DA

É a forma de demência mais comum em idosos, afetando funções cognitivas como a memória, aprendizado, linguagem, atenção, habilidade visual e noção espacial. Os sintomas incluem quadros depressivos e psicóticos (alucinações e delírios), apatia, agressividade, agitação psicomotora, condutas repetitivas e perturbações no ciclo do sono.

Diante da progressão da doença, o idoso fica cada vez mais dependente de seu cuidador. Na maioria das vezes, não consegue nem se comunicar pela perda total da memória presente e remota, dificultando sua capacidade de descrever algum sintoma que está sentindo. Devido à imobilidade, poderão ocorrer outras doenças como depressão, perda de peso, pneumonia, entre outras. Cabe ressaltar que um artigo destacou o fator genético que é considerado como preponderante na patologia da doença de Alzheimer.

Cerca de 1/3 dos casos de doença de Alzheimer apresenta familiaridade e se comporta de acordo com um padrão de herança monogênica autossômica dominante. Esses casos, em geral, são de acometimento precoce, e famílias extensas têm sido periodicamente estudadas. Os pacientes afetados pela doença de Alzheimer têm 50% de chance de ter filhos também afetados pela patologia (SERENIKIL, VITALLL 2008, p. 4).

A ABRAZ⁴ ressalta que DA é uma enfermidade incurável que vai se agravando ao longo do tempo que, no entanto, pode ser tratada. A doença se apresenta como uma demência com perdas de funções cognitivas, causada pela morte de células cerebrais. Quando diagnosticada no início, é possível retardar o seu avanço e ter mais controle sobre os sintomas, garantindo melhor qualidade de vida ao paciente e à família. Afirma Machado (2006, p. 278) que “a DA pode gerar desagregação e desestruturação das relações pessoais, financeiras e emocionais, daí ser considerada uma doença familiar e social”. Quanto ao tratamento da doença de Alzheimer, os autores Costa et al. (2015 p.2) indicam:

⁴ Associação Brasileira de Alzheimer.

Inibidores de acetilcolinesterase donepezila, rivastigmina e galantamina, em diversas apresentações orais. Embora com propriedades farmacológicas levemente diferentes, estes fármacos inibem a degradação da molécula de acetilcolina, o neurotransmissor associado à função de memória, por bloquear a enzima acetilcolinesterase. Atuam contribuindo para a melhoria cognitiva e comportamental, de modo a estabilizar as manifestações da doença, retardar sua progressão e a necessidade de institucionalização dos pacientes.

Correa e Silva (2009) destacam o acompanhamento e a intervenção do profissional terapeuta ocupacional, considerando os primeiros sintomas da DA, dentre as quais está o cognitivo que pode ser estimulado com indivíduos em estágio inicial da doença de Alzheimer. O sujeito com doença de Alzheimer pode se beneficiar deste tipo de intervenção, favorecendo sua integração, conseqüentemente, o seu desempenho nos contextos de vivência e junto ao grupo informativo com os pacientes, os familiares e os cuidadores.

Ainda na perspectiva dos autores Correa e Silva, (2009), as intervenções cognitivas podem organizar as atividades do idoso, promovendo melhor qualidade de vida. Independentemente da forma de intervenção, o processo de avaliação é de significativa importância, pois permite ao terapeuta ocupacional, por exemplo, ter ciência de quais componentes estão deficitários e quais estão preservados, possibilitando decidir em que direção o tratamento será efetivado. Processos de avaliação e diversas atividades permitem, além disso, monitorar a progressão da doença de Alzheimer e avaliar o nível de benefício das intervenções:

Para que a realização de atividades cumpra seu papel terapêutico com os indivíduos com doença de Alzheimer, as atividades devem ser simplificadas, fragmentadas em pequenas tarefas, repetitivas, rotineiras, familiares e adaptadas na medida em que as habilidades do sujeito vão diminuindo (CORRÊA, SILVA, 2009, p. 471)

O papel do profissional que atua com indivíduos com DA está em melhorar a qualidade de vida e o bem-estar deste, acreditando que se pode reconstruir o que estiver alterado, compensar o que foi perdido, utilizando o que estiver conservado. Dessa forma, cabe ao terapeuta ocupacional ou outro profissional empenhar-se na prevenção do agravamento progressivo dos principais sintomas cognitivos, visando à otimização da qualidade de vida do indivíduo com doença de Alzheimer⁵.

⁵ Cabe salientar que nos artigos lidos não há indicação de um profissional específico que atue junto aos portadores de DA, há uma menção ao terapeuta ocupacional – sendo uma profissão da área da

Destaca-se que, em um dos artigos mapeados, marca-se a importância do teste de MoCA⁶ pela sensibilidade para detectar níveis de avanço da doença chegando-se a 100% sucesso de identificação.

Devido a suas características psicométricas e utilidade nesses casos, este teste foi validado e adaptado em diferentes países. No Brasil, o estudo recente de Memória indicou boas características psicométricas para esse teste. Segundo os novos critérios de diagnóstico para a investigação da DA, o uso de testes neuropsicológicos pode aumentar a compreensão sobre as capacidades preservadas desses idosos, ajudando a ajustar o tratamento (CECATO et al. 2014, p.709).

O MoCA demonstrou ser um instrumento com maior valor preditivo para diferenciar doença de Alzheimer (DA) de comprometimento cognitivo leve (CCL). Oliveira e Caldana (2012) destacam a importância de apoio diante da realização de observação direta dos profissionais da saúde no acompanhamento na rotina de cuidados desses familiares. Esta seria uma forma de contribuir para a percepção mais concreta das consequências e reflexos das representações na rotina de cuidados. Assim,

É possível e relevante que os profissionais da saúde identifiquem esses aspectos favorecedores de prazer na relação de cuidado, buscando exaltá-los perante os outros. Dessa forma, a possibilidade de enfrentar da melhor forma os percalços deve ser considerada uma realidade eminentemente presente no cotidiano de cuidado (OLIVEIRA, CALDANA 2012, p. 684).

Vários profissionais da saúde podem atuar identificando os fatores que levam a tais sentimentos, ajudando os cuidadores a reconhecê-los e auxiliando no planejamento de alterações na rotina que possam contribuir para a diminuição da tensão emocional e podem, ainda, realizar atividades educativas e

saúde que atua na prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas “cabe ao terapeuta ocupacional empenhar-se na prevenção do agravamento progressivo dos principais sintomas cognitivos, visando à otimização da qualidade de vida do indivíduo”. – Possivelmente pelo fato do mesmo executar um planejamento de atividades, porém é fato que esse profissional não é facilmente disponibilizado via sistema público de saúde, principalmente em regiões do interior (CORRÊA, SILVA, 2009, p.472).

⁶ O teste de Avaliação Cognitiva Montreal (MOCA) é um instrumento de triagem breve que avalia uma ampla gama de funções cognitivas (como as funções executivas, habilidades visuo-espaciais, nomeação, recuperação da memória, dígitos, sentença, raciocínio abstrato e orientação) necessários para contribuir com o diagnóstico do CCL e de demência (CECATO et al. 2014, p.709).

encaminhamentos para apoio psicológico. Trabalhar a relação do cuidador com seus sentimentos e buscar capacitá-lo para novas percepções sobre o cuidado seria uma boa lógica de ação para a equipe de saúde.

Dessa forma, o sistema de Saúde Pública (SUS) pode contribuir com a capacitação de cuidadores familiares e profissionais e “na organização de serviços efetivos, atuantes e preparados para atender às necessidades desses cuidadores, fornecendo uma rede de suporte adequado às necessidades das famílias” (MENDES, SANTOS, 2014, p. 130).

Além disso, na perspectiva dos autores Mendes e Santos (2014), cuidador é uma importante fonte de apoio para o enfrentamento da dependência imposta pela DA. Sendo assim, o estímulo e o fortalecimento de parcerias entre cuidadores familiares e profissionais podem minimizar as dificuldades vivenciadas.

No entanto, o envolvimento familiar no tratamento é importante na interlocução com os profissionais de saúde para que seja possível conhecer fragilidades e potencializar a atuação dos mesmos, haja vista serem eles os que continuamente exercem a assistência, evitando o desenvolvimento de complicações e promovendo o bem-estar da pessoa com DA. Portanto, o comprometimento com a promoção da saúde, em sua perspectiva mais ampla, deve ir além das consultas médicas e o acesso aos medicamentos.

