

CENTRO UNIVERSITÁRIO ATENAS

BEATRIZ VELOSO LIMA

**AS IMPLICAÇÕES DO ATO DE CUIDAR:** impactos na saúde  
mental da família e do cuidador do paciente de Alzheimer

Paracatu

2020

BEATRIZ VELOSO LIMA

**AS IMPLICAÇÕES DO ATO DE CUIDAR:** impactos na saúde mental da família e do cuidador do paciente de Alzheimer

Monografia apresentada ao curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientador: Prof. Msc. Romério Ribeiro da Silva.

BEATRIZ VELOSO LIMA

**AS IMPLICAÇÕES DO ATO DE CUIDAR:** impactos na saúde mental da família e do cuidador do paciente de Alzheimer

Monografia apresentada ao curso de Psicologia do Centro Universitário Atenas, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social

Orientador: Prof. Msc. Romério Ribeiro da Silva.

Banca Examinadora:

Paracatu – MG, 31 de julho de 2020.

---

Prof. Msc. Romério Ribeiro da Silva.  
Centro Universitário Atenas

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Analice Aparecida dos Santos.  
Centro Universitário Atenas

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Ana Cecília Faria  
Centro Universitário Atenas

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus antes de tudo, pois desde o início dessa jornada até aqui foram muitos pequenos milagres diários.

À minha família, por toda compreensão, carinho, amor, cuidado e apoio destinados a mim em todos os momentos que eu precisei, eu agradeço e dedico este trabalho.

Aos meus amigos agradeço enormemente por me fornecerem sempre a presença carinhosa nos dias difíceis. Sobretudo agradeço às minhas melhores companheiras, Elaine e Joelma por cada minuto de tempo dedicado a mim, agradeço pelas risadas e lágrimas compartilhadas durante todo o decorrer do curso.

Agradeço ao meu professor orientador por toda a paciência e dedicação dispensados a mim na produção desse trabalho.

E por fim agradeço a todos os professores com quem tive o prazer de conviver ao longo da graduação e que da sua maneira contribuíram tão significativamente para a minha formação pessoal e profissional.

O sofrimento só é intolerável,  
quando ninguém cuida.

Saunders, 1991.

## RESUMO

A doença de Alzheimer (DA) é umas das formas mais de comuns de demência existentes no mundo e atualmente atinge grande parcela da população mundial acima dos 65 anos de idade, provocando prejuízos na cognição, perda da funcionalidade, prejuízos na vida social e em alguns casos pode levar o paciente à morte. As famílias que passam a conviver com um paciente de DA sofrem grandes alterações em sua rotina, com o diagnóstico surgem novas demandas provocando alterações na rotina do sistema familiar. O ato de cuidar em si requer responsabilidades e renúncias. Diante de tal cenário surge então a necessidade da intervenção psicológica no sistema familiar como uma ferramenta de alívio do estresse diminuição das ansiedades e resolução dos conflitos. Nesse sentido, a intervenção psicológica proporcionada pelo psicólogo se apresenta como uma grande aliada no enfrentamento da crise e no processo de reestruturação familiar, bem como no resgate da resiliência da família. Esse estudo tem por objetivo apresentar as dificuldades enfrentadas pelas famílias ao lidarem com um paciente de DA, e ainda trazer as possibilidades de atuação do psicólogo nesse contexto.

**Palavras-chave:** Doença de Alzheimer. Cuidador familiar. Intervenção psicológica.

## **ABSTRACT**

*Alzheimer's disease (AD) is one of the most common forms of dementia in the world and currently affects a large portion of the world population over 65 years of age, causing impairment in cognition, loss of functionality, impairment in social life and in some cases can lead the patient to death. Families that start to live with an AD patient suffer major changes in their routine, with the diagnosis new demands arise, causing changes in the routine of the family system, the act of caring itself requires responsibilities and resignations. Faced with such a scenario, the need for psychological intervention in the family system arises as a tool for stress relief, reducing anxieties and resolving conflicts. In this sense, the psychological intervention provided by the psychologist is presented as a great ally in facing the crisis and in the family restructuring process, as well as in rescuing the family's resilience. This study aims to present the difficulties faced by families when dealing with an AD patient, and also to bring the possibilities of the psychologist's performance in this context.*

**Keywords:** *Alzheimer's disease. Family caregiver. psychological intervention.*

## **LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

ABRATEF	Associação Brasileira de Terapia Familiar
ABRAZ	Associação Brasileira de Alzheimer
DA	Doença de Alzheimer
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	9
<b>1.1 PROBLEMA DE PESQUISA</b>	9
<b>1.2 HIPÓTESE DE PESQUISA</b>	10
<b>1.3 OBJETIVOS</b>	10
<b>1.3.1 OBJETIVO GERAL</b>	10
<b>1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	10
<b>1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO</b>	10
<b>1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO</b>	11
<b>1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO</b>	11
<b>2 A DOENÇA DE ALZHEIMER DA</b>	12
<b>2.1 O QUE É A DOENÇA DE ALZHEIMER</b>	12
<b>2.2 SINAIS E SINTOMAS</b>	12
<b>2.3 PÚBLICO MAIS ATINGIDO</b>	13
<b>2.4 FASES E PROGRESSÃO DA DOENÇA</b>	13
<b>3 O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER</b>	15
<b>3.1 A DOENÇA CRÔNICA</b>	15
<b>3.2 A FAMÍLIA E O DIAGNÓSTICO DE DA</b>	15
<b>3.3 O CUIDADOR FAMILIAR</b>	17
<b>4 A INTERVEÇÃO PSICOLÓGICA COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA</b>	21
<b>4.1 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE AO ADOECER</b>	21
<b>4.2 O FOCO NO CUIDADOR</b>	22
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	24
<b>REFERÊNCIAS</b>	25

## 1. INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) caracteriza-se como uma deterioração cognitiva com comprometimento progressivo da capacidade intelectual da pessoa acometida provocando perda de independência e autonomia, os idosos com mais de sessenta e cinco anos são os maiores atingidos por esse tipo de demência (TERRA *et al.* 2015). Os autores evidenciam ainda que os impactos causados pela DA na vida do idoso são avassaladores já que o comprometimento das funções cognitivas influencia diretamente na capacidade de execução das atividades de vida diária.

