

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES PARTICIPANTES DO PROJETO BEM VIVER COM ALZHEIMER

QUALITY OF LIFE ANALYSIS OF CAREGIVERS PARTICIPATING IN THE WELL LIVING WITH ALZHEIMER PROJECT

Franciele Gonçalves França, Carolini Domingos, Brenda Silvestre Rodrigues, Evelin

Vicente

130

RESUMO

O cuidador da pessoa com doença de Alzheimer (DA) é de fundamental importância, pois auxilia, diretamente, nas necessidades do paciente. O Projeto de Extensão Bem Viver com Alzheimer é voltado para dar atenção a estes cuidadores e familiares de pessoas com DA. O cuidador, geralmente, se depara com situações de estresse, por isso é crucial estar atento a sua qualidade de vida destes. **Objetivo:** Esse artigo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida dos cuidadores participantes do projeto Bem Viver com Alzheimer. **Procedimento metodológico:** Foi aplicado o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO) e o Questionário de estado de saúde (SF-36v2) em 22 cuidadores participantes do projeto com intuito de verificar a presença de disfunções musculoesqueléticas, depressão, intensidade dolorosa e qualidade de vidas dos mesmos. **Resultados:** Segundo o QNSO, as regiões que mais apresentaram disfunções no último ano foram: Parte inferior das costas, joelhos, pescoço e parte superior das costas. O SF-36v2 é dividido em 8 domínios, e a avaliação foi dada através de notas para cada domínio que poderiam variar de 0 a 100, o Estado Geral de Saúde foi o domínio mais afetado entre os cuidadores entrevistados. **Conclusão:** Podemos concluir com o presente estudo que a qualidade de vida (QV) dos cuidadores de idosos com DA avaliados mostrou-se alterada, chamando assim, cada vez mais a atenção para este público, que se dedica ao paciente com a DA.

Palavras-chave: Cuidador, Doença de Alzheimer, Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Introduction: The caregiver of the person with Alzheimer's disease (AD) is a is of fundamental importance as it directly assists in the patient's needs. The Well Living with Alzheimer, an extension project, is focused on giving attention to these caregivers and family members of people with AD. The caregiver, usually, comes across stressful situations, so it is crucial to be mindful of your quality of life. Aims: This article aimed to evaluate the quality of life of caregivers participating in the Well Living with Alzheimer Project. Methods: The Nordic Musculoskeletal Questionnaire was applied. (NMSQ) and the Health Status Questionnaire (SF-36v2) in 22 caregivers participating in the project to verify the presence of musculoskeletal disorders, depression, pain intensity and quality of life. Results: According to the NMSQ, the most dysfunctional regions in the past year were: Lower back, knees, neck, and upper back. SF-36v2 is divided into 8 domains, and the evaluation was given through scores for each domain that could vary from 0 to 100, the General State of Health was the most affected domain among the caregivers interviewed. Conclusion: We can conclude from the present study that the quality of life (QOL) of the caregivers of elderly patients with AD was altered, thus

drawing more and more attention to this public, which is dedicated to the patient with AD.

Keywords: Caregiver, Alzheimer's disease, Quality of life.

INTRODUÇÃO

A população idosa mostra-se cada dia maior e a expectativa de vida tende a crescer, estudos apontam que no ano de 2013 no Brasil existia em torno de 20 milhões de indivíduos acima de 60 anos (SANTOS; GUTIERREZ, 2013), porém, quanto maior a longevidade, maior a prevalência de certas doenças, um exemplo disso são as demências que vem aumentando ano após ano. Estudos apontam que de 6 a 10% da população acima de 60 anos e 20% da população acima de 80 anos podem vir a desenvolver algum tipo de demência (PEIXE, 2011; SILVA, 2018).