Perante o diagnóstico da DA, gera-se um quadro de estresse para os cuidadores, o qual envolve desde as condições físicas e emocionais dos indivíduos até sua relação com a sociedade, reafirmando a questão da necessidade de um suporte a estes profissionais, os quais modificam toda sua vida em função dessa nova atribuição. A necessidade de suporte é corroborada pelo artigo 19 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, o qual referencia à obrigatoriedade da instituição de saúde prestar atendimento e orientação aos cuidadores familiares e grupos de autoajuda para o cuidado de idosos.

Outrossim, é importante salientar a necessidade de maiores pesquisas, investigações e estudos relacionados aos cuidadores familiares, sua realidade, qualidade e condições de vida, além de direcionar o desenvolvimento de políticas públicas que subsidiem o cuidado ao idoso com Alzheimer, “favorecendo uma melhor qualidade de vida para o idoso e para o cuidador e, conseqüentemente, uma

melhor assistência e a continuidade da disponibilidade familiar nessa árdua jornada”. (CESÁRIO et al. 2017, p.180)

A DA é uma enfermidade que compromete várias funções do organismo, desde a parte motora até o aspecto cognitivo, necessitando de várias adaptações à vida diária tanto dos familiares como para a pessoa que está com a doença. Constata-se o surgimento de uma série de ONGs no sentido de acolher os portadores da enfermidade e seus familiares. É o caso da APAZ (Associação de Parentes e Amigos de Pessoas com Alzheimer, Doenças Similares e Idosos Dependentes) e a ABRAZ (Associação Brasileira de Alzheimer). Estas são instituições que fornecem a divulgação do tratamento e acolhem os familiares que cuidam dos doentes de Alzheimer.

Diante da sobrecarga do cuidador do idoso com DA, o qual assume uma responsabilidade além dos seus limites físicos e emocionais, por esse motivo necessita ser apoiado, valorizado e reconhecido pelo trabalho que executa tornam-se relevantes estratégias que apresentem suporte profissional para a capacitação e desempenho de cuidados com o idoso com a DA.

Atualmente, estima-se haver cerca de 35,5 milhões de pessoas com demência no mundo. Este número praticamente irá dobrar a cada 20 anos, chegando a 65,7 milhões em 2030 e a 115,4 milhões em 2050, segundo dados fornecidos pelo Relatório de 2012 da Organização Mundial da Saúde (OMS) realizado juntamente com a associação Internacional de Doença de Alzheimer (ADI). Com a mudança do perfil demográfico de todo o mundo, esta doença tem se tornado, cada vez mais, frequente, uma vez que tal patologia é encontrada em maior número entre pessoas idosas⁷.

No Brasil, estudos apontam para prevalência de demência na população maior de 65 anos. Projeta-se que, pelo menos, 7% da população idosa tenha diversos tipos de demência sendo que mais da metade dos casos são de DA. A taxa de incidência varia entre os estudos e regiões brasileiras de acordo com a estrutura etária das populações e os métodos usados em sua mensuração: de 7,7 por 1.000 pessoas-ano, em São Paulo, a 14,8 por 1.000 pessoas-ano, no Rio Grande do Sul. Considerando a prevalência de demência no Brasil e a população de idosos de

⁷ É fato que a DA não surge somente na velhice, inclusive debate-se que a mesma vem já se apresentando de forma precoce com casos em média em torno de 40 anos, porém considerando que sua incidência está na velhice o presente trabalho optou por esse recorte etário.

aproximadamente 15 milhões de pessoas, em 2013, a estimativa seria de 1,1 milhão de casos. Os dados sistematizados para o presente trabalho de conclusão de curso podem ser vistos no quadro abaixo:

Quadro 2 - Proporção Comparativa de casos de DA a cada 1.000 habitantes

Capital	Dados da DA a cada 1.000 pessoas
São Paulo	7.1 %
Rio Grande do Sul	14.8%

Fonte: Costa et al. (2015).

Ressalta-se que os índices do Rio Grande do Sul são superiores aos de São Paulo mesmo considerando-se a diferença do número de população. Levando em conta a prevalência de demência no Brasil e a população de idoso, no quadro a seguir, assinala-se a população com a doença de Alzheimer a nível Nacional, Rio Grande do Sul e município de São Borja.

Quadro 3 – Índices de DA

Brasil	Rio Grande do Sul	São Borja
O percentual de idosos acometidos pela DA aumenta conforme a idade. A DA afeta cerca de 7 a 9% ⁸ da população com mais de 65 anos assim considerando que atual população com mais de 65 anos no Brasil ⁹ gira em torno de 14.539.018, 00 milhões pode-se indicar que podemos ter 1.308.511.00	A estimativa de pessoas com DA passa de 58 mil habitantes.	Estimativa de 405 idosos diagnosticados com Alzheimer.

⁸ Sendo a incidência de 34% daqueles com mais 85 anos e até 43% daqueles com 95 anos

⁹ Senso IBGE, 2000.

milhão de casos de DA no Brasil.		
----------------------------------	--	--

Fonte: Sistematizada pela autora a partir da leitura dos artigos e busca em sites e através de diálogos com 5 médicos locais.

Referente aos índices de idosos com Alzheimer, cabe ressaltar sobre a dificuldade de precisão dos dados. Por haver muitos casos que não são registrados como DA, mas sim como consequências patológicas da DA. Bancos de dados on line previstos no projeto de pesquisa não trazem os índices procurados. Sendo assim, os índices expostos foram pontuados a partir do mapeamento dos artigos e por meio da ABRAZ. Não foram encontrados em bancos de dados os registros de números de casos em São Borja. Nesse sentido, foram mapeados os médicos que atendem casos de DA – seis profissionais – sendo que foi realizado contato de forma individual com cada um onde os mesmos – cinco profissionais – disponibilizaram o número de sujeitos em acompanhamento. Considerando que a população de idosos em São Borja, pelo último sensu, está em torno de 8.548 habitantes. Se aplicada à previsão de que 7 % que poderá ter DA, de fato, chega, realmente, próximo ao dado indicado acima, o que daria em torno de 598 casos.

2. 2 CONVIVENDO COM DA

Com base nos artigos mapeados, destacam-se as consequências decorrentes da DA. Primeiramente, o indivíduo passa por um processo patológico de envelhecimento “definido como envelhecimento secundário, no qual ocorre degeneração do sistema nervoso central, resultando na perda progressiva das habilidades cognitivas” (CORREA, SILVA, 2009 p. 464), ou seja, embora a velhice seja uma fase natural, quando esse idoso apresenta diagnóstico de DA a patologia acaba afetando todo o processo de envelhecimento.

Dentre as doenças que afetam os idosos, a DA merece especial atenção, porque interfere na sua capacidade funcional, independentemente das “condições de risco para o desenvolvimento da DA, tempo de avanço da demência varia de pessoa para pessoa, mas além do comprometimento cognitivo, a capacidade funcional é um dos marcadores da evolução da doença” (SANTOS, BORGES, 2015, p.345).

Predominam nos artigos mapeados, estágios diferentes da DA. Sobressai-se como primeiro estágio da DA a perda de capacidade de realizar atividades mais complexas, como cuidar das finanças, fazer compras, preparar as refeições, lembrar-se do horário e do modo de usar os medicamentos e cuidar da casa. Nos estágios intermediários

Pode ocorrer afasia fluente, apresentando-se como dificuldade para nomear objetos ou para escolher a palavra adequada para expressar uma ideia, e também apraxia. Nos estágios terminais encontram-se marcantes alterações do ciclo sono-vigília; alterações comportamentais, como irritabilidade e agressividade; sintomas psicóticos; incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados pessoais (CARRETTA, SCHERER 2012, p. 41).

As alterações no comportamento das pessoas com demência são muito comuns. Por vezes, estas alterações podem levar a comportamentos agressivos, tais como violência verbal, ameaças verbais ou violência física contra outra pessoa.

Os autores Costa et al. (2015) enfatizam que os declínios cognitivos em indivíduos com Doença de Alzheimer levam ao comprometimento das áreas de desempenho, tais como atividades da vida diária, atividades de trabalho e produtivas e atividades de lazer ou diversão nos contextos em que o indivíduo está inserido gerando como consequência déficit no desempenho ocupacional. O comprometimento das funções cognitivas é comumente acompanhado e, ocasionalmente, precedido por deterioração do controle emocional, comportamento social ou motivação.