A medida em que a doença avança o paciente passa a manifestar sintomas comportamentais e neuropsiquiátricos, como hiperatividade, apatia, distúrbios alimentares e do sono e um aumento da agressividade. A evolução desses sintomas vai comprometendo gradualmente a realização das atividades de vida diária do idoso, fazendo com que aumente a sua dependência do cuidador. Esse fenômeno caracteriza um dos maiores desencadeadores de estresse no cuidador (BREMENKAMP *et al.*, 2014).

O enfrentamento do Alzheimer torna-se mais desafiador por tratar-se de uma doença crônica progressiva e fatal, a família passa então a lidar com muita angústia, medo de enfrentar a situação e inquietudes (OLIVEIRA, 2015). Conforme ainda cita a autora, por se tratar de um sistema de inter-relações, na medida em que um membro da família adoece todo o sistema vivencia os mesmos sentimentos de medo e incertezas.

Diante de tal perspectiva surge a necessidade do cuidado, já que a sobrecarga produzida pelo ato de cuidar gera muitos problemas, os cuidadores familiares experimentam uma baixa saúde emocional, vivenciando sentimentos como angústia, ansiedade e ressentimentos, acompanhando esses sintomas podem surgir também doenças físicas como a hipertensão arterial (LOPES & CACHIONE, 2013).

O terapeuta no enfrentamento da situação de estresse familiar poderá se estruturar por meio da psicoterapia utilizando-se de técnicas como a ludoterapia, por meio de entrevistas e a escuta psicológica da família sempre focando na descoberta e resolução dos conflitos, tais estratégias proporcionarão a melhora da comunicação no sistema familiar diminuindo a ansiedade e o estresse.

### 1.1. PROBLEMA DE PESQUISA

Qual o papel do psicólogo frente ao adoecimento mental da família e do cuidador do paciente com Alzheimer?

## **1.2 HIPÓTESE DE PESQUISA**

Os cuidados psicológicos são uma importante ferramenta de promoção da saúde mental podendo ser utilizados em diferentes situações de crises, conflitos e também como meio de crescimento pessoal. A atuação do psicólogo frente à família e o cuidador do paciente de Alzheimer deve estar voltada para a promoção da qualidade de vida oferecendo um cuidado humanizado para o cuidador juntamente com sua família, aliviando os sofrimentos, mediando a comunicação entre os membros da família, oferecendo suporte emocional e psicológico.

## **1.3 OBJETIVOS**

### **1.3.1 OBJETIVO GERAL**

Elucidar as possibilidades de atuação do psicólogo com o cuidador e a família do paciente de Alzheimer.

### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) conhecer a doença de Alzheimer;
- b) apresentar os impactos gerados com o diagnóstico da doença de Alzheimer sobre o paciente e a família;
- c) indicar quais as principais as possibilidades de atuação do psicólogo no enfrentamento das alterações no contexto familiar provocadas pelo adoecimento.

## **1.4 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

A Doença de Alzheimer (DA) é a responsável por mais da metade dos quadros de demência existentes, e provoca um declínio progressivo e global das funções cognitivas (FORLENZA, 2005). Sendo considerada a mais comum entre as demências, atinge mais as mulheres que os homens, tendo início dos sintomas por volta dos 45 anos de idade na maioria dos pacientes (MOURA, 2011).

O ato de cuidar em tempo integral gera uma sobrecarga de tarefas e de pressão emocional que pode levar o cuidador ao adoecimento (SCHNAIDER *et al*, 2009). A perda da memória faz com que o paciente não reconheça a sua família o que gera muita frustração, dedicar

todo o seu tempo a uma pessoa que passa a não os reconhecer, pode ser angustiante e desalentador.

Torna-se de suma importância a atuação do psicólogo com o familiar cuidador bem como no contexto familiar do paciente de DA, o apoio no enfrentamento das dificuldades na adaptação, as emoções que surgem, as alterações no estilo de vida tornam necessário a intervenção psicológica para auxiliar no enfrentamento do processo. Para isso poderá utilizar-se de estratégias como a psicoterapia individual e o atendimento em grupo.

## **1.5 METODOLOGIA DO ESTUDO**

O presente trabalho se classifica como explicativo, por ter como principal objetivo apresentar aspectos que aprofundam o conhecimento da realidade além de trazer explicações dos acontecimentos, fenômenos e razões das coisas (GIL, 2010).

Será realizada uma revisão bibliográfica, com base em artigos científicos publicados nos últimos 10 anos pesquisados no banco de dados do Google Acadêmico, Pepsic, Scielo, ABRAZ (Associação Brasileira de Alzheimer), Revista ABRATEF (Associação Brasileira de Terapia Familiar) e livros que abordam o tema.

## **1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO**

O presente trabalho apresenta 04 capítulos, o primeiro capítulo apresenta a introdução do trabalho e uma breve explanação do tema que será abordado, ele abarca também, o problema de pesquisa, a hipótese, os objetivos, a justificativa e a metodologia de estudo escolhida.

O segundo capítulo abordará a doença de Alzheimer, o que é a doença, sinais e sintomas, público-alvo mais acometido, fases e progressão da doença.