A Doença de Alzheimer (DA) foi descrita pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer em 1907, é uma patologia progressiva, irreversível que ocasiona perda de memória e distúrbios cognitivos. Pode ocorrer de maneira tardia por volta dos 60 anos de idade ou precoce por volta dos 40 anos de idade, sendo mais comum a DA de acometimento tardio, as duas formas pré-senil ou senil apresentam as mesmas alterações, mostrando que o conceito da doença é o mesmo independentemente da idade (GOMES, 2019).

O cuidador é a pessoa, cujo paciente passa a maior parte do tempo e que se torna responsável pelos cuidados com o mesmo, podendo ser um familiar ou um profissional, conforme a dependência do paciente aumenta a responsabilidade do cuidador também aumentara, gerando uma sobrecarga e estresse no mesmo, que muitas vezes não identifica esses sintomas em si mesmo, a longo prazo exercendo essa função podem apresentar quadros de agressividade, seguido por culpa e este misto de sentimentos confundem e prejudicam a qualidade de vida de ambos (PEIXE, 2011; CRUZ; PEREIRA, 2019).

O relacionamento com o cuidador e o ambiente em que o paciente se encontra interferem diretamente no comportamento do paciente, podendo inclusive piorar o quadro quando não se tem um ambiente e relacionamento agradável (CALDEIRAL; RIBEIRO, 2004).

O cuidador se torna uma segunda vítima da DA, por isso é importante uma rede de apoio. Muitas vezes as pessoas ao seu redor não reconhecem as necessidades

do mesmo, gerando um sentimento de vergonha em pedir ajuda, por isso é de extrema importância incentivar a capacitação dos familiares, pois compreender a doença e a importância do papel do cuidador facilitará o processo (LUZARDO et al., 2006; PEIXE, 2011; CRUZ; PEREIRA, 2019).

Esta pesquisa foi desenvolvida no Projeto Bem Viver com Alzheimer. Este projeto é voltado para dar atenção aos cuidadores e familiares de pessoas com DA, para que possam enfrentar a realidade desta patologia, promovendo ações que contemplem a multidimensionalidade na saúde com aspecto ampliado, visando minimizar os efeitos danosos desta patologia, sobre a qualidade de vida do cuidador, gerando assim interferências positivas no cuidador das pessoas com Doença de Alzheimer.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar a qualidade de vida dos cuidadores que participam do projeto Bem Viver com Alzheimer.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer (DA), foi descrita pelo neuropatologista alemão Alois Alzheimer em 1907, é uma patologia progressiva, irreversível que ocasiona perda de memória e distúrbios cognitivos. Pode ocorrer de maneira tardia por volta dos 60 anos de idade ou precoce por volta dos 40 anos de idade, sendo mais comum a DA de acometimento tardio (SMITH, 1999; LUZARDO et al., 2006).

É possível observar, no cérebro do paciente com DA, uma atrofia cortical difusa, um grande número das placas senis ou placas amiloides também é encontrado no paciente com DA devido ao acúmulo da proteína b-amilóide no meio extracelular afetando as sinapses. Já no meio intracelular há um acúmulo da proteína TAU, formando emaranhados neurofibrilares que dificultam o transporte de nutrientes para os neurônios, essas alterações levam a morte dos neurônios ocasionando a DA (SMITH, 1999).

Estudos neuropatológicos têm verificado que alterações patológicas encontradas na DA podem estar presentes em indivíduos assintomáticos. O diagnóstico de DA é

feito através da constatação de atrofia cortical, avaliação da história clínica do paciente e exames para descartar outras possíveis patologias (FROTA et al., 2011).

A DA está associada ao envelhecimento e tem evidências genéticas, porém não necessariamente hereditária, sendo importante se orientar sobre um rastreamento para se poder tomar medidas preventivas. É uma doença de etiologia desconhecida havendo apenas algumas especulações do motivo dela aparecer, algumas teorias sugerem que o nível intelectual avançado pode adiar o aparecimento dos sintomas (SMITH, 1999).