Como já citado anteriormente, a maioria dos artigos salienta o comprometimento da memória, afasia¹⁰, apraxia¹¹ ou problemas de coordenação visuo-motora e espacial.¹² Com a evolução da doença, nos casos mais avançados, o comprometimento da região cortical torna o paciente incapaz de cuidar de si mesmo por apresentar desorientação, confusão mental, além de provocar incontinência

¹⁰ Perda ou alteração da capacidade de falar ou de compreender a linguagem escrita ou falada. in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa <<https://www.priberam.pt/dlpo/afasia>>, consultado em 20-11-2017.

¹¹ Incapacidade para executar normalmente movimentos coordenados. in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. <<https://www.priberam.pt/dlpo/apraxia>>, consultado em 20-11-2017.

¹² A título de curiosidade afasia é uma “dificuldade, ou perda de capacidade para falar, ou compreender a linguagem falada. Além disso, detém a chamada ecolalia (repetição dos mesmos termos várias vezes), embora emita um som mais fraco, movimentando a boca e os lábios constantemente” (CECATO et al. 2014, p.428) e apraxia é uma condição em que a pessoa é incapaz de realizar sozinho movimentos motores, e visuo-motora e espacial, desorientação no tempo e no espaço (pode se perder em locais conhecidos).

urinária. Cecato et al. (2014, p.427), destacam que, na última fase, considerada a mais grave da doença, “o paciente, geralmente, fica acamado, necessitando de assistência integral. Nesta fase, o paciente pode apresentar dificuldades de deglutição, sinais neurológicos, incontinência urinária e fecal”. Como a DA é uma doença que afeta a memória, função executiva e linguagem, nesta última fase, manifestam-se os distúrbios comportamentais e de personalidade e passam a ter uma deterioração progressiva, que

Podem aparecer delírios de roubo, perseguição, infidelidade, além de insônia e agitação noturna. Alguns idosos seguem seus cuidadores, a qualquer lugar aonde vão, como uma “sombra”, pois sentem insegurança e medo. A evolução progressiva da doença traz como consequência a dependência, levando à necessidade de cuidados intensos. Em uma fase mais avançada, 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 – essas seriam atividades como atender telefone, controlar dinheiro, etc.” –. Nessa fase causa a dependência e o idoso geralmente já não consegue se comunicar mais, pois há perda total da memória presente e remota, dificultando sua capacidade de descrever qualquer sintoma que esteja sentindo. (GARCES et al. 2011, p.424).

Evidencia-se, ademais, a falta de conhecimento sobre a doença que resulta numa situação em que a família não tem um apoio. Além disso, as “políticas públicas brasileiras ainda são excludentes e marginalizam as camadas mais pobres e carentes, incluindo aí os portadores de Doença de Alzheimer” (KUCMANSK et al. p. 1.028).

O cenário da DA leva ao adoecimento dos familiares onde estes podem se tornar possíveis pacientes do sistema de saúde e, no momento em que se agrava o estresse, sentem-se impotentes a tal ponto que favoreça um quadro de institucionalização de idosos com Alzheimer.

Através das literaturas, foi possível indicar as consequências do Alzheimer no envelhecimento em cada fase, sendo altamente relevante esse conhecimento no intuito de uma identificação precoce do desenvolvimento da doença. Depois de confirmada a DA, poderá ser possível realizar o tratamento que provavelmente ajudará a prolongar a progressão da doença.

CAPÍTULO III – ENVELHECIMENTO, RELAÇÕES FAMILIARES E O ALZHEIMER

Este capítulo, apresenta questões pertinentes ao processo de envelhecimento e da velhice de acordo com as mudanças cronológica, biológica, psicológica e social. Ainda, descreve-se a questão do preconceito contra o idoso, a questão da heterogeneidade no envelhecer e, também, a feminização da velhice. Por fim, reflete-se sobre as relações familiares com a questão de enfrentamento no acolhimento do idoso com DA.

3.1 ENVELHECIMENTO E RELAÇÕES FAMILIARES

Segundo Messy (1999, p.23), “velhice e envelhecimento são processos distintos, se o envelhecimento é o tempo da idade que avança, a velhice é o da idade avançada, entenda-se, em direção a morte”. A palavra envelhecimento é quase sempre usada num sentido restritivo e em lugar da velhice. Beauvoir (1970, p. 17) coloca, ainda, que “a velhice não é um fato estático; é o término e o prolongamento de um processo, denominado de envelhecimento”. Portanto, compreende-se como velhice o último ciclo da vida, independe de condições de saúde ou experiência de vida, e o envelhecimento como um processo natural da vida, conforme ritmo e características específicas de cada pessoa. Entretanto, envelhece-se desde o momento em que se nasce. Cabe ressaltar que envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo de diferentes idades: cronológica, biológica, psicológica e social.

A idade cronológica “mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento, é um dos meios mais usuais e simples de se obter informações sobre uma pessoa” (SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008, p. 589). A idade biológica é definida pelas modificações corporais e mentais que ocorrem ao

longo do processo de desenvolvimento e está ligada ao envelhecimento orgânico. Destaca-se que a

A idade social é definida pela obtenção de hábitos e status social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social. Um indivíduo pode ser mais velho ou mais jovem dependendo de como ele se comporta dentro de uma classificação esperada para sua idade em uma sociedade ou cultura particular (SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008, p. 589).

Ainda nesta perspectiva, os autores Schneider e Irigaray, (2008), da mesma forma, ressaltam a idade psicológica, afirmando que a mesma tem relação com as competências comportamentais nas quais se incluem a percepção, aprendizagem e memória. Na idade psicológica,

As pessoas se adaptam ao meio pelo uso de várias características psicológicas, como aprendizagem, memória, inteligência, controle emocional, estratégias de coping etc. Há adultos que possuem tais características psicológicas com graus maiores que outros e, por isso, são considerados “jovens psicologicamente”, e outros que possuem tais traços em graus menores e são considerados “velhos psicologicamente” (SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008, p. 589-590).

Salgado (2007, p. 68) interpreta que o envelhecimento pode ser “a razão biológica que tem caráter processual e universal. Os demais fatores são composições individuais e sociais, resultado de visões e oportunidades que cada sociedade atribui aos seus idosos”. Na afirmação acima o autor quer dizer que o envelhecimento pode ser também fruto da sociedade na qual se habita, ou seja, além dos fatores biológico, cronológico e psicológico o meio e as condições em que vivemos influenciam no processo de envelhecimento e na forma em que chegamos à velhice. Evidencia-se que:

No Brasil, onde o processo de desigualdade e exclusão social é recorrente, os idosos não têm encontrado, por parte do Estado, proteção suficiente para viver esse maior tempo de vida com qualidade. O envelhecimento populacional brasileiro requer a participação dos profissionais, da sociedade e dos idosos, para a efetividade dos direitos sociais desse contingente da população (PESSOA, 2010, p.77).

A velhice é heterogênea, por isso deve compreender várias abordagens físicas, emocionais, sociais, culturais, ideológicas, políticas, entre outras. Questões

como “modo de vida, situação econômica, autonomia, acolhimento familiar, acesso a políticas sociais e ao mercado de serviços, também podem tornar o envelhecimento um constante movimento contraditório, pois o cotidiano do idoso pode ser influenciado pela sociedade na qual está inserido” (PÊSSOA, 2007, p.17). Assim, o processo de envelhecimento é influenciado, igualmente, pela sociedade e pelo indivíduo. No entanto,

A cultura de incapacidade do idoso compromete a situação social da velhice, impondo que toda pessoa que atinge os 60¹³ anos torna-se “incapaz”, assim como o convívio social vai se restringindo se este não consegue se adaptar as mudanças contínuas que ocorrem na sociedade. (SCORTEGAGNA, OLIVEIRA, 2012, p.7).