O capítulo três trata-se da exposição do processo de adoecimento na família, as mudanças trazidas com a nova realidade, dando foco principal à complexidade de receber o diagnóstico de DA.

O quarto capítulo disporá as principais possibilidades de atuação do psicólogo no enfrentamento do processo de adoecimento, explanando a importância do apoio psicológico nesse processo.

E por fim apresentará as conclusões alcançadas ao fim dessa pesquisa nas considerações finais.

## **2 A DOENÇA DE ALZHEIMER (DA)**

### **2.1 O QUE É A DOENÇA DE ALZHEIMER?**

O aumento da expectativa de vida da população é uma conquista da humanidade, segundo (SADOCK & RUIZ, 2011) essa conquista também traz um lado negativo, a prevalência das demências tem acompanhado esse crescimento, chegando aos 5% da população acima dos 65 anos de idade. Para (SADOCK & RUIZ, 2011), a demência trata-se de uma redução nas funções cognitivas, porém com clareza de consciência. Ainda segundo os autores não é definida por déficit intelectual ou retardo mental, ela afeta diversas competências cognitivas provocando danos no desempenho social e profissional.

De acordo com o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2013), os quadros de demência são classificados como transtornos neurocognitivos, e os critérios diagnósticos são fundamentados por confirmação de diminuição das funções cognitivas, devidamente comprovadas por avaliações padrões, sendo que, essa perda também causará dificuldades no cotidiano do indivíduo.

Dentre as demências mais comuns podemos destacar a Doença de Alzheimer, o Ministério da Saúde (2013), define a doença como um transtorno de ordem neurodegenerativo progressivo letal com quadros de degeneração das funções cognitivas e de memória, com prejuízos das atividades do dia-a-dia, além de sintomas neuropsiquiátricos e mudanças no comportamento.

A ABRAZ (Associação Brasileira de Alzheimer) classifica a DA como uma doença incurável e progressiva, que sofre agravamento com o tempo, mas, porém, tratável, e quanto mais cedo é a descoberta da enfermidade maior as chances de retardar o agravamento e de domínio dos sintomas.

### **2.2 SINAIS E SINTOMAS**

No Brasil, atualmente estima-se que a população com DA alcança a marca de aproximadamente 1,1 milhão de pessoas, ela se aloja de maneira silenciosa, podendo ser confundida com sinais característicos do envelhecimento, e vai se desenvolvendo lentamente (Ministério da Saúde, 2013).

Dentre os sintomas da DA, a ABRAZ destaca, a ocorrência de perdas na memória recente com eventos do tipo: esquecimento de compromissos, dificuldades de identificar situações de perigo, no planejamento e tomada de decisões, no reconhecimento de rostos ou de objetos,

comprometimento das atividades cotidianas como se vestir, além de dificuldades para encontrar as palavras, podendo até esquecer a forma como escrevê-las. Ainda nos sintomas comportamentais, (BREMENKAMP, *et al.*, 2014) descrevem hiperatividade com euforia, agitação, irritabilidade; psicoses, com a presença de alucinações, delírios e dificuldades para dormir, concomitantemente com sintomas afetivos e apatia. Os pacientes apresentam ainda sintomas neuropsiquiátricos (comportamentais e psicológicos), transtornos do pensamento, humor e comportamento, sendo encontrados em até 90% dos pacientes de DA, sofrendo variações de acordo com a gravidade da doença (BREMENKAMP *et al.* 2014).

Os sintomas supracitados provocam no paciente de DA, a perda da autonomia tornando-os assim, dependentes de seus cuidadores para a realização de atividades diárias, que na maioria dos casos são membros da família do paciente que convivem no mesmo domicílio (STORTI *et al.* 2016).

### **2.3 PÚBLICO MAIS ATINGIDO PELO ALZHEIMER**

Apesar dos avanços em relação à DA, sua causa ainda permanece desconhecida, podendo estar associada à fatores ambientais, tais como baixa escolaridade e um pequeno decréscimo cognitivo, algumas doenças também podem estar associadas ao desenvolvimento da DA, como a diabetes mellitus, hipertensão arterial, tabagismo, além de estar relacionada à maus hábitos de vida, por exemplo, a ausência de atividades físicas (TERRA *et al.*, 2015).

A DA apresenta dois fatores de risco básicos: idade e histórico familiar da doença, as chances de ocorrência aumentam de acordo com a recorrência em familiares de primeiro grau acometidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Dentre as formas de demência a DA figura entre as mais recorrentes nos países desenvolvidos, ela atinge cerca de 5% da população idosa com idades entre 65 a 74 anos, independentemente do nível socioeconômico, raça ou etnia, sendo mais comum entre as pessoas a partir dos 85 anos (LUCAS *et al.*, 2013).

### **2.4 FASES E PROGRESSÃO DA DOENÇA**

A DA tem diferentes estágios, sendo dividida em três fases principais nos quais os pacientes apresentam alguns sintomas específicos, Zidan et al (2012) demonstram que nos estágios iniciais os pacientes apresentam prejuízos na memória e dificuldades para agregar novas atividades, nesse estágio são visíveis as perdas cognitivas, como a capacidade de julgamento.

Podem apresentar dificuldades de orientação espacial, dificuldades de localizar lugares familiares, prejuízos na espontaneidade e capacidade de iniciativa, comportamento descuidado com relação à aparência e ao trabalho, dificuldades na tomada de decisões, ansiedade e agressividade (LUCAS *et al.*, 2013).

