

Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador

Behavioral changes of elderly with Alzheimer's Disease and the burden of care for the caregiver

Cambios en el comportamiento de las personas mayores con enfermedad de Alzheimer y la carga para el cuidador

Aline Miranda da Fonseca Marins¹
Cristina Gonçalves Hansel²
Jaqueline da Silva¹

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro - RJ, Brasil.
2. Faculdade Arthur de Sá Earp Neto.
Petrópolis - RJ, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar principais mudanças comportamentais em idosos com Doença de Alzheimer e distinções na sobrecarga imposta ao cuidador. **Métodos:** Pesquisa guiada pela Teoria Fundamentada nos Dados utilizando entrevista semiestruturada como a principal técnica de coleta dos dados, junto a vinte e cinco cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Resultados:** Segurança comprometida por contato com fogo, fugas e saídas desacompanhadas foi destacada por 80% dos cuidadores. Metade dos idosos sob os cuidados dos participantes requeriam supervisão e proteção constantes. **Conclusão:** Mudanças comportamentais em idosos com Doença de Alzheimer tem impacto emocional e resultam em situações estressantes, comprometendo a qualidade de vida dos cuidadores. Segurança comprometida significou sobrecarga de funções, sofrimento e medo para os cuidadores participantes. Dentre as implicações para as enfermeiras está demanda por parceria direcionada ao planejamento de cuidado protetor, para manejar mudanças comportamentais.

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

ABSTRACT

Objective: Identify key behavior changes in elderly with Alzheimer's Disease, and distinctions on the burden of care imposed on the caregiver. **Method:** Research process was guided by Grounded Theory using semi structured interviews as primary technique for data collection with twenty five caregivers of elderly with Alzheimer's Disease. **Results:** Compromised safety due to contact with fire and wandering behavior, was reported by 80% of the caregivers. Half of the elderly receiving care provided by the participants required constant supervision and protection. **Conclusion:** Behavioral changes of elderly with Alzheimer's Disease have emotional impact, result in stressful situations, and affect caregivers' quality of life. Compromised safety resulted in overload of functions, suffering and fear to participant caregivers. Among the implications to nurses is the demand for partnership geared towards protective care planning, aimed at managing behavior changes.

Keywords: Aged; Nursing; Alzheimer's Disease; Caregivers; Family.

RESUMEN

Objetivo: Identificar principales cambios en comportamiento de personas mayores con Enfermedad de Alzheimer y distinciones en la carga de los cuidadores. **Método:** El proceso de investigación se guió por la Teoría Fundamentada en los Datos usando entrevistas semiestructuradas como la principal técnica de colección de datos, con veinte cinco cuidadores de personas mayores con Enfermedad de Alzheimer. **Resultados:** Comprometimiento de la seguridad, debido a contacto con fuego y salir solo, fue reportado por 80% de los cuidadores. Metade de las personas mayores recibiendo atención prestada por los participantes requiere constante supervisión y protección. **Conclusión:** Cambios en comportamiento de personas con Enfermedad de Alzheimer impactam emociones, provocam situaciones de estrés y comprometen la calidad de vida de los cuidadores. Riesgos para la seguridad se tradujo en la sobrecarga de funciones, sufrimiento y temor de los cuidadores participantes. Entre implicaciones para las enfermeras esta la demanda de una asociación orientada a la planificación de una de una atención protectora, con el objetivo de manejar cambios en el comportamiento.

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

Autor correspondente:

Aline Miranda da Fonseca Marins.
E-mail: alinemiranda@gmail.com

Recebido em 02/06/2015.
Aprovado em 28/01/2016.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160048

INTRODUÇÃO

Pela primeira vez na história da humanidade, o número de pessoas com 60 e mais anos de idade irá superar o de crianças menores de catorze anos, correspondendo, respectivamente, a 22,1% e 19,6% da população mundial¹. Estima-se para 2020, no Brasil, o maior país em extensão territorial e em número de residentes na América Latina, que 29,8% de pessoas contarão com mais de 60 anos, sendo 40,7 milhões dessas pessoas com 80 e mais anos de idade². Uma mudança populacional em que emergem diferentes tipos de demência, lideradas pela Doença de Alzheimer³ demandando atenção de gestores, profissionais de saúde e pesquisadores, à medida que passa a fazer parte do ranking das dez principais questões de saúde no país. Atualmente, afeta aproximadamente 35,6 milhões de pessoas idosas, com a expectativa de aumentar para 65,4 milhões em 2030 e para 115,5 milhões em 2050⁴.