A pessoa idosa pode ser mais vulnerável que os demais grupos etários e tende a abranger maior probabilidade em função de doenças. Todas as alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento terão repercussão nos mecanismos homeostáticos do/a idoso/a e em sua resposta orgânica, diminuindo sua capacidade de reserva, de defesa e de adaptação, o que o torna mais vulnerável a quaisquer estímulos (traumático, infeccioso ou psicológico). Dessa forma, certas doenças tais como a depressão e o Alzheimer podem ser desencadeadas mais facilmente.

Uma das características que acompanha o processo de envelhecimento é o crescimento do superávit de mulheres na população idosa. Torna-se importante mencionar a feminização da velhice, sendo que a mulher tem mais expectativa de vida que o homem. Segundo Pêssoa, (2010, p.89)

a explicação para a feminização da velhice ou o superávit feminino nas idades mais avançadas, está vinculada a questão da mortalidade diferencial por sexo, crescimento do número de mulheres idosas economicamente ativas, maior número de lares chefiados por mulheres idosas, redução da mortalidade materna, diminuição na taxa de natalidade e melhoria no padrão de vida das mulheres maduras.

De acordo com Santos e Borges, (2015), idosos com DA apresentam em média, idade acima dos 80 anos, com predominância do sexo feminino, o que está de acordo com a literatura. Esse dado reforça a característica de uma “doença de idade dependente e pode sofrer influência da feminização da velhice, uma vez que

¹³ Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

as mulheres podem ser mais afetadas pela doença devido ao fato de viverem mais que os homens” (SANTOS, BORGES, 2015, p.345).

Outra questão envolvida no processo de envelhecimento reside em relação ao preconceito aos idosos, tema recorrente na sociedade. Por mais que envelhecer seja um processo natural, cabe enfatizar que se vive numa sociedade onde só o novo é valorizado, caso ao contrário, não existe produção e acumulação do capital. A partir desta realidade a pessoa idosa passa a ser descartada. “O uso de inúmeros termos e expressões para se referir às pessoas mais velhas e à velhice revela a existência de preconceitos sociais por parte da sociedade e do próprio indivíduo que envelhece”. (SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008, p.592). Partindo deste pressuposto, “há necessidade de desmistificação de preconceitos em relação ao envelhecimento bem como ampliação de possibilidades de participação social, visto que o aumento de percentual de idosos é evidente” (PESSOA, 2010, p. 76).

O preconceito, ainda, acaba por fazer com que as pessoas rejeitem qualquer informação acerca da doença de Alzheimer. Por exemplo, até hoje existem pessoas que se referem aos idosos como “ranzinhas” e “caducos”, reforçando a crença de que as perdas de memória são normais e que não há necessidade de procurar um médico nestes casos. Muitas pessoas, além do mais, desconhecem a DA e, por isto, assustam-se quando se deparam com um idoso com mudanças bruscas de comportamento, ou julgam-no inadequadamente como violento ao se depararem com um episódio de agressividade característico da DA. Torna-se importante lembrar que, assim como há preconceitos em relação ao idoso, também, existem processos de romanização da velhice como se todo o idoso fosse uma pessoa bondosa e afetiva.

O envelhecimento da população é um fenômeno que traz possibilidades e desafios, tanto no âmbito social, cultural, econômico e familiar. Diante disso, aumenta a prevalência de demências e, entre elas, a mais comum à doença de Alzheimer. Sendo assim, culturalmente espera-se o amparo da família desse idoso. Realça-se que na Constituição Federal (1998) estabeleceu-se, em seu artigo 229, que os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores e os filhos maiores tem o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Salienta-se um dos conceitos de família:

(...) o conceito de família é polissêmico. Restritamente, refere-se ao núcleo familiar básico e (...) ao grupo de indivíduos vinculados entre si por laços consanguíneos, consensuais, jurídicos ou afetivos, que constituem complexas redes de parentesco e de apoio por meio de intercâmbios, influenciados por aspectos biopsicossociais, históricos, culturais e econômicos (FALCÃO 2010, p.14).

Alcântara (2009, p.25) afirma que diante da doença e da dependência é estabelecida uma inversão dos papéis que precisa ser administrada, pois:

Poderá produzir uma crise caracterizada pela impossibilidade de os filhos assumirem o cuidado dos pais, não só no que diz respeito a situação econômica e as limitações físicas, mas também no que diz respeito ao amparo afetivo. As relações construídas no passado são preditivas do exercício do cuidado exercido por obrigação ou por amor

Nesse sentido, fica extremamente complexa a exigência de cuidados familiares diante de um contexto histórico onde o idoso não construiu relações de afeto e reciprocidade que permita a família sentir-se compromissada com seu cuidado que é agravado pelo fato de que:

Os comportamentos e as ações de um dos membros tanto influenciam como são influenciados pelos outros. O sistema familiar, ao exercer suas funções por meio de subsistemas – as díades pai-filho, mãe-filho (subsistema parental\ filial), esposo-esposa (subsistema conjugal), irmão- irmão (subsistema fraternal) -, sofre muitas mudanças de papéis, o que altera as modalidades de comunicação e de regras (FALCÃO, 2010, p.131).

O perfil dos cuidadores, de acordo com a literatura, indica que a maioria deles é do sexo feminino, com maior frequência de compromisso com filhas e cônjuges. Segundo Santos e Borges (2015, p.345), “esse fato pode estar associado a um padrão cultural no qual cabe à mulher a organização da vida familiar, sendo visto o cuidado como uma função feminina”. Na medida em que a doença progride, o cuidado passa a ser mais intenso, necessitando de auxiliar para os cuidados básicos. No caso da DA, o idoso pode passar a conviver mais com um cuidador externo, o que torna o cuidador como sua referência de família. Conforme Falcão (2015, p. 136):

A doença de Alzheimer afeta cada pessoa e cada família de maneira diferente. O impacto da doença na vida do paciente está relacionado às suas características pessoais (personalidade, condições físicas, estilo de vida) antes da doença (...) o seu impacto na família relaciona-se aos vários aspectos (...) e também das estratégias de

enfrentamento e da resiliência familiar, ou seja, da capacidade do sistema de se adaptar as adversidades e superar as crises. Desse modo a resiliência familiar é um processo que admite variabilidade em razão das relações estabelecidas através dos tempos e nas situações vivenciadas.

Entretanto, pode ocorrer uma sobrecarga devido a um conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros experimentados pelo indivíduo, já que este, normalmente, responsabiliza-se pela rede de cuidados necessários ao receptor de cuidados. No entanto, é comum o desconhecimento sobre como lidar adequadamente com o idoso, tanto que a maioria dos casos de violência e as mais variadas formas de negligência com o idoso tem se revelado dentro de seu próprio seio familiar.

3.2 O ALZHEIMER NAS RELAÇÕES FAMILIARES

Nas situações de demência, principalmente Alzheimer, os idosos tornam-se dependentes, sobretudo, na fase mais avançada da doença, a família passa ser afetada ao perceber que o idoso já não detém mais as mesmas habilidades de antes, necessitando de cuidado. De acordo com Garces et al. (2011 p. 427) conforme já destacado, “esse cuidado geralmente recai sobre membros mais próximos da família, como o esposo, ou a esposa, filhos, irmã, ou parentes, geralmente do sexo feminino”, conforme já exposto acima.

A partir dessa demanda de cuidados, exige-se do cuidador dedicação quase que exclusiva e, muitas vezes, este não dispõe de tempo para cuidar de si mesmo, para realizar atividades físicas ou de lazer, deixando de lado seus afazeres. Não raro os cuidadores, sejam internos (familiares) ou externos (contratados), podem se sentir sobrecarregados e exaustos “devido a um conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros experimentados pelo indivíduo, já que este, normalmente, se responsabiliza pela rede de cuidados necessários ao receptor de cuidados” (MANZINI et al. 2016, p.704)

De acordo com os artigos analisados, destacam-se os fatores predominantes no cotidiano do cuidador familiar de uma pessoa com DA como sendo: ansiedade, estresse, sobrecarga, depressão e uso de medicamentos, pois conforme Silva, Passos e Barreto, (2012 p.708):

os cuidadores se deparam com tarefas múltiplas e, que incluem aceitar o diagnóstico, administrar o conflito familiar, reprogramar o futuro e, principalmente, na realização das atividades diárias, administrar os medicamentos e o suporte financeiro e legal ao paciente. Com isso, o cuidador ficará vulnerável a doenças físicas, depressão, perda de peso, insônia, ao uso de álcool e de medicamentos psicotrópicos.