Na fase intermediária há a acentuação dos sintomas da fase anterior, onde os pacientes experimentam problemas de identificação de objetos e para encontrar palavras para descrever situações – afasia. Segundo Lucas *et al.* (2013), ocorrem eventos como a desorganização do pensamento, perdas na atenção e concentração, comportamentos exacerbados, como explosões de raiva, dificuldades na leitura, escrita, execução de cálculos, recorrência de choro, presença de ideias desconexas podendo ocorrer alucinações.

Nas fases terminais e mais agravadas da doença surgem sintomas psicóticos, os períodos de sono se tornam cada vez maiores, surgem distúrbios de marcha, esses sintomas estão diretamente relacionados a perda da memória que lentamente compromete as atividades de vida diária (ZIDAN, *et al.*, 2012). Para Terra *et al.* (2015), essa fase também conhecida como fase severa, traz um comprometimento rigoroso da memória atingindo inclusive a memória de longo prazo, a comunicação se torna difícil e por vezes, não verbal ocasionada pelas perdas na fala, dificuldades do controle do esfíncter, apatia, isolamento, dificuldades na alimentação provocada pela perda da capacidade de ingerir alimentos sólidos e em decorrência disso ocorre a perda de peso.

A progressão da DA provoca a incapacidade na realização das atividades de vida diária, devido ao comprometimento das funções cognitivas e motoras, tal desfecho acarretará na necessidade de maiores cuidados dispensados ao paciente, uma vez que os riscos de lesões, quedas e fraturas aumentam drasticamente (ZIDAN *et al.*, 2012).

Não existe cura para a DA e tão pouco tratamentos que consigam parar os efeitos da doença, porém novas pesquisas já trazem alternativas de intervenções cognitivas capazes de adiar os sintomas e como efeito disso produzem uma melhora significativa na qualidade de vida do doente e também de sua família (LUCAS *et al.*, 2013).

### **3 O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER**

#### **3.1 A DOENÇA CRÔNICA**

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde), são patologias com grandes intervalos de latência e que se manifestam por períodos prolongados, por esse motivo representam um grande risco para a população ao mesmo tempo em que é um problema para a saúde pública, dentre as doenças crônicas mais comuns estão as cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias como a asma, as desordens genéticas, doenças ósseas, oculares, auditivas, transtornos mentais e as doenças neurológicas (FILHA *et al.*, 2015).

As DCNT estão entre as principais causas de morte no mundo e atingem todas as faixas etárias trazendo sérios problemas, porém o público-alvo mais atingido é a população idosa, normalmente elas vêm acompanhadas de outras doenças em comorbidade, provocando declínio das capacidades físicas e mentais comprometendo a realização das atividades de vida diária bem como a qualidade de vida (LEITE *et al.*, 2015).

Sabe-se que as DCNT trazem dificuldades à vida do doente, mas dentre elas as doenças mentais são as que produzem os maiores impactos na qualidade de vida não apenas do doente como para a família (SILVA *et al.*, 2016). Por se tratar de uma condição que acompanhará o indivíduo pelo resto de sua vida, as DCNT causam angústias por produzirem a necessidade de readaptação de hábitos de vida. (TADDEO *et al.*, 2012).

A realidade do diagnóstico de uma doença crônica produz no sistema familiar um desequilíbrio, tal realidade implica na readaptação do comportamento dos membros para lidar com as exigências produzidas pela doença o que acarreta um estresse incomum (ARAÚJO *et. al*, 2013). Segundo Batista, Teodoro (2012), a família passa a enfrentar dificuldades com o processo do adoecimento de um membro e cada sistema encontrará uma forma de lidar com as mudanças de acordo com a construção de seus vínculos e, além disso, utilizarão de sua capacidade de resiliência e adaptação.

#### **3.2 A FAMÍLIA E O DIAGNÓSTICO DE DA**

O processo de adoecer representa entrar em contato com uma doença que sempre existiu apenas numa realidade distante, traz uma desestabilização da pessoa que a partir daquele momento passa a ser paciente (ANGERAMI, 2017). O autor salienta que, receber o diagnóstico

de doença crônica é algo impactante e assustador, traz na bagagem uma série de mudanças e limitações, além da exigência da aceitação de se tornar o “Ser Doente”.

Sobre a tarefa de dar um diagnóstico de doença crônica, Angerami (2017), ressalta que os fatos trazidos pelo médico ao paciente possivelmente irão mudar a sua forma de levar a vida, uma vez que o mesmo precisará lidar com as incapacidades progressivas da doença concomitantemente com a certeza de que nunca ficará curado.

O mesmo autor refere haver fases que acompanham tanto o paciente quanto a família no recebimento do diagnóstico de doença crônica, que no primeiro momento traz sentimentos de angústias, medo, choro e desespero, os estágios são: negação da doença, um sentimento de revolta e raiva por ter que viver com ela; a barganha que é uma tentativa de adiar a realidade do adoecimento por meio de promessas de bom comportamento, trata-se de um acordo que ocorre entre a família e o paciente; a depressão que é marcada por um sentimento de perda de tudo aquilo que é querido pelo paciente (a individualidade, independência, etc), enquanto a família experimenta o luto antecipatório, o medo de perder seu ente querido e a última fase que a aceitação da doença e a busca pela melhor maneira de conviver com ela.

A chegada do diagnóstico de DA traz consigo um emaranhado de sentimentos, angústias, medos e incertezas, além da necessidade de promover um cuidado especial ao doente e à medida que a doença evolui a família vai vivenciando mudanças em sua rotina e adaptando as modificações ao seu estilo de vida (ILHA *et al.*, 2016).

A família é considerada por muitos o esteio, o lugar onde se apoiar nas situações difíceis, nesse momento ela passa a protagonizar o papel de mecanismo de adaptação, cuidado e proteção do paciente de DA, assim, o enfrentamento da doença se torna uma missão. A contribuição familiar nesse contexto pode ser benéfica, mas também pode acarretar prejuízos (ANGERAMI, 2017).