A Doença de Alzheimer é essencialmente uma síndrome cerebral degenerativa, de etiologia desconhecida, com componentes neuropatológicos e neuroquímicos distintos, que vão além da biologia do envelhecimento e que se desdobram em mudanças sociais de papéis culturalmente estabelecidos, interfere na vida da pessoa e na sua vida familiar. Uma condição que altera de forma dramática níveis anteriores de autonomia e independência e que resulta em mudanças importantes e limitações severas na realização de Atividades Instrumentais e Básicas de Vida Diária (AVDs)^{4,5}. Portanto, cuidar de um membro da família doente configura uma responsabilidade e desafio de caráter multidimensional. Novas demandas sociais incluem a necessária adoção de recursos para lidar com a situação pela família afetada e impactada⁶.

Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer impactam as vidas dos cuidadores familiares e resultam em desgaste emocional, sofrimento, tristeza, esgotamento, situações estressantes e afetam a qualidade de vida⁷. Entretanto, distinções qualitativas em como e que extensão essas mudanças impactam e interferem na qualidade de vida do cuidador ainda não foram extensivamente estudadas.

A literatura publicada entre 2012 e 2014 nas bases PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde - BVS foi revisada e 154 artigos selecionados, com a finalidade de examinar e listar sintomas e mudanças comportamentais, em idosos com Doença de Alzheimer e experiências relacionadas dos cuidadores. A maioria dessas publicações com foco em reportar de uma a três mudanças relacionadas ao comportamento, e indicaram algum tipo de peso sobre os cuidadores, todavia não fizeram referência alguma a distinções quanto ao efeito resultante de interações. Portanto, por ocasião da realização do estudo todos os itens, ou mudanças ou aspectos de comportamento relacionados a pessoas com demência do tipo Alzheimer encontrados na literatura em saúde revisada, foram incluídos e elencados para assegurar abrangência. Um total de 26 alterações de comportamento, especificamente relacionadas a pessoas com Doença de Alzheimer foram identificados, compilados e então agrupados em domínios, para introduzir o escopo de mudanças

documentadas que podem afetar a experiência de cuidar. A partir das vozes nos dados dos cuidadores foram comparadas e contrastadas com os itens e aspectos listados na literatura, este artigo apresenta distinções dos tipos de alterações vivenciadas, com ênfase no imposto peso do cuidado na vida dos cuidadores.

MÉTODOS

Parte de uma tese de doutorado com o objetivo de aumentar o corpo de conhecimento sobre a Doença de Alzheimer e o peso da carga de cuidado sobre o cuidador, este recorte tem foco em mudanças chave de comportamento e distinções do impacto resultante. O estudo foi conduzido à luz do Interacionismo Simbólico (IS)⁸, baseado nas três premissas: o ser humano age em relação as coisas com base no significado que têm para ele; esses significados são resultantes da interpretação social individual estabelecida com outras pessoas; e tais significados são manipulados e modificados através de processo interpretativo utilizado pela pessoa para lidar com as situações e vivenciadas e objetos encontrados. Na perspectiva do IS e dentro do escopo do estudo em tela, o significado emerge a partir do processo de interação entre cuidadores participantes, pessoas com Doença de Alzheimer e o ambiente. Dessa forma, sob a luz do IS, o método mais adequado, selecionado para guiar a coleta, tratamento e processo de análise dos dados foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD)⁹, desenvolvida nos anos de 1960 por dois cientistas sociais norte americanos, Barney Glaser e Anselm Strauss.