Sentimentos de ansiedade ocorrem quando o cuidador percebe que sua estrutura familiar está abalada devido à mudança de rotina que, através do diagnóstico da doença, terá que administrar o conflito familiar, reprogramar o futuro, além dos valores gastos em tratamento e medicamentos. No entanto, “ressalta-se que as variáveis socioeconômicas ampliam as dificuldades físicas, emocionais, sociais e financeiras dos cuidadores” (KUCMANSK et al. p.1024). Pontua-se que

[...] entre 60% e 70% dos cuidadores familiares de pacientes com demência têm estresse e problemas médicos ou psiquiátricos. Muitos desses cuidadores apresentam maior probabilidade de ter ansiedade, depressão e um sentimento de isolamento, assim como aumento da taxa de morbidade e mortalidade. (SILVA, PASSOS, BARRETO, 2012, p.709)

A tarefa de cuidar de uma pessoa com a DA é muito estafante e transforma sobremaneira a vida da família. As mudanças envolvem redistribuição de tarefas e responsabilidades. “Destaca-se que, além dos problemas emocionais, a memória do cuidador, também, pode ser afetada” (SILVA, PASSOS, BARRETO, 2012, p.709), pois as pessoas planejam o seu dia a dia na intenção de que todas as tarefas e atividades de lazer sejam realizadas no momento certo, no entanto podem ocorrer falhas nesse planejamento cotidiano.

Ainda promove comprometimentos nos aspectos físico, emocional, espiritual e social dos que cuidam o idoso com DA, porque gera esgotamento físico, baixa autoestima, isolamento social até preocupações por parte da família em herdar essa patologia. “Estresse pode ter como fatores causais a falta de informação, sentimento de despreparo para exercer essa função e a angústia de viver com o sofrimento de outra pessoa” (CESÁRIO et al. 2017, p.178-179). Avaliações sobre o impacto da DA na vida de 29 cuidadores indicou que a maioria se dedica de 19 a 24 horas por dia com os cuidados para com os idosos. Em outra pesquisa realizada com 14 familiares, 10 afirmou que a carga horária diária era acima de 12 horas, podendo

levar até o rompimento de suas atividades como cuidadores devido a sobrecarga (CESÁRIO et al. 2017).

Mendes e Santos (2014) realçam que há despreparo entre as pessoas para lidar com a responsabilidade no cuidar de um idoso com DA, pois é o desconhecimento sobre a doença e de como agir no entender a pessoa afetada e seus próprios sentimentos que ocasiona uma sobrecarga, vindo a gerar

Desgastes emocionais, físicos e psicológicos para o cuidador e a família por causa da longa duração do tratamento e da perda gradual das funções cognitivas do idoso, evoluindo para quadros de total dependência e exigindo cada vez mais a dedicação daqueles que com ele convivem” (MENDES, SANTOS, 2014, p.123).

Manzini et al. (2016) dizem que a necessidade de resiliência¹⁴ necessita de um suporte social, psicológico quando necessário, possibilitando aos cuidadores um melhor enfrentamento das adversidades da vida uma vez que a DA acomete todo o sistema familiar. Diante disso, os mesmos autores (2016, p.708) afirmam “que baixos níveis de apoio social são uma possibilidade precursora para pobreza psicológica, interferindo na resiliência”. Ainda salientam que o apoio social aos cuidadores das pessoas com DA, com suas variedades de tipos de apoio parece aliviar a sobrecarga física e mental causada pelo estresse.

¹⁴ Resiliência é a capacidade de o indivíduo adaptar-se a mudanças, superar obstáculos.

CAPÍTULO IV – A REDE DE ATENDIMENTO AO IDOSO COM ALZHEIMER

Este capítulo discorre sobre como a rede sócio assistencial vem se organizando e quais os serviços ofertados no sentido de possibilitar apoio ao sujeito com DA e sua família. Apontam-se estratégias de apoio ou suporte junto à rede de atendimento. Embora a proposta da pesquisa intenciona-se apresentar a rede de apoio, serviços e estratégias em nível nacional, estadual e local – município de São Borja, por meio de registros da rede em atendimento em saúde – as reflexões descritas abaixo retratam os achados mapeados nos artigos selecionados na pesquisa somente bibliográfica.

Infelizmente, constatou-se que não há, na rede de atendimento em saúde em São Borja, serviço especializado público de atendimento aos portadores de DA. Quando se indica serviço especializado, registra-se a constituição de grupos de apoio, oferta de atendimento geriátrico, instituição de atendimento e abrigo, exames especializados, etc. Nesse sentido, as famílias recorrem às consultas e acompanhamentos nem sempre com especialistas, mas com clínicos gerais. As famílias que tem condições econômicas acabam aderindo a tratamentos e consultas particulares.

Em diálogo com profissionais da rede, foi revelado que há extrema dificuldade de registro de índices assim como disponibilização de atendimento própria à DA. Geralmente, o registro do atendimento não é computado como DA, mas como comportamentos consequentes à DA, tais como perda de memória, agressividade, etc. Verifica-se que os sujeitos que têm DA acabam ficando invisíveis no sistema, porque não são aceitos da Rede de Atendimento em Saúde Mental pelo fato da DA não ser considerada com doença mental. Também, não são acompanhados no

sistema de saúde primário uma vez que não há profissionais especializados para esse atendimento nas Estratégias de Saúde da família.

Além disso, não há iniciativas de grupos de apoio ou demais instituições do Terceiro Setor em São Borja que tenham atendido usuários com DA e suas famílias. Desse modo, as famílias sozinhas acabam assumindo todo o cuidado, muitas vezes, sem o conhecimento e suporte necessário para o manejo da doença, não raras vezes sendo culpabilizadas como negligentes.

Nesse sentido, as considerações a seguir procuram mostrar algumas possibilidades de atendimentos que poderiam amenizar a gestão e o entorno do cotidiano de idosos e familiares que convivem com a DA.

4.1. OS SERVIÇOS DA REDE SÓCIO ASSISTENCIAL.

Acentua-se que o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) decreta a garantia legal da atenção especial aos idosos no que diz respeito à saúde, assistência, transporte, lazer e dignidade, entre outros direitos. Porém, no caso de atendimento nas necessidades de saúde e melhoria da qualidade de vida dos sujeitos que tem DA ainda persistem fragilidades, o que é preocupante considerando que um estudo mostra que “em 2050, a DA poderá atingir 14 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo considerada a quarta causa de morte em adultos” (KUCMANSKI et al. 2016, p.1023). Costa et al. (2015, p. 3.828), evidenciam a necessidade do tratamento farmacológico da DA, assim como o fornecimento de medicação:

Sendo que no Brasil é coberto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer foi criado no âmbito do SUS, em 2002, devendo ser executado de forma integrada pelo Ministério da Saúde (MS) e Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, em cooperação com as redes estaduais e seus centros de referência em assistência à saúde do idoso.

Contudo, é fato que devemos considerar que alguns medicamentos para DA são caros e nem sempre estão disponíveis nas farmácias básicas¹⁵ dos municípios.

¹⁵ Cabe ressaltar que os pacientes que sofrem com o Alzheimer terão como opção de tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS). O medicamento Memantina foi incorporado quinta-feira (9/11/07), pelo Ministério da Saúde, nas unidades de saúde do País. “O novo fármaco, que será ofertado em comprimidos, proporcionará melhor qualidade de vida dos pacientes com esta doença, que afeta um terço da população idosa. A decisão da oferta do medicamento no SUS ocorreu após avaliação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) em julho deste ano. ”

Nesse caso, as famílias têm recorrido ao Ministério Público ou pagam a medicação de forma particular. Nesse sentido, há carência de mobilização em torno da necessidade de garantia de acesso a medicação.