A revelação de um diagnóstico de DA pode suscitar na família um estado de torpor chegando a desestabilizar todo o sistema (OLIVEIRA, 2015). Sobre isso, Angerami (2017) salienta que a família se submerge numa condição de acinesia que pode ser superada em um espaço de tempo moderadamente pequeno, porém em outros casos não ocorre da mesma forma.

Após o diagnóstico surge a necessidade do cuidado, e é quando é escolhido o cuidador familiar, a pessoa responsável por desempenhar o papel de mantenedor do bem estar do paciente, sobre isso, Mancini (2016) refere haver um problema: a sobrecarga que podem levar ao surgimento de novas patologias na família como o estresse crônico.

### 3.3 O CUIDADOR FAMILIAR

A prática de cuidar é muito antiga, desde a origem das civilizações já existia a atenção aos doentes, tal prática era uma forma de lidar com a ameaça iminente à continuidade da vida representada pelas doenças (ANGERAMI, 2017). A doença de Alzheimer como toda doença degenerativa progressiva, à medida que evolui trás junto consigo uma maior fragilidade para o paciente afetando a sua qualidade de vida. Tal realidade evidencia a necessidade da aplicação de cuidados em tempo integral, o que envolve toda a família, quanto maior o declínio de funções do doente maior o desgaste físico, financeiro e principalmente emocional do cuidador e do sistema familiar (FRATEZI & GUTIERREZ, 2011).

Lucas *et al* (2013) apontam que apesar do público mais atingido pela DA serem os idosos a doença pode ser categorizada como sendo uma doença social por causa do envolvimento familiar bem como também dos preconceitos causados pela falta de informação que podem levar ao isolamento da família.

Oliveira e Caldana (2012) afirmam que o ato de cuidar é uma experiência individual e varia de acordo com as etapas da doença, com as características do vínculo familiar e ainda, com a maneira que cada sistema familiar lida com a doença. Ainda segundo as autoras, o grande impacto emocional e socioeconômico produz na família exaustão e estresse, sobretudo para a pessoa que assume o papel de cuidador.

A família do na maioria das vezes se encarrega dos cuidados dispensados ao paciente, as pessoas designadas para tal função são chamadas de cuidadores informais, ou seja, desempenham um trabalho sem qualquer tipo de remuneração ou horários estabelecidos (TERRA *et al.*, 2015).

A escolha do cuidador dependerá de diversos fatores, tais como: gênero, idade, grau de parentesco, situação financeira, qualidade do vínculo com o paciente, disponibilidade, dentre outros. Além dessas circunstâncias poderão ser consideradas as questões culturais da família, como filhos serem responsáveis pelos cuidados dos seus pais e cônjuges pelos parceiros (FRATEZI & GUTIERREZ, 2011).

A função de cuidar de um idoso com demência produz no familiar logo de início um conflito decorrente do confronto com a perda da referência que o mesmo possuía do seu ente querido, uma vez que ele passa a se comportar de maneira cada vez mais distinta do que costumava ser, tais mudanças fazem com que o cuidador dispense uma atenção exacerbada ao doente o que acaba gerando a sobrecarga (FRATEZI & GUTIERREZ, 2011).

Sobre a sobrecarga vivenciada pelos cuidadores, Manzini et al (2016) pontuam que ela está relacionada a vários aspectos vivenciados pelo sujeito, dentre eles, questões financeiras, problemas emocionais, físicos e sociais uma vez que o responsável pela tarefa de cuidar se encarrega por todos os cuidados que deverão ser dispensados ao paciente.

A desafiante tarefa de assumir o papel de responsável pelo paciente demencial é mencionada pelo cuidador como sendo uma experiência desgastante e extenuante tanto pelos sentimentos envolvidos na relação quanto pela mudança de papéis representados por paciente e cuidador, a convivência que era antes pautada na troca torna-se regida pela dependência o que acarreta limitações à rotina do cuidador (LUCAS *et al.*, 2013).

Dourado (2009) identificou que o cuidador além de lidar com paciente e todas as suas implicações enfrenta também os sentimentos contraditórios dos demais membros da família, situações de julgamentos, incompreensões, medos e incertezas se misturam, em consequência disso a relação conjugal entra em declínio e somando-se à isso a comunicação com os filhos também sofre prejuízos.

Os sentimentos vivenciados pelo cuidador juntamente com a família variam de acordo com o papel do paciente nesse contexto, sendo ele um cônjuge, poderão surgir conflitos em relação ao próprio envelhecimento, situações não resolvidas poderão emergir trazendo consigo uma gama de lembranças e sentimentos com os quais o paciente não poderá tomar parte devido ao declínio da memória, em casos onde o paciente é pai/mãe do cuidador o desejo de cuidar rivaliza com o anseio pela fuga da responsabilidade por meio de uma institucionalização, tal conflito produz um sentimento de culpa. Os filhos poderão experimentar ainda uma ansiedade com relação ao temor de desenvolver a doença (DOURADO, 2009).

Seima *et al.* (2014) referem que um dos maiores fatores de desgaste dos cuidadores é o isolamento social, grande parte deles não conseguem conviver com um grupo de apoio, sendo suas relações majoritariamente vivenciadas pelas redes sociais, apesar de ser considerado um avanço tal forma de se conectar não supre as necessidades emocionais do indivíduo.