Embora o termo "teoria" possa gerar algum tipo de equívoco inicial, a TFD é um método de pesquisa complexo, rigoroso e detalhista, no qual uma relação próxima e continua com os dados é mantida durante a coleta, análise e eventual teoria resultante. Traduzindo a realidade para além da reunião de uma série de conceitos baseados na experiência ou especulação, a característica chave na TFD são conceitos baseados nos dados, constante comparação e contraste, que proporcionam melhor compreensão e um guia sólido para ações e intervenções⁹ na prática clínica e social da enfermagem.

Os vinte e cinco participantes, cuidadores de pessoas idosas com Doença de Alzheimer, em atendimento ambulatorial no Centro de Doenças de Alzheimer e outras Desordens Mentais na Velhice, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CDA/IPUB/UFRJ). Os critérios de inclusão foram ser cuidador informal de uma pessoa idosa com provável diagnóstico de Doença de Alzheimer registrado no prontuário do cliente, verbalmente confirmado pelo participante. Cuidadores formais foram excluídos, assim como cuidadores com diagnóstico de depressão ou demência.

Cuidadores elegíveis que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma mantida pelo participante e outra pela pesquisadora principal, como parte do protocolo de pesquisa analisado e aprovado por dois Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs). O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis (HESFA) e o Comitê

de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), respectivamente, sob os protocolos nº 117/10 de 03/02/2011 e sob o relatório nº 75 - Liv.3-11 de 27/04/11.

Para construir uma base de dados nas vozes dos participantes sobre mudanças de comportamentos, entrevistas semiestruturadas foram gravadas em arquivos de áudio do tipo MP3, seguidos de transcrição imediata, conferência de fidelidade, numeração linha a linha e inicial codificação livre. Junto à análise simultânea, com constante comparação e contraste, a sensibilidade do pesquisador, a amostragem teórica da realidade empírica e menos indicativos foram essenciais em respaldar ondas mais avançadas do processo de codificação para assegurar densidade e desenvolvimento de conceitos^{9,10}.

A codificação avançada e análise em profundidade dos depoimentos dos participantes evidenciaram que a maioria das mudanças de comportamento listadas na literatura publicada eram robustas para o grupo entrevistado. Entretanto, andar vagando foi destacado como um comportamento chave não antecipado ou previsto. A interação intrínseca de mudanças de comportamento, em particular andar vagando e seu efeito nas vidas dos cuidadores trouxe compreensão mais refinada dos significados, distinções e deu origem a densa, categoria central "segurança comprometida".

RESULTADOS

Os 25 cuidadores de pessoa com Doença de Alzheimer eram em sua maioria mulheres (76%), casadas (52%), com filhos (68%), na faixa etária entre 50 e 60 anos de idade (48%), nível de escolaridade superior completo (52%), ocupação profissional com de média 8 horas de trabalho diário (52%), filhas (56%), religião católica (64%), residindo na mesma casa (64%), e vinham cuidando da pessoa com Doença de Alzheimer, em média, de 5 a 7 anos (28%).

O número de dias dedicados ao cuidado diário da pessoa com Doença de Alzheimer foi correspondente a 32% exclusivamente sete dias por semana; 24% de dois a quatro dias por semana e 8% até quatro dias por semana. Em distribuição das horas diárias de cuidado, 12% dedicavam até quatro horas; 8% de seis a oito horas; 4% até doze horas, e 12% não especificaram o número de horas dedicadas.

Segurança comprometida foi apontada como a principal preocupação e representou 23% das alterações de comportamento nas pessoas com Doença de Alzheimer. Reportada por 80% dos cuidadores, foi descrita através de relatos sobre episódios de contato com fogo, pelo risco de explosões e queimaduras, e andar vagando e sair desacompanhado, pelo risco de se perder, como ilustrado nos trechos aqui apresentados.

Segurança comprometida: contato com fogo, risco de explosão e queimaduras.

Segurança comprometida é descrita na forma composta com o risco, o contexto e o resultado, como ilustrado nos trechos de depoimentos codificados 7 e 20.