O tempo do aparecimento da doença até a sua evolução a incapacidade é muito relativo, sendo que cada paciente a desenvolve de uma maneira o quadro clínico, segundo Smith (1999) a expectativa de vida do paciente com Alzheimer pode diminuir até 50% e o curso da doença pode variar entre 5 a 10 anos.

Essa patologia é dividida em estágios que evoluem até a total dependência do paciente (NITRINI et al., 2005). Na fase inicial, o paciente apresenta perda da memória para fatos recentes o que muitas vezes atrapalha na percepção dos sintomas pelos familiares; já na fase intermediária, o paciente apresenta dificuldade de reconhecer pessoas, perda de peso, pois muitas vezes acaba esquecendo de se alimentar ou acredita já ter se alimentado, distúrbio de sono e fala repetidas, é nessa fase que muitos familiares percebem que há algo errado e conseguem diagnosticar a doença devido ao quadro clínico; na fase final, o paciente passa a apresentar dependência total, tendência a ficar na posição fetal e muitos apresentam-se agressivos (FROTA et al., 2011; LUZARDO et al., 2006; CALDEIRAL; RIBEIRO, 2004). Outra alteração comum nessa patologia é o paciente apresentar uma perda gradual da linguagem expressiva e compreensiva, afetando sua vida social devido a maior dificuldade em ter um diálogo, esquecendo muitas vezes termos simples ou não lembrando o que eles significam (FROTA et al., 2011).

Não existe tratamento específico e curativo, porém é de suma importância um acompanhamento e tratamento da mesma, pois há medicamentos que podem diminuir os danos causado por ela, exemplos disso são os medicamentos para diminuir a agressividade, psicose, delírios e alterações do sono. Existem também os medicamentos que atuam bloqueando a diminuição da acetilcolina no cérebro e assim melhorando a função cognitiva do mesmo. Tratando suas consequências é possível

melhorar a qualidade de vida do paciente com DA e até retardar certos sintomas (CALDEIRAL; RIBEIRO, 2004).

Cuidador

O cuidador pode ser primário ou secundário e é a pessoa cujo o paciente passa a maior parte do tempo e que se torna responsável pelos cuidados com o mesmo, podendo ser um familiar ou um profissional. Geralmente mesmo com um cuidador formal, que atenda o paciente à domicílio a família também estará suprindo certas necessidades do demenciado, sendo então denominado como cuidador informal (PEIXE, 2011).

O paciente com DA passa a ter mudanças de comportamento e personalidade, tornasse incapaz de exercer suas funções básicas e rotineira, além de perder o juízo crítico tem o comprometimento do julgamento social e com a progressão dos sintomas a família tende a se privar de sua vida social, devido a situações desagradáveis que podem ocorrer. Isso pode ser ainda pior quando todo o cuidado com o demenciado cai sobre uma única pessoa, com isso vem a privação e modificação no estilo de vida da família para incluir as novas necessidades do demenciado (CALDEIRA; RIBEIRO, 2004).

O cuidador deverá dar apoio psicológico ao paciente e suprir todas as suas necessidades, porém quando se é um familiar cuidando de um ente querido deve-se ter um cuidado em especial para não superproteger o idoso com DA, pois o mesmo precisa de autonomia para ter um bom prognóstico. Deve-se ter um equilíbrio, o paciente não deve exercer nenhuma função que comprometa sua integridade ou a do próximo, cabe ao cuidador garantir sua segurança física, mental e financeira, determinando quais funções ainda se adequam ao mesmo (PEIXE, 2011).

É visto um grande número de cuidadores que apresentam quadros depressivos devido à sobrecarga. Muitas vezes o cuidador está focado no paciente e não identifica os sintomas de estresse em si mesmo, alguns devidos a sobrecarga e ao longo tempo exercendo essa função, sem pausas para si apresentam quadros de agressividade, seguido por culpa, este misto de sentimentos confundem e prejudicam a qualidade de vida do cuidador (LUZARDO et al., 2006; PEIXE, 2011).