A rotina de cuidados produz nos cuidadores inquietações que trazem consigo prejuízos físicos, mentais e emocionais aos mesmos, esses fatores são desencadeados pelas mudanças da rotina como a perda da possibilidade de trabalhar e das atividades de lazer. O desdobramento necessário para realizar atividades diárias como dar banho, alimentar e locomover a pessoa cuidada (atendimentos médicos) demandam tempo e esforço físico fazendo com que os cuidadores se sintam cansados e estressados (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Outro fator gerador de desgaste nos cuidadores é a dificuldade financeira enfrentada, em muitos casos tal realidade impede que os cuidadores disponham muitas vezes de um veículo

próprio para locomoção própria e do paciente estando assim à mercê de terceiros e/ou do transporte público, pode-se acrescentar aqui também a impossibilidade de continuar realizando uma atividade remunerada e devido aos gastos extras a perda de reservas financeiras (Oliveira et al., 2012).

Apesar da capacidade de adaptação inata de todo ser humano é preciso ressaltar que cuidar de um paciente demencial pode acarretar desgastes na resiliência do indivíduo bem como de sua família -, a certeza de não haver cura, traz para o cuidador ansiedade em relação ao futuro e um sentimento de impotência (MANZINI *et al.*, 2016).

Sobre a sobrecarga dos cuidadores familiares, Neumann e Dias (2013) apresentam relatos que evidenciam que o processo de cuidar é marcado por conflitos que se iniciam desde a escolha do cuidador e acompanham a família durante todo o processo de adoecimento. Surgem questionamentos, sobretudo na pessoa que foi elencada como cuidador sobre a responsabilidade dos demais membros da família nos cuidados que deverão ser dispensados ao paciente.

Muitos são os fatores que são citados como adoecedores para os cuidadores, como a “perda” do paciente e a dificuldade de comunicação, sobretudo no que tange à expressão de afeto e reconhecimento do cuidador pelo paciente, os cuidadores relatam sentirem-se angustiados com a maneira que o paciente lida com o mundo, sem reconhecer as pessoas que estão à sua volta (NEUMANN & DIAS, 2013).

Ainda sobre as dificuldades de cuidar, Kucmanski *et al.* (2013) apontam nos seus estudos que os cuidadores em seu dia-a-dia lidam com situações conflituosas ao cuidar de um paciente de Alzheimer, tarefas simples como cuidar da higiene pessoal pode se tornar um grande problema, devido às reações do paciente que por vezes pode ser comparada à atitudes de uma criança.

A atenção demandada por um paciente de DA exige muita renúncia e paciência dos cuidadores, e é referida por muitos como sendo um desafio diário, pois a todo momento o cuidador precisará estar atento ao paciente para que este não se machuque, além disso, os cuidadores precisam ainda estar atentos às próprias reações diante das atitudes do paciente (KUCMANSKI *et al.*, 2013).

Outra grande dificuldade enfrentada pelos cuidadores e que pode acarretar num estresse crônico e numa possível sobrecarga é a pouca quantidade de informações que esse indivíduo detém sobre a doença, na maioria das vezes os cuidadores lidam com as demandas trazidas pela DA utilizando apenas informações encontradas nas mídias ou em relatos de terceiros (ALMEIDA; LANDIM & FRANCO, 2014).

Alguns cuidadores relatam que proporcionar o bem estar para o paciente traz um sentimento de contentamento, e essa sensação reduz as angústias produzidas pelas perdas em sua

rotina. Um dos fatores que contribuem para que os cuidadores desenvolvam resiliência diante do processo de cuidar é a religiosidade que é apontada por eles como sendo uma provedora de esperança (VIDIGAL *et al.*, 2014).

## **4 A INTERVEÇÃO PSICOLÓGICA COMO FERRAMENTA DE PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA**

### **4.1. A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE AO ADOECER**

A psicologia é uma ciência voltada para a atenção ao comportamento humano, suas interações e emoções, busca compreender o sofrimento dos indivíduos de forma a ajudar a pensar estratégias de enfrentamento da situação minimizando as angústias e promovendo saúde mental (ANGERAMI, 2017). Ainda segundo o autor, o psicólogo deverá pautar a sua atuação na construção de melhores condições de vida, fornecendo apoio psicológico e orientando a comunicação do paciente com a família.

A valorização do sistema familiar e o seu reconhecimento como espaço de desenvolvimento dos indivíduos sempre foi uma área de interesse da psicologia que permanentemente buscou entender as dinâmicas dessas relações (BAPTISTA & TEODORO, 2012). Sobre isso, os autores ressaltam que é no seio familiar que o indivíduo aprende a resolver conflitos através da comunicação, a demonstrar os seus sentimentos e a obter subsídios para manter sua saúde mental, por meio das experiências positivas e/ou negativas experimentadas pela família.

Segundo (TEODORO *et al.*, 2020), a família é o espaço para se desenvolver e obter proteção, tem o papel de afirmar o sentimento de pertencimento do indivíduo ao passo que também promove a individualização do mesmo, possibilitando nesse processo a construção da identidade.

As famílias frente ao adoecimento passam a lidar com uma situação inteiramente nova, assim sendo será necessário a mudança em seu contexto, essa é uma labuta diária com avanços e retrocessos que pode resultar na melhora da coesão do sistema familiar ou ainda em conflitos que aumentam a ansiedade e o sofrimento (BARROS; ANDRADE & SIQUEIRA, 2013).

Nesse sentido Angerami (2017) aponta que o psicólogo quando lida com o adoecimento, sobretudo o crônico deverá se atentar não somente ao paciente, mas atuará de forma humanizada e global envolvendo também os familiares considerando o ser em sua totalidade e permeado pelas interações do meio em que se insere.