[...] Uma outra coisa é o fogo, nós até mesmo tiramos o fogão de lá, pois estávamos com medo dela sofrer queimaduras por deixar a panela no fogão, por esquecimento [...] uma vez ela saiu e deixou o leite para ferver [...] e o leite secou completamente. É perigoso. Então, estamos passando por uma situação bastante difícil [...]. (Código 7)

[...] Nós desconectamos o fogão, de forma que não tenha eletricidade, nem fósforos ou acendedor. O fogão é automático. (Código 7)

[...] Houve um dia que quando cheguei e vi, ela havia pegado a comida do cachorro, colocado na panela e fritado. Eu fiquei preocupada [...] ela não pode ficar sozinha [...] Eu poderia manda-la para uma casa de apoio, mas não vou fazer isso [...] Ela esqueceu o gás aberto e, desde então não deixamos que ela fique sozinha [...] se eu contrato um cuidador é porque eu preciso. (Código 20)

Segurança comprometida: fuga

Andar vagando foi descrita como a palavra emocional para "desaparecer", no contexto de quão perigoso a casa é, e o senso de responsabilidade em jogo, exemplificado nos relatos sob os códigos 8 e 13.

[...] Ela desapareceu duas vezes. Nós escondemos a chave de forma que ela não pudesse sair [...] Ela morava em uma casa de dois andares e se jogou da janela do segundo andar [...] ela precisa de alguém ao lado dela [...]. (Código 8)

[...] Porque me sinto responsável por ela. Se ela deixa a casa, fico aterrorizada [...]. (Código 13)

Segurança comprometida: saindo desacompanhado

Sair desacompanhado não é mais seguro. O antigo idoso e o atual eu assim como a razão das atuais necessidades de proteção são ilustradas nos recortes dos códigos 7, 13 e 17.

[...] Um carro já a atingiu no meio da rua, ela já havia atravessado a pista seletiva [...] minha irmã e eu soubemos do ocorrido. [...] Temos medo de que ela venha a sair e nunca mais volte. [Dizemos] a nossa mãe que "nossa preocupação principal é que você deve entender que precisamos cuidar de você, por onde anda, o que está fazendo." [...] Hoje em dia vejo minha mãe de uma forma diferente. Minha mãe, hoje, não é mais como antes (lágrimas). Ela não é mais assim, mais amigável. Hoje, não sei por que, mas ela tocou meus cabelos, arrumou-os, há vezes que, você sabe, ela cuida. (Código 7)

[...] Uma das razões porque eu fico com ela é devido ao fato de que ela já saiu antes e não soube como voltar. (Código 13)

[...] Ela precisa de alguém para sair com ela [...] é uma questão de atenção constante. O que mais me preocupa [...] é o fato de que ela precisa de alguém junto, para sair [...] nós mantemos a chave conosco. (Código 17)

Com o progresso da Doença de Alzheimer dentro do contexto da casa, interações dinâmicas entre os recursos, demandas de cuidado e atividades dos cuidadores participantes, são constantemente (co)modificadas; se desdobram em um crescente acúmulo de funções, responsabilidades e envolvimento do cuidador; e geram sobrecarga e fadiga. Os depoimentos indicaram que proteção e segurança são questões centrais quando comparadas e contrastadas em contexto das 12 demais áreas ou principais tipos de atividades desempenhadas pelo cuidador, agrupadas em alimentar, atividades domésticas, cuidado à saúde, estimulação social e atividades ao ar livre da pessoa com Doença de Alzheimer.

Tal distinção foi também evidenciada em números. Alterações de comportamento que comprometiam a segurança foram responsáveis por 50% dos relatos de alteração que, embora nem sempre prevista, amiúde configurou ser a de maior necessidade de cuidados e resultante em tensões, demandando constante supervisão e atenção do cuidador.

DISCUSSÃO

O cuidador responsável pelo cuidado de uma pessoa idosa com Doença de Alzheimer enfrenta demandas extensas em sua própria saúde física e mental, tempo pessoal e importantes mudanças no estilo de vida. Com o passar do tempo, à medida que as AVDs instrumentais e de sobrevivência da pessoa idosa se tornam comprometidas, a nova situação vivenciada assume demandas mais complexas sobre a pessoa que presta o cuidado integral. Dessa forma, uma vez que o modo de viver do cuidador é modificado com base nas necessidades da pessoa sendo cuidada¹¹, a dinâmica de funcionamento da dupla é afetada.