Fernandes et al. (2010) ressaltam a importância que a rede de atenção básica deveria ter nesse processo de apoio via atuação dos agentes de saúde, assim como a relevância das ações preventivas ou, pelo menos, de cuidados paliativos no caso da DA para garantir o mínimo de qualidade de vida.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma importante ferramenta do PSF. É o ACS que faz a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realizando o mapeamento de cada área (...). Entre as atribuições estão: desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas junto às famílias pelas quais são responsáveis, abordagem dos direitos humanos e estimulação à participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida (FERNANDES et al. 2010, p.783)

Corrêa e Silva (2009) indicam que considerando que o indivíduo com doença de Alzheimer apresenta uma disfunção ocupacional, seria fundamental o serviço e a intervenção do terapeuta ocupacional, pois “essa intervenção tem sido extremamente diversificada quanto às técnicas e teorias adotadas (...) diversificações de posturas e ações significam, na verdade, as possibilidades de adequações” (CORRÊA, SILVA, 2009, p.468) que seriam fundamentais para estímulos atenuantes. No entanto, conforme já apresentado, a rede pública não disponibiliza desse profissional. Nesse contexto, as famílias que têm dificuldade inclusive de manter medicação e cuidadores, raramente terão condições de contratar serviços de um terapeuta ocupacional.

Diante desse quadro, quando a família não tem suporte para lidar com as responsabilidades em uma situação de doença de um membro, não raro passa a ser considerada a institucionalização em instituições de Longa Permanência para Idosos. Sobre isso, Silva, Fratezi, Lopes ressaltam que:

Enquanto os cuidados de longa duração ainda são escassos em nosso meio, incluindo os centros-dia, hospitais-dia e assistência domiciliar a ILPI é uma possibilidade viável de apoio, suporte e amparo instrumental e emocional aos idosos e familiares. Por essa razão, acredita-se que intervenções gerontológicas junto às ILPIs devem assessorar a família e oferecer melhor qualidade de vida a todos os envolvidos (SILVA, FRATEZI, LOPES, 2013, p. 56).

Porém, a maioria das instituições de Longa Permanência não tem acolhido idosos com DA por conta do alto custo de manter um cuidado individualizado e especializado e pelos riscos que giram em torno do cuidado com um idoso extremamente debilitado dependendo o estágio da doença. Assim, o que acaba sendo ofertado são atendimentos em clínicas de altíssimo custo.

Oliveira (2010) indica o significativo impacto nas políticas públicas de saúde quanto aos desafios relativos doenças crônico-degenerativas, gerados, sobretudo, pelo envelhecimento da população, considerando, ainda, o limitado efeito das medicações específicas para as demências. Esse fato torna-se de maior relevância quanto à busca por tratamentos não medicamentosos, incluindo a reabilitação cognitiva.

É nesse panorama que o PEI e a EAM, programas estruturados que visam trabalhar as funções mentais superiores a partir da modificabilidade cognitiva, se apresentam com um sólido e enriquecedor potencial para lidar com as limitações e deficiências cognitivas que alteram de modo devastador a qualidade de vida de um portador da doença de Alzheimer e, por consequência, sua família (OLIVEIRA, 2010, p.40).

A alternativa expressa acima constitui programas definidos em determinadas regiões que ficam por conta de ações isoladas. Seria extremamente válida a oferta de serviços públicos mesmo que em forma de oficinas com profissionais especializados que trabalhem com o estímulo cognitivo, pois são evidentes os ganhos em termo de qualidade de vida dos idosos com DA. Em tempo, ressalta-se a necessidade de não se utilizar o aumento do índice de idosos e aumento da expectativa de vida como sendo um problema. O que se torna um problema é a falta de serviços e estrutura para atendimento da população que envelhece.

Alguns artigos sugerem como possibilidade condomínios, clínicas, etc., próprios para atendimentos, não obstante 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 ” (VALENTINI, ZIMMERMANN, FONSECA, 2010, p.198), todavia é fato que os poucos centros/dias disponíveis não tem vagas que deem conta de fato das necessidades de atendimento e apoio, principalmente, daqueles que tenham patologias como DA. Em São Borja, por exemplo, o centro/dia não tem vagas para mais que 8 a 10 idosos.

Diante da falta de serviços, “a família ainda se configura como a principal cuidadora dos idosos no Brasil” (VALENTINI, ZIMMERMANN, FONSECA, 2010, p.199). A rede de apoio informal que é composta pela família, amigos e voluntários, constitui-se na fonte primária de assistência ao idoso, deixando o Estado como última instância de recurso.

Não raro o que tem se tornado comum são iniciativas como a da ABRAZ que oferece assistência a cuidadores familiares por meio de grupos de apoio que, embora extremamente importantes, não deveriam ser as únicas alternativas. As reuniões são realizadas mensalmente em várias cidades do país com a colaboração de profissionais multidisciplinares.

O objetivo dessa organização é propor à comunidade formalização e consolidação de um grupo de apoio no intuito de congregar famílias, cuidadores e profissionais, dando informações sobre a doença, com o objetivo de melhorar as condições de vida do idoso acometido pela demência de Alzheimer e de seus familiares (OLIVEIRA, CALDANA, 2012, p.678).

Desse modo, fica claro que não há serviços e atendimentos específicos, o que remete à necessidade potencializar ações e fortalecer estratégias.

4.2 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO A DA

Fica evidente que há necessidade de adoção de ferramentas e estratégias que ofereçam suporte físico, emocional, psíquico e financeiro aos familiares cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. Nesse cenário, torna-se fundamental a mobilização de profissionais, usuários e família na busca da consolidação de direitos. Destaca-se, neste estudo, a Portaria nº 1.298, de 21 de novembro de 2013, que considera a necessidade de diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta doença.

Apesar disso, essa portaria não se apresenta de forma frágil sem grande abertura ao atendimento, deixando sob responsabilidade de cada gestor a oferta de serviços, pois somente mostra que:

Art. 2º É obrigatória a cientificação do paciente, ou do seu responsável legal, dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso de medicamento preconizado para o tratamento da doença de Alzheimer (...) Art. 3º Os gestores estaduais e municipais do SUS, conforme a sua competência e pactuações, deverão estruturar a rede assistencial, definir os serviços referenciais e estabelecer os fluxos para o atendimento dos indivíduos com a doença em todas as etapas descritas no Anexo desta Portaria.

A família precisa de apoio constante e gradual para que vá criando estratégias de gestão da doença. Para isso, mais do que nunca, é preciso conhecer a DA e seus condicionantes e, por conseguinte, consequências. Destaca-se que:

O desconhecimento da DA é um ponto crucial para os cuidadores, especialmente porque, no Brasil, o atendimento é curativo e centrado no indivíduo, com a equipe trabalhando de forma fragmentada, o que desvaloriza a situação familiar e o contexto sociocultural. Neste sentido, é imprescindível que os cuidadores sejam constantemente acompanhados e recebam orientações sobre a evolução da doença, bem como sobre os cuidados necessários em cada fase. Isso é necessário para um cuidado eficiente, que gere segurança e apoio, bem como fomente uma rede de troca de informações capaz de minimizar o estresse do cuidador familiar. (KUCMANSK et al. 2016, p.1027)

As instituições de saúde e de caráter social devem disponibilizar todas as informações ao cuidador. O profissional tem condições de propor um plano de assistência para retardar efeitos e consequências para convivência com os sintomas de uma forma mais adequada. Em diálogos com cuidadores “foi comum entre os entrevistados a manifestação de que as dificuldades seriam menores se soubessem antecipadamente as possíveis situações que poderiam ocorrer e como agir frente a cada uma delas” (KUCMANSKI et al. 2016, p.1026)

Assim sendo, torna-se importante, como estratégia, que as equipes de saúde promovam a abertura e o diálogo sobre a doença para que o cuidado seja executado com segurança no domicílio. Dessa forma, torna-se fundamental “conhecer a família que acolhe o sujeito com DA apoiando nas fragilidades impostas pelo contingente da

doença” (KUCMANSKI et al. 2016, p.1027). Levando-se em conta esses aspectos, cabe aos profissionais de saúde.