Segundo Caldeira e Ribeiro (2004), principalmente quando se trata de um cuidador familiar “o cuidador ficará vulnerável a doenças físicas, depressão, perda de peso, insônia, a abusar física e verbalmente do paciente, de álcool e de medicamentos psicotrópicos”, isso acontece como uma forma de defesa e é ocasionado devido fatores como a dificuldade em aceitar o diagnóstico, stress que tende a aumentar, conflitos que podem gerar no meio familiar, medo do futuro incerto causado pela doença, insônia, irritabilidade, sentimento de culpa, raiva que as vezes é do próprio paciente ou da doença por não ter uma cura (CALDEIRA; RIBEIRO, 2004, PEIXE, 2011).

Qualidade de Vida

O conceito qualidade de vida (QV) é geralmente ligado a saúde do indivíduo, porém devemos relacionar ao bem-estar, satisfação, felicidade, aspectos sociais, psicológicos e econômicos, sendo assim não apenas a saúde e sim um conjunto de fatores. Promoção e prevenção de saúde tem se desenvolvido ao longo dos anos como método para melhorar e incentivar a busca por uma melhor qualidade de vida (BUSS, 2000; PANZINI, 2017).

Com a rotina do paciente com DA, o cuidador diminui seu autocuidado reduzindo suas metas e objetivos, onde altera a sua percepção de qualidade de vida. Proporcionar ao cuidador conhecimento sobre a doença é proporcionar uma forma de incentivar a responsabilidade de si mesmo e resultar na melhor QV do paciente com a DA (PINTO et al., 2009).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta é uma pesquisa exploratória, transversal e quantitativa aplicada aos cuidadores participantes do projeto de extensão Bem Viver com Alzheimer, onde para identificar essas alterações foi aplicado em 22 cuidadores, do sexo feminino, o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO) e o Questionário de estado de saúde (SF-36v2). A pesquisa foi realizada no período de junho a setembro de 2019.

O QNSO se baseia em perguntas sobre dores osteomusculares, formigamentos e dormências, e se essas dores interferiram nas atividades de vida

diárias do entrevistado, já o SF-36v2 é composto por perguntas sobre como está a saúde do entrevistado, a forma que o mesmo se sente e sobre a capacidade de desempenhar as atividades de vida diária.

Os dados coletados foram organizados em planilhas e analisados pelo software IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Os dados foram expressos através de média e desvio padrão.

Esta pesquisa só teve início após submissão e aprovação pelo comitê de ética em pesquisa e humanos (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc sob parecer nº 3.422.663.

RESULTADOS

A pesquisa foi realizada com a colaboração de 22 cuidadores, porém 22 cuidadores responderam o instrumento de pesquisa QNSO e 20 cuidadores responderam o instrumento de pesquisa SF-36v2, totalizado um n diferente nos resultados.

Segundo o QNSO, as regiões que mais apresentaram disfunções no último ano foram: Parte inferior das costas, joelhos, pescoço e parte superior das costas, sendo que 12 (54,5%) cuidadores afirmaram ter sentido algum sintoma na parte inferior das costas, 10 (44,5%) alegaram sentir nos joelhos e 7 (31,8%) no pescoço e na parte superior das costas, em relação a se ausentar no trabalho e ser impedido de realizar alguma atividade tais como atividades doméstica e de lazer por decorrência destes sintomas quase que totalidade afirmou não ter tido necessidade em nenhuma das situações. Já em relação aos sintomas sentidos nos últimos 7 dias houve uma pequena mudança nas regiões mais afetadas, sendo que a parte inferior das costas continuou sendo a mais afetada onde 7 (31,8%) cuidadores afirmaram ainda ter dor nessa região, seguida pelos joelhos que continuou afetando 5 (22,7) cuidadores e a região de quadril e coxas entraram para a lista com 4 (18,2%) entrevistados alegando dor nessas regiões (Tabela 1).