A aceitação da doença e suas implicações na vida da família é um fator essencial tanto para o tratamento quanto para a reorganização do sistema familiar possibilitando a diminuição do sofrimento, daí caberá ao psicólogo fornecer subsídios para que a família vivencie o luto provocado pelas perdas trazidas pela doença. Para tanto o profissional deverá perceber a dinâmica das relações entre os membros da família de maneira a criar as melhores estratégias de enfrentamento da situação (BARROS; ANDRADE & SIQUEIRA, 2013).

E essencial que o psicólogo realize uma investigação para descobrir as adversidades enfrentadas pela família frente à doença, estando atento aos sintomas evidenciados em suas atitudes, e agir de maneira diligente para que a comunicação com a família ocorra de maneira assertiva e eficiente e com fácil compreensão (ANGERAMI, 2017).

Na perspectiva sistêmica da resiliência, os conflitos e as crises são vistos como trampolim para o desenvolvimento da família, esta sai da posição passiva e passa a protagonizar o seu crescimento a partir da identificação de suas potencialidades frente às adversidades (BAPTISTA & TEODORO, 2012).

Osório (2009) pontua que é necessário que tanto o psicólogo quanto a família repensem a maneira de olhar para o adoecimento, buscando compreendê-lo através da mudança das crenças, principalmente aquelas relacionadas ao conceito de família ideal. O autor reforça que esse olhar deverá partir da ideia de que a mesma possui recursos para se recuperar da situação em que se encontra.

Entre as competências do psicólogo junto à família figura a necessidade de promover a reestruturação emocional do sistema familiar através da construção de estratégias adequadas de enfrentamento do adoecimento, de forma que a família passe a agir positivamente também no tratamento do paciente, isso resultará na melhora coletiva da qualidade de vida (MONTEIRO & LANG, 2015).

Ainda sobre a atuação do psicólogo no contexto familiar frente ao adoecimento, caberá à ele intervir no contexto familiar tendo como um dos pontos chave, a diminuição do estresse vivenciado pelo cuidador, possibilitando que os demais membros do sistema visualizem os desafios enfrentados pelo cuidador em sua nova rotina (LUCAS & FREITAS MONTEIRO, 2013).

Sobre as estratégias que podem ser propostas pelo psicólogo junto à família, Angerami (2017) cita a importância da reestruturação dos vínculos entre o paciente e os demais membros do sistema, abrir um espaço de acolhimento das angústias e ansiedades dos membros da família, promover junto à família possibilidades de elaboração do luto pela doença e ainda atuar no desenvolvimento de um plano de comunicação e resolução de conflitos.

## **4.2 O FOCO NO CUIDADOR**

A doença de Alzheimer demanda uma alta gama de cuidados, levando o cuidador a vivenciar danos em sua saúde, perda da esperança e resiliência, tais prejuízos são atenuados quando este passa a contar com uma rede social de apoio, e nesse momento a família se mostra como a maior ferramenta de auxílio na situação (MANZINI *et al.*, 2016). Conforme Osório (2009),

o psicólogo baseará o seu trabalho auxiliando a família a construir alianças entre si, permeando a comunicação de forma a possibilitar ao sistema encontrar forças diante das dificuldades.

Dentre as atribuições do psicólogo no contexto do adoecimento por DA, se destaca a necessidade da atenção ao cuidador familiar, é necessário que ele encontre um espaço aberto, acolhedor e livre de julgamentos onde possa expressar suas angústias e tristezas frente ao ato de cuidar, o profissional fornecerá assim um suporte emocional e psicológico para esse indivíduo (MONTEIRO & LANG, 2015).

O processo de cuidar de um idoso adoecido é defrontar-se com o envelhecer de maneira não saudável, muitas famílias não buscam ajuda e decidem cuidar sozinhas da situação, tal postura evidencia ainda mais a necessidade da atuação do psicólogo nesse contexto, tornando imprescindível à atenção psicológica ao cuidador que na maioria das vezes é também um paciente, porém que não é olhado com o devido cuidado (SILVA & ARRAIS, 2015).

Conforme Monteiro e Lang (2015) o apoio psicológico diante da doença crônica não altera o seu curso progressivo, porém permite tanto ao paciente quanto ao cuidador recuperarem suas esperanças e vontade de lutar por uma qualidade de vida melhor. A possibilidade de poder expressar seus sentimentos, medos e angústias trazem para esses indivíduos a sensação de amparo e segurança.

O isolamento social é um dos aspectos que mais produzem ansiedade nos cuidadores, a perda do emprego vem acompanhada da diminuição da renda e da necessidade de renúncia às atividades de lazer, nesse âmbito concerne ao psicólogo atuar junto ao cuidador incentivando-o a manter sua rede social e o maior número de atividades quanto forem possíveis dentro de sua realidade. Isso contribuirá para o resguardo da subjetividade do mesmo (Silva; Arrais, 2015). O apoio social e familiar contribui significativamente nos processos psicoterápicos, tendo uma ação positiva no enfrentamento de problemas (BAPTISTA & TEODORO, 2012).

Os cuidados e a atenção psicológica voltada para o familiar cuidador são necessários e devem ser garantidos, é importante voltar o olhar para aqueles que cuidam em tempo integral e que abrem mão da própria individualidade na execução desse papel, portanto, caberá ao psicólogo ser o elo entre o paciente, o cuidador e a família.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência psicológica é uma grande aliada na compreensão do comportamento e das emoções humanas, busca proporcionar aos indivíduos subsídios para solucionar seus conflitos, angústias e ansiedades promovendo a melhora da qualidade de vida. Por meio da psicoterapia o psicólogo contribuirá na descoberta do problema através dos sintomas e a partir daí estabelecerá a sua intervenção.

O manejo de uma situação inesperada e fora de controle como o diagnóstico de uma doença crônica demencial traz consigo perturbações que vão muito além das preocupações com a própria doença em si, surgem inquietudes sobre a perda gradual da pessoa acometida, além da impactante realidade de se defrontar diariamente com a aproximação da morte de um ente querido.