Mudanças na vida do cuidador pode se tornar um peso ou desafio de ordem multidimensional, que é físico, emocional, financeiro e que também interfere nos relacionamentos sociais e lazer^{12,13}. E, quando o cuidador assume a missão de cuidar do adulto idoso, sem tempo adequado de intervalo ou descanso, situações de desgaste e sobrecarga ocorrem frequentemente¹⁴.

Existe também uma relação direta entre a sobrecarga do cuidador e ser uma mulher cuidadora. As mulheres têm uma variedade de papéis sociais como o de mãe, esposa, dona de casa dentre outros, incluindo trabalho profissional e responsabilidades de cuidado de pais idosos¹⁵.

Questões relacionadas à segurança do idoso com Doença de Alzheimer demandaram cuidado e supervisão específicos pelos cuidadores participantes do estudo, resultando em sobrecarga de funções, sofrimento e sentimentos de preocupação e medo.

Em tais eventos, o cuidado proporcionado pelo cuidador resultou em demandas tais como o desenvolvimento de habilidades, estratégias e competências de forma a tornar possível administrar situações de constantes mudanças de um dia para o outro. Exemplos paradigma de estratégias listadas foram esconder as chaves de forma que a pessoa idosa não saia de casa; desconectar o fôlego da fonte de eletricidade; esconder

fósforos e acendedores; compartilhar o cuidado com outros membros da família e/ou um cuidador formal; institucionalizar a pessoa idosa em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos ou Asilo; conversar e convencer a pessoa idosa quanto a questões que envolvam riscos e assumir completamente o papel de cuidador com a função de supervisão constante, todas as atividades e papéis que, requerem (re)organização da rotina da casa para todos os membros da família residentes e visitantes.

As alterações relacionadas à segurança comprometida da pessoa idosa com Doença de Alzheimer demandaram do cuidador, estratégias protetoras com interações modificadas a partir de experiências vividas em fases anteriores da vida. Interações com consequências em repercussões emocionais para o cuidador, tais como mudanças relatadas no padrão de relacionamento entre o cuidador e a pessoa idosa. Os relatos dos cuidadores constantemente compararam e contrastaram o comportamento da pessoa idosa antes e depois da ocorrência da Doença de Alzheimer e a inversão de papéis, tais como pai/filha; esposo/esposa. Um cuidado que traz consigo desafio que, não são apenas de sobrecarga física, mas também afetiva. Em tal ambiente, o lidar do cuidador demandou e resultou em mobilização de recursos pessoais, intrínsecos intuitivamente desenhados dentro de sua própria, recém reinstalada dinâmica de cuidado.

A Doença de Alzheimer muda a forma de viver e de viver com, devido às necessárias, requeridas ou mesmo impostas adaptações objetivas em sua vida diária, com repercussões subjetivas de (re) organização.

Um estudo¹⁶ sobre o manejo de problemas de comportamento na Doença de Alzheimer indicou que intervenções farmacológicas e não farmacológicas são necessárias, considerando as pessoas envolvidas e os aspectos psicológicos, psicossociais e ambientais. A presença de sintomas neuropsiquiátricos e psicológicos podem expressar algum tipo de necessidade da pessoa, tais como dor, raiva, tristeza, ou até mesmo algum tipo de medo. A falta de habilidade das pessoas com Doença de Alzheimer em reconhecer ou expressar suas necessidades para seus cuidadores pode resultar em manifestações do tipo mudança de comportamento¹⁶.

Portanto, as enfermeiras que trabalham com essas pessoas em binômios, são demandadas a reconhecer e acolher as demandas específicas dos cuidadores, de forma a prover um cuidado de enfermagem informativo, educativo e personalizado que reconhece e dá conta também das reações de atitudes da pessoa com Doença de Alzheimer. É importante que a enfermeira habilidosamente domine técnicas de avaliação e verifique se mudanças específicas de comportamento da pessoa com Doença de Alzheimer está trazendo dor, sofrimento para o cuidador, com trabalho subsequente para identificar, classificar e avaliar estratégias em uso. A seguir, vem a demanda de aprender, personalizar e ensinar técnicas alternativas de intervenção e manejo baseadas nas necessidades de cuidado do binômio, trazidas pelo cuidador.