Tabela 1. Resultados obtidos no QNSO aplicado aos cuidadores.

	n (%)		
	n = 22		
	A	B	C
Pescoço			
Sim	7 (31,8)	0 (0,0)	2 (9,1)
Não	15 (68,2)	22 (100,0)	20 (90,9)
Ombro			
Sim	6 (27,3)	0 (0,0)	2 (9,1)
Não	16 (72,7)	22 (100,0)	20 (90,9)
Parte superior das costas			
Sim	7 (31,8)	0 (0,0)	3 (13,6)
Não	15 (68,2)	22 (100,0)	19 (86,4)
Cotovelos			
Sim	4 (18,2)	0 (0,0)	2 (9,1)
Não	18 (81,8)	22 (100,0)	20 (90,9)
Punhos/Mãos			
Sim	6 (27,3)	0 (0,0)	3 (13,3)
Não	16 (72,7)	22 (100,0)	19 (86,4)
Parte inferior das costas			
Sim	12 (54,5)	0 (0,0)	7 (31,8)
Não	10 (45,7)	22 (100,0)	15 (68,2)
Quadril/Coxas			
Sim	6 (27,3)	0 (0,0)	4 (18,2)
Não	16 (72,7)	22 (100,0)	18 (81,8)
Joelhos			

Sim	10 (45,5)	3 (13,6)	5 (22,7)
Não	12 (54,5)	19 (86,4)	17 (77,3)
Tornozelos/Pés			
Sim	6 (27,3)	0 (0,0)	3 (13,6)
Não	16 (72,7)	22 (100,0)	19 (86,4)

A – Nos últimos 12 meses, você teve problema (como dor, formigamento/dormência). B - Nos últimos 12 meses, você foi impedido de realizar atividades normais (por exemplo: trabalho, atividades domésticas e de lazer) por causa desse problema. C - Nos últimos 7 dias você teve algum problema. Fonte: dados da pesquisa, 2019.

O SF-36v2 é dividido em 8 domínios, sendo eles: Capacidade Funcional, Limitação por aspectos físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. A avaliação foi dada através de notas para cada domínio que poderiam variar de 0 a 100, onde 0 (Zero) seria o caso mais extremo e 100 a melhor nota.

A média das notas de cada domínio foi: Capacidade Funcional: (87,00 ± 12,40), Limitação por Aspectos Físicos: (96,25 ± 9,16), Dor: (71,85 ± 24,19), Estado Geral de Saúde: (68,05 ± 20,35), Vitalidade: (70,00 ± 17,77), Aspectos Sociais: (78,60 ± 23,12), Aspectos Emocionais (83,25 ± 33,40) e Saúde Mental: (70,00 ± 23,59), apresentando assim, que o Estado Geral de Saúde é o domínio mais afetado entre os cuidadores entrevistados (Tabela 2).

Um achado importante foi a nota mínima de cada domínio, pois alguns participantes obtiveram, notas bem baixas, como por exemplo nos aspectos emocionais onde obtivemos resultados com a pontuação mínima (0) em mais de um questionário, e domínios como vitalidade, saúde mental, dor e estado geral de saúde obtiveram uma nota mínima inferior a 30, isso chama a atenção pois apesar de as médias dos mesmos serem relativamente boas os cuidadores que estão se sentindo afetados nesses domínios estão sendo muito prejudicados levando em consideração suas notas (Tabela 2).

Tabela 2. Resultado mínimo e média \pm desvio padrão a partir do QSF – 36v2 de cuidadores.

	n = 20	
	Mínimo	Média \pm Desvio Padrão
Capacidade Funcional	60	87,00 \pm 12,40
Limitação por aspectos físicos	75	96,25 \pm 9,16
Dor	30	71,85 \pm 24,19
Estado geral de saúde	30	68,05 \pm 20,35
Vitalidade	20	70,00 \pm 17,77
Aspectos sociais	37	78,60 \pm 23,12
Aspectos emocionais	0	83,25 \pm 33,40
Saúde mental	28	70,00 \pm 23,59

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

Segundo Inouye (2010), a qualidade de vida é uma percepção eminentemente humana que abarca diversos significados derivados de experiências, valores e conhecimentos individuais e coletivos. Atualmente, a definição mais divulgada e conhecida é a da Organização Mundial da Saúde (OMS) que a descreve como: "*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*".