Desenvolverem práticas buscando e possibilitando diálogos, respeitando os saberes, as crenças, o meio ambiente, bem como oportunizarem aprendizado aos cuidadores com a finalidade de garantir qualidade de assistência aos portadores de Doença de Alzheimer e suporte aos responsáveis pelo cuidado. Neste sentido, disponibilizar atenção aos cuidadores, profissionais capazes de orientar e intervir frente aos conflitos e desafios familiares, contribui para fortalecer aqueles que passam por momentos de fragilidade (KUCMANSKI et al. 2016, p.1028)

Por isso, o artifício fundamental seria fortalecer constantemente a família e os cuidados formais e informais. Nesse sentido, a rede pública de saúde deveria ser primordial na utilização do atendimento básico via à Estratégia Saúde da Família no que se refere ao suporte a essas famílias:

Ideias de autodeterminação, de autogestão, de definição de limites para um cuidado de qualidade do idoso e da própria saúde devem ser exploradas pela equipe de saúde, propiciando ao cuidador a oportunidade de compreender que é preciso cuidar de si para cuidar do outro sem sentir que seja um peso ou um aprisionamento (MENDES, SANTOS, 2016, p.130)

Trabalhar a relação desses cuidadores com seus sentimentos e buscar capacitá-lo para novas percepções sobre o cuidado seria uma boa lógica de ação para a equipe de saúde, dando atenção ao idoso que demanda o sistema ambulatorial, hospitalar ou a esfera preventiva, visto que as tarefas “cotidianas do cuidador sofrem influência das limitações impostas pela DA, por outros processos patológicos do paciente com DA e, em especial, pelas condições de saúde do próprio cuidador” (KUCMANSKI et al. 2016, p.1025). Há que se intensificar o cuidado domiciliar e o estabelecimento de redes de apoio a idosos e familiares. Sekine et al. (2006, p.69) ressaltam que:

As propostas de trabalho com famílias de portador de Alzheimer devem priorizar metodologias que lhe permitam sair do lugar solitário, que gere um espaço que facilita formas de enfrentamentos das condições econômicas, sociais e políticas: um espaço político no qual a ética seja o valor fundante.

Manzini et al. (2016, p.703), indicam que suporte psicológico “foi oferecido a um grupo de cuidadores como maneira de intervenção. Os cuidadores que receberam intervenção foram significativamente mais resilientes, além disso, menos propensos, em longo prazo, ao desenvolvimento de sintomas depressivos”. Nesse sentido, o apoio torna-se fundamental, porém é fato que nem todas as famílias são iguais, nem todos conseguem mergulhar em processos de resiliência. Há que se ter cuidado para não envolver a família que não dá respostas positivas em um processo de culpabilização.

Cabe salientar a importância da ação do profissional de Serviço Social nas ações interventivas junto às famílias, cuidadores de Alzheimer e junto às demandas apresentadas pelo idoso, visto que é o profissional que tem que se preocupar com o reconhecimento da realidade dos sujeitos atendido, assim como os condicionantes de vida que levam às várias expressões da Questão Social como abandono, negligência, violências, etc.

Por meio dos profissionais do Serviço Social e outros profissionais, devem ser estimuladas ações de resistência por meio de conselhos de direito, movimentos sociais, mobilizações populares, no que diz respeito a dar visibilidade às necessidades da rede de apoio e políticas públicas que deem suporte à família e sujeitos que enfrentam diversas precarizações diante das consequências da DA. Destaca-se que as “variáveis socioeconômicas ampliam as dificuldades físicas, emocionais, sociais e financeiras dos cuidadores”. (KUCMANSK et al. 2016, p.1024). Assim, mobilizar contra as desigualdades sociais em busca de política públicas e, também, lutar em prol de atendimentos qualificados em saúde.

Acredita-se que estratégias devem ser mobilizadas por profissionais capacitados para envolver o máximo de famílias e obter mais conhecimento sobre a DA e possibilitar a proximidade com o familiar idoso para enfrentar as adversidades associadas à doença e ao cuidado ao idoso.

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, é importante ressaltar que o presente trabalho possibilitou, mesmo que de forma sucinta, análise a nível nacional, estadual e do município de São Borja sobre a DA. Não se apresenta, no entanto, como uma totalidade no que se refere a determinados aspectos que envolvem o Alzheimer no envelhecimento, mas promove ensaio de discussão.

A análise dos dados publicados em periódicos como Revista Estudo Interdisciplinar, Geriatria e Gerontologia e no portal SCIELO, CAPES, no período de 2007 a 2017 acerca da DA, possibilitou a constatação de que a maioria das pesquisas tem enfoque no diagnóstico e nos aspectos clínicos da doença deixando lacunas quanto aos condicionantes sociais e estratégias para lidar com a saúde do idoso com Alzheimer e a família.

No entanto, o tema ainda requer avanços no registro dos índices, atendimentos especializados e uma rede sólida de apoio aos idosos e família para isso. Há necessidade do poder público investir na formação de sujeitos que saibam lidar com os aspectos relacionados ao envelhecimento, assim como a ampliação de atendimentos na rede pública que possibilitem o mínimo enfretamento da doença para uma qualidade de vida aos idosos que já desenvolvam a DA e o suporte para a família.

Diante do tema deste trabalho de conclusão de curso, destaca-se, aqui, a importância do envolvimento dos profissionais do Serviço Social. Embora a

discussão da Doença de Alzheimer seja clínica, cabe o profissional do Serviço Social estar se apropriando do assunto, não só da DA, mas de outros tipos de doenças que afetam as mais diversas famílias que vem até o profissional em busca de apoio.

Logo, é importante conhecer a demanda que é gerada a partir da DA, pois advém daí a forma de como intervir na família, nas relações que são estabelecidas com os seus membros, principalmente, considerando o fato de que a DA é uma demência que afeta muito a organização familiar. Dessa forma, torna-se fundamental que o Assistente Social adentre como profissional de apoio à rede de atendimento e, desse modo, avance com propostas criativas que visem as ações coletivas.

O CFESS¹⁶ (2009) destaca que o profissional do Serviço Social deve ter profundo conhecimento do objeto de trabalho na instituição em que atua em sua dimensão total, buscando condições teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, juntamente com condições de trabalho adequadas. Pode intervir diante de um processo educativo, o qual possibilita aos usuários, a partir de suas individualidades, apreender a realidade de maneira crítica e consciente, na busca de seus direitos civis, políticos e sociais. Além disso, o profissional Assistente Social tem o compromisso ético para com os usuários, para o qual tem como amparo legal o Código de Ética da profissão (1993).

Cabe ressaltar o objeto do Serviço Social que é a Questão Social e que, a partir de sua competência profissional, passa intervir nas expressões da Questão Social, ao mesmo tempo em que se devem compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais que sempre interferem no processo saúde e doença para que a saúde seja vista de forma ampla, não somente curativa.

Sugere-se a realização de pesquisas na área do Serviço Social para, assim, contribuir com a produção de conhecimento crítico sobre o tema envelhecimento e a DA e as relações familiares, tendo em vista que nas revistas mapeadas na área do Serviço Social não se concretizou amostra. Enquanto mais profissionais da saúde, como os Assistentes Sociais, não adentrarem em temas como o apresentado aqui, certamente, ainda perdurarão posturas clínicas em detrimento do olhar integral aos sujeitos enquanto um todo que sofre e é influenciado por todo um contexto de condicionantes sociais.

¹⁶ Conselho Federal de Serviço Social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAZ, **Associação Brasileira de Alzheimer**. Disponível em: <http://abraz.org.br/#>
Acesso em: 12 out. 2017.

ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira, **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas, São Paulo, Editora Alínea, 2009.

AREOSA, Sílvia Virginia Coutinho. **Envelhecimento Humano: Realidade Familiar e Convívio de Idosos do Rio Grande (Brasil) e da Catalunha (Espanha)**. – Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BORGES, Sheila de Melo; APRAHAMIAN, Ivan; RADANOVIC, Márcia; FORLENZA, Orestes Vicente. **Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer**. Revista Psiq Clín. São Paulo, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Estatuto do idoso**. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

_____. **Política Nacional do Idoso**. Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994.

BRASIL. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Portaria número 1.298 de 21 de novembro de 2013. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br>>.
Acesso em 10 de out de 2017.

BRASIL. **Ministério da saúde**: Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br>>. Acesso em 01 de nov. de 2017.

CARRETTA, Marisa Basegio; SCHERER, Sabrina. **Perspectivas atuais na prevenção da doença de Alzheimer**. Estudo interdisciplinar envelhecimento, Porto Alegre, v. 17, 2012.

CECATO, Iana Francisca; MONTIEL, José Maria; BARTHOLOMEU, Daniel; MARTINELLI, José Eduardo. **Poder preditivo do MoCa na avaliação neuropsicológica de pacientes com diagnóstico de demência**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2014.