CONCLUSÃO

Questões de comportamento, que envolvem a Doença de Alzheimer, remetem à segurança e foram as de maior impacto na vida do cuidador. Elas foram trazidas em perspectiva como sobrecarga multidimensional e fadiga na vida do cuidador, em particular de ordem emocional e afetiva. À luz do Interacionismo Simbólico, a segurança comprometida do idoso com Doença de Alzheimer simbolizou para os cuidadores, memórias representativas, significativas e subjetivas, tecidas para e pela pessoa, intimamente relacionadas ao idoso com quem eles viviam e com quem vivem agora. O alcançar e atender de demandas expressas pelos cuidadores, requer dos profissionais de saúde o interpretar e reconhece-las como ferramentas mediadoras para nortear e mover ações do plano de cuidados de enfermagem, tomando o cuidador como protagonista que apresenta alta demanda de cuidados na vida e segurança da pessoa com Doença de Alzheimer residindo em casa.

A equipe composta pelo binômio pessoa idosa doente e cuidador demandam uma parceria apoiada de perto, pela enfermeira. Encontros profissionais devem ser guiados para apoiar, ouvir, informar, propor, planejar, monitorar e avaliar estratégias direcionadas a gerenciar o cuidado e as mudanças de comportamento da pessoa com Doença de Alzheimer, em particular aquelas envolvendo riscos à segurança.

Uma limitação do estudo foi a de não monitorar de forma longitudinal as mudanças de comportamento no idoso com Doença de Alzheimer em relação à segurança comprometida. Um monitoramento recomendado para estudos futuros, que permitiria verificação do potencial aumento ou decréscimo da sobrecarga do cuidador, em contexto à frequência e modo como mudanças podem ocorrer.

REFERÊNCIAS

1. Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes, R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciê. Saúde Coletiva*. 2013; 18(10): 2949-56.
2. Camarano AA, Kanso S. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Texto para Discussão nº 1426. Rio de Janeiro: Ipea, out 2009.
3. World Health Organization. Media Centre. Dementia cases set to triple by 2050 but still largely ignored. 2012 [citado 2014 ago.4]. Disponível em: <http://www.who.int>.
4. Aprahamian I, Martinelli JE, Yassuda MS. Doença de Alzheimer: revisão da epidemiologia e diagnóstico. *Rev Bras Clin Med*. 2009; 7: 27-35.
5. Almeida KS, Leite MT, Hildebrandt LM. Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão da literatura. *Rev Eletr Enferm*. [periódico na internet]. 2009; 11(2): 403-12. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/pdf/v11n2a23.pdf.
6. Paiva RS, Valadares GV. Vivenciando o conjunto de circunstâncias que influenciam na significação da alta hospitalar: estudo de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(2): 249-55.
7. Miranda AF, Silva J. Alterações de comportamento do idoso com doença de Alzheimer, reveladas pelo cuidador familiar: contribuições para a prática gerontológica. *J. res.: fundam. care*. 2010; 2 (Ed. Supl.): 186-9.
8. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective e method. Berkeley (USA): University of California. 1969.
9. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008.
10. Delgado MHL, Mendes MMR. O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro: construindo seu significado na perspectiva das enfermeiras assistenciais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17(3): 328-334.
11. Manoel MF, Decesaro MN, Teston EF, Marcon SS, Waidman MAP. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(2): 346-353.
12. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI, Toyoda CY. Life quality perception for the elderly with dementia and his/her caregiver: evaluation and correlation. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17(2): 187-93.
13. Moraes HCC, Soares AMG, Oliveira ARS, Carvalho CML, Silva MJ, Araújo TL. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(5): 944-53.
14. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(4): 587-94.
15. Gratão ACM, Vendruscolo TRP, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Santos JLFS, Rodrigues RAP. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012; 21(2): 304-12.
16. Gauthier S, Cummings J, Ballard C, Brodaty H, Grossberg G, Robert P, et al. Management of problems in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 2010; 22(3): 346-372.