Na análise dos resultados do presente estudo, foi constatado que a dor é algo que se faz presente no cotidiano de boa parte dos cuidadores, acompanhada de algumas disfunções osteomusculares de determinadas regiões corporais,

apresentando assim, variados sintomas. Sabemos que estes fatores estão diretamente ligados a qualidade de vida do cuidador.

Os distúrbios do sistema músculo esquelético no trabalho ocorrem, frequentemente, quando a demanda física do trabalho excede a capacidade física do trabalhador, e a diferença de massa muscular, composição corporal e tamanho das mulheres em relação aos homens, pode representar, para o gênero feminino, um fator de risco predisponente da sintomatologia dolorosa. Há também um desgaste adicional para a maioria das mulheres, pelo fato de permanecerem com a responsabilidade de cuidado com a casa e família. As queixas de dores músculo esqueléticas aumentam muitas vezes por causa da dupla jornada de trabalho à qual o trabalhador é submetido, exercendo atividades que exigem determinado esforço físico, em posturas inadequadas ou tarefas repetitivas que acarretam grande desgaste físico e mental, tendo seu rendimento prejudicado pela instauração do processo de fadiga muscular e mental (ALENCAR; SCHULTZE; SOUZA, 2010).

Dessa forma, fica evidente que o cuidador está em condições de sobrecarga de trabalho, o que contribui para adoecê-lo e para o desenvolvimento de situações de conflito entre o cuidador e o idoso dependente (ROCHA ET AL., 2008). Os cuidadores, ao se perceberem sobrecarregados, tendem a sentir maiores níveis de tensão e, conseqüentemente, passam a desempenhar suas funções além de suas capacidades, o que resulta numa situação de cuidado desequilibrada, normalmente acompanhada por resultados insatisfatórios (SAMPAIO et al., 2011).

A sobrecarga pode ser expressa por problemas físicos, como queixas somáticas múltiplas, entre elas, dor do tipo mecânico no aparelho locomotor, cefaleia tensional, astenia, fadiga crônica, alterações no ciclo sono-vigília, assim como problemas psíquicos, manifestados por desordens como a depressão, ansiedade e insônia, que constituem a via de expressão do desconforto emocional, levando assim a um déficit na qualidade de vida (GRATAO, 2012).

O presente estudo também traz como um resultado significativo a baixa avaliação dos aspectos gerais de saúde, que inclui principalmente, os aspectos emocionais dos cuidadores. Sabemos que o cuidador muitas vezes abdica de suas necessidades básicas para realizar seu trabalho, onde jornadas de trabalho longas ou pacientes totalmente dependentes podem gerar uma sobrecarga e uma alteração no seu modo de viver (CARDOSO et al., 2012). Relacionamos também o avanço da

doença, a baixa escolaridade do paciente com as maiores chances de sintomas psiquiátricos, onde com a rotina por atendimento psicológico ou psiquiátrico é baixa, gerando sintomas de esgotamento ou exaustão dos cuidadores (PINTO et al., 2009; GRATAO et al., 2012).

As sobrecargas físicas e psíquicas que os cuidadores de idosos com diagnóstico de demência estão expostos levam à má qualidade de vida desses indivíduos, com impacto negativo resultante da qualidade do próprio paciente. As consequências mais comuns do impacto de cuidar de um idoso com demência são os problemas sociais, piora da saúde física e psíquica, preditores para a institucionalização do indivíduo com demência já nos estágios iniciais (DE PAULA, 2008).

Conhecer a QV dos cuidadores e os fatores que a influenciam é imprescindível para planejar ações integrais em saúde que contemplem soluções para minimizar os efeitos danosos da sobrecarga de cuidado vivenciada por eles (BARBOSA, 2009).