CESÁRIO, Vanovya Alves Claudino; LEAL, Márcia Carréra Campos; MARQUES, Ana Paula de Oliveira; CLAUDINO, Karolyny Alves. **Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 41, 2017.

CFESS, ABEPSS; **Serviço Social; Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília, 2009.

CFESS, **Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**, 1993.

_____. **Lei de Regulamentação da Profissão**. Lei no 8.662.

COSTA, Roberta Dorneles Ferreira; CASTRO, Claudia Garcia Serpa Osorio; SILVA, Rondineli Mendes; MAIA, Aurélio de Araújo; RAMOS, Mariana de Carvalho Barbosa; CAETANO, Rosângela. **Aquisição de medicamentos para a Doença de Alzheimer no Brasil: uma análise no sistema federal de compras, 2008 a 2013**. Ciência & Saúde Coletiva, 20(12):3827-3838, 2015.

CHIAPPETTA, Ana Lucia de Magalhaes Leal, (org), **Doenças Neuromusculares Pakson e Alzheimer**, Brasil, 2003.

CORRÊA, Suzana Elisa Sedrez; SILVA, Derivan Brito. **Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer** Revista Brasileira Geriatria Gerontologia, 2009.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. **A Família e o Idoso: desafios da contemporaneidade**. Capinas SP: Papyrus, 2010.

FERNADES, Heloise da Costa Lima; PAVARINI, Sofia Cristina Iost; BARHAM, Elizabeth Joan; MENDIONDO, Mariza Silvana Zazzetta de; LUCHESI, Bruna Moretti Luchesi. **Envelhecimento e demência: o que sabem os Agentes Comunitários de Saúde**. Revista Escola Enfermagem da USP, São Paulo, 2010.

GARCES, Solange Beatriz Billig; COSTA, Fátima Terezinha Lopes; ROSA, Carolina Boettge; BRUNELLI, Angela Vieira; HANSEN, Dinara; MATTOS, Carine Zanchi; BIANCHI, Patrícia Dall' Agnol; KRUG, Marília de Rosso; SEIBEL, Raquel; PORTO, Ane Mastella; STURMER, Jaqueline; NASCIMENTO, Karine Bueno; SILVA, Bruna

Alves. **Relatos de experiências: (com) vivencia com idosos que apresentam Alzheimer.** Revista estudo interdisciplinar envelhecimento, Porto Alegre, v. 16, edição especial, 2011.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

IBGE- **Instituto Brasileiro de geografia e estatística. Estimativas da população 2017.** Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao>. Acesso em: 12 out. 2017.

INOUYE, Keika; PEDRAZZANI, Elisete Silva; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. **Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010.

KONDER, Leandro. **O que é dialética.** São Paulo: Brasiliense, 2008.

KOSICK, K.A **Dialética do Concreto.** Capítulo 1. São Paulo, Paz e Terra, 7ª Ed. 2002.

KRUG, Marília de Rosso; NASCIMENTO, Karine Bueno; GARCES, Solange Beatriz Billig; ROSA, Carolina Böettge; HANSEN, Ângela Vieira Brunelli, Dinara. **Autonomia em idosos com doença de Alzheimer: contribuições do projeto estratégias de diagnóstico e reabilitação social de idosos dependentes e apoio psicossocial de cuidadores domiciliar.** Estudo interdisciplinar envelhecimento Porto Alegre, v. 20, 2015.

KUCMANSK, Luciane Salete; ZENEVICZ, Leoni; GEREMIA, Daniela Savi; MADUREIRA, Valeria Silvana Faganello; SILVA, Tatiana Gaffuri; SOUZA Sílvia Silva. **Doença de Alzheimer: desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano familiar.** Revista Brasileira Geriatria Gerontologia, Rio de Janeiro, 2016.

LEMOS, Maria Tereza Turibio Brittes; ZAGAGLIA, Rosangela Alcantara. **A Arte de Envelhecer. Saúde, Trabalho, Afetividade, Estatuto do Idoso.** Aparecida SP: Ideias e Letras. Rio de Janeiro. UERJ, 2004.

MACHADO, J. C. B. Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 260-280.

MANZINI, Carlene Souza Silva; BRIGOLA, Allan Gustavo; PAVARINI, Sofia Cristina Iost; VALE, Francisco Assis Carvalho. **Fatores associados à resiliência de cuidador familiar de pessoa com demência: revisão sistemática.** Revista Brasileira Geriatria Gerontologia. Rio de Janeiro, 2016.

MARTINELLI, Maria Lucia (Org.). **Pesquisa Qualitativa: Um instigante desafio.** São Paulo: Veras Editora, 1999.

MENDES, Cinthia Filgueira Maciel; SANTOS, Anderson Lineu Siqueira. **O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares.** Saúde Soc. São Paulo, v.25, 2014. 2014.

MESSY, Jack. A pessoa idosa não existe. In: **Uma abordagem psicanalítica da velhice**. São Paulo: Aleph, 1999.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes 2001.

OLIVEIRA, Antonia Rozeli Roberto. **O envelhecimento, a doença de Alzheimer e as contribuições do programa de enriquecimento instrumental (PEI)**. Cadernos de Neuropsicologia, vol.4, 2010.

OLIVEIRAA, Ana Paula Pessoa; CALDANA, Regina Helena Lima. **As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer**. Saúde Soc. São Paulo, v. 21, 2012.

OLIVEIRA, Maria Marly. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

OLIVEIRAb, Simone Barros. Serviço Social: **Políticas Sociais e Transversalidade no Pampa**. São Borja, RS\ I. Ed, 2012.

PESSÔA, Maia Elisângela. **Assistência Social ao idoso enquanto direito de proteção social em municípios do Rio Grande do Sul**. Tese de Doutorado, PUC RS, Porto Alegre, 2010.

_____. **Políticas sociais alternativas a institucionalização de idosos em municípios da região das missões do Rio Grande do Sul**. Dissertação de Mestrado, PUCRS, Porto Alegre, 2007.

PRATES. Jane Cruz. **Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do Assistente Social**. Tese de Doutorado. Porto Alegre, PUCRS, 2003

SALGADO, Marcelo Antônio. **Os Grupos e a ação pedagógica do trabalho social com idosos**. In: **Políticas públicas para a habitação do idoso. A Terceira Idade**, v. 39, São Paulo, 2007.

SCORTEGAGNA Paola Andressa, OLIVEIRA Rita de Cássia da Silva. **Um novo ator social**. 2012.

SERENIKIL, Adriana; VITAL, Maria Aparecida Barbato Frazão. **A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos**. Revista Psiquiatria, RS. 2008.

SILVA, Claudia Fernandes; PASSOS, Valeria Maria de Azeredo; BARRETO, Sandhi Maria. **Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência**. Rev. Bras. Geriatria Gerontologia, Rio de Janeiro, 2012.

SMITH, Marília de Arruda Cardoso. **Doença de Alzheimer**, Revista Brasileira Psiquiatria. vol.21 São Paulo, 1999.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais**. Estudos de Psicologia I Campinas, 2008.

SEKINE, Cynthia Regina; SALOMÃO, Nadime Bezerra; GERALDO, Priscilla Aparecida; DIAS, Rosângela de Oliveira. **Doença de Alzheimer: uma demanda para o serviço social**. Presidente Prudente, 2006.

SILVA, Henrique Salmazo; FRATEZI, Flávia Renata; LOPES, Andrea. **Idoso com doença de Alzheimer e família: uma proposta de prática gerontológica na promoção de vínculos e comunicação**. Estudo interdisciplinar envelhecimento, Porto Alegre, v. 18, 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo: Atlas, 1987.

_____. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2007.

VALENTINI, Ivani Bressan; ZIMMERMANN, Nicolle; FONSECA Rochele Paz. **Ocorrência de depressão e ansiedade em cuidadores primários de indivíduos com demência tipo Alzheimer: estudos de casos**. Revista estudo interdisciplinar envelhecimento. Porto Alegre, v. 15, 2010.

ANEXO I

QUESTÕES NORTEADORAS PARA LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

- Qual o índice de idosos com Alzheimer em nível nacional, estadual e municipal?
- Como se constitui a Doença de Alzheimer (DA) no envelhecimento?
- Quais as consequências da doença de Alzheimer no âmbito familiar?
- Como está estruturada a rede de atendimento ao município de São Borja?