CONCLUSÃO

Podemos concluir com o presente estudo que a QV dos cuidadores de idosos com DA avaliados mostrou-se alterada, chamando assim, cada vez mais a atenção para este público, que se dedica ao paciente com a DA.

Diante dos resultados, entendemos que o cuidador deve ser inserido no plano de assistência ao paciente com DA, uma vez que este cuidador também começa a apresentar alterações em vários aspectos de sua saúde. Uma atenção ao cuidador garante-lhe, não só uma melhor qualidade de vida, mas, sobretudo, ao paciente com DA.

Sabe-se que há uma necessidade de maiores abordagens sociais e profissionais aos cuidadores de pacientes com demências. E com isso, que hajam mais estudos relacionados a esse tema, principalmente em relação a abordagens terapêuticas para com o cuidador.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, DSMS; ARAÚJO, CGS. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. **Revista brasileira de medicina do esporte**, v. 6, n. 5, p. 194-203, 2000.

BARBOSA, DA et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paul Enferm**, 2009;22(5):652-7.

BUSS, P M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 163-177, 2000.

CALDEIRA, APS.; RIBEIRO, RCHM. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 2, p. 100-4, 2004.

CARDOSO, L et al. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 513-517, 2012.

CRUZ, KTA; PEREIRA, MMC. Os Desafios dos Cuidadores Familiares de Pacientes com Alzheimer. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, 2019, 2.5: 280-289.

DE ALENCAR, MCB; MONTREZOR, JB. Aspectos da organização do trabalho e os distúrbios osteomusculares: um estudo com trabalhadores em instituições de longa permanência de idosos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 1, p. 15-22, 2010.

DE PAULA, JA; ROQUE, FP; ARAÚJO, FS. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **J bras psiquiatr**, v. 57, n. 4, p. 283-287, 2008.

FROTA, NA; NITRINI, R; PEREIRA, BD; FORLENZA, O; DIASTOSTA, E; DA SILVA, AB.; HERRERA JUNIOR, E; MIKSIAN, RM. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. **Dementia & Neuropsychologia**, vol. 5, núm. 1, junho, 2011, pp. 5-10. Associação Neurologia Cognitiva e do Comportamento São Paulo, Brasil.

GOMES, LA; MORTARI, MR. **Avaliação da atividade antiamiloidogênica de peptídeos isolados da peçonha de vespas sociais em um modelo murino da doença de Alzheimer**. 2019. 80 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-graduação em Biologia Animal, Fundação Universidade de Brasília, 2019.

GRATAO, ACM et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 304-312, 2012.

INOUYE, K; PEDRAZZANI, ES; PAVARINI, SC. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 891-899, 2010.

LUZARDO, A; GARINII, MIPC; SILVA, APSS. **Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de**

neurogeriatria. 2006. Dissertação Pós-Graduação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RS).

NITRINI, R. et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. **Arq neuropsiquiatr**, v. 63, n. 3-A, p. 720-727, 2005.

PANZINI, RG. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de psiquiatria clínica. São Paulo. Vol. 34, supl1 (2007), p. 105-115.**, 2007.

PEIXE, AMP. **A Doença de Alzheimer: convivendo com esta enfermidade**. 1. ed. Florianópolis: DIOESC, 2011. 116 p. ISBN 9788564210271.

PINTO, MF et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta paulista de enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 652-657, 2009.

SANTOS; C F; GUTIERREZ; BA. O. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da doença de Alzheimer. **Rev. Mineira de Enf. Minas Gerais** v. 17, n. 4, p. 799-805, 2013.

SILVA, RRB et al. **Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com Alzheimer: uma revisão integrativa da literatura**. 2018. 16 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário Tabosa de Almeida, Caruaru, 2018.

SMITH, MAC. Doença de Alzheimer. **Revista Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 22, 1999.