A atuação do profissional de psicologia no enfrentamento de situações onde há o adoecimento mental da família ocasionado por uma doença crônica degenerativa como o Alzheimer revela-se extremamente necessária e é uma das ferramentas que possibilitam à família acessar estratégias para melhor conviver com a doença.

O processo de adoecimento não é apenas de um indivíduo, mas abrange todo o sistema familiar, todos os membros passam a lidar com as demandas trazidas pela doença. Nesse sentido o psicólogo torna-se o elo de comunicação do sistema e deverá criar oportunidades de fala e de escuta para a família, ajudando na compreensão do processo de adoecer e dos sentimentos evocados em cada integrante do sistema familiar.

O profissional deverá tomar conhecimento sobre a doença enfrentada pela família e das alterações provocadas pela mesma, visando ter a melhor compreensão possível das consequências emocionais experimentadas pela família. Dessa forma, o terapeuta precisará levar em consideração fatores como os prejuízos na vida social e financeira da família.

Portanto, a atuação do psicólogo nesse contexto permitirá que toda a família compartilhe os sentimentos que anteriormente eram destinados apenas ao cuidador, tornando possível que o mesmo possa expressar suas angústias, medos e limitações. Através da reflexão sobre as diversas demandas e sentimentos ocasionados pelo adoecimento, a família poderá identificar estratégias para solucionar a crise.

Além disso, a intervenção psicológica retomarà na família adoecida a esperança e a resiliência para continuar lidando com a doença, resgatando a essência do sistema familiar modificada pelo adoecimento, tais constatações evidenciam a importância e eficácia da atuação do psicólogo nesse contexto.

## REFERÊNCIAS

- ABRAZ. **O que é o Alzheimer.** Disponível em: <<http://abraz.org.br/web/sobre-alzheimer/o-que-e-alzheimer/>>. Acesso em 28 fev. 2020.
- ANGERAMI, Valdemar Augusto. **E a Psicologia entrou no Hospital.** 1. ed. Belo Horizonte: Artesã, 2017.
- ARAÚJO, Y. B. *et al.* **Fragilidade da rede social de famílias de crianças com doença crônica.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000500006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000500006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- BAPTISTA, Makilim Nunes. TEODORO, Maycoln L. M. **Psicologia de Família.** 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- BREMENKAMP, M. G. *et al.* **Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00763.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2020.
- DOURADO, Márcia Limeira. **A Doença de Alzheimer, O Cuidador e as Relações Familiares: Aspectos Sociais e Emocionais.** Disponível em: <<https://psicologado.com.br/neuropsicologia/a-doenca-de-alzheimer-o-cuidador-e-as-relacoes-familiares-aspectos-sociais-e-emocionais?highlight=WyJhbHpoZWltZXliXQ==>>. Acesso em 15 mar. 2020.
- FILHA, M. M. T. *et al.* **Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação da saúde: pesquisa nacional de saúde, 2013.** Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2015.v18suppl2/83-96/pt>>. Acesso em 15 mar. 2020.
- FORLENZA, O.V. **Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer.** Revista de Pediatria Clínica: 2005. p. 137-148.
- FRATEZI, Flávia Renata. GUTIERREZ, Beatriz A. **O Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/23.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- ILHA, S. *et al.* **Doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado.** Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1277/127744318019.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- LEITE, M.T. *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis em idosos: saberes e ações de agentes comunitários de saúde.** Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750946007.pdf>>. Acesso em: 15 de mar. 2020.
- LOPES, Laís de Oliveira. CACHIONE, Meire. **Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional.** Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n3/v16n3a04.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

LUCAS, C. O. et al. **A doença de Alzheimer: características, sintomas e intervenções.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000500006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000500006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 mar. 2020.

MANZINI, C. S. S. et al. **Fatores associados à resiliência de cuidador familiar de pessoa com demência: revisão sistemática.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000400703&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000400703&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 15 mar. 2020.

OLIVEIRA, Ana Paula Pessoa. CALDANA, Regina Helena Lima. **As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-02012000300013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-02012000300013&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 15 mar. 2020.

OLIVEIRA, Andreza Mota de. **Reconfigurações familiares no contexto do adoecimento.** Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0973.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2020.

OLIVEIRA, W. T. **Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente.** Disponível em: <<file:///C:/Users/J%C3%BAlio%20Monteiro/Downloads/18869-Texto%20do%20artigo-76878-1-10-20121024.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

OSÓRIO, Luiz Carlos. Valle, Maria Elizabeth P. do. **Manual de Terapia Familiar.** 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

Psiquiatria, Associação Americana de. **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - DSM-5.** 5. ed. Washington: Artmed, 2013.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A.; RUIZ, PEDRO. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Saúde, Ministério Da. **Protocolos Clínicos e diretrizes terapêuticas/ Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde.** 2ª Ed.: Brasília, 2013.

SEIMA, M. D. et al. **Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0233.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

SILVA, A. R. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos.** Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Eduardo\\_Nogueira/publication/316738701\\_Non-communicable\\_chronic\\_diseases\\_and\\_sociodemographic\\_factors\\_associated\\_with\\_symptoms\\_of\\_pdf](https://www.researchgate.net/profile/Eduardo_Nogueira/publication/316738701_Non-communicable_chronic_diseases_and_sociodemographic_factors_associated_with_symptoms_of_pdf)> Acesso em: 15 de mar. De 2020.

STORTI, L. B. et al. **Sintomas neuropsiquiátricos do idoso com doença de Alzheimer e o desgaste do cuidador familiar.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02751.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02751.pdf)>. Acesso em 15 mar. 2020.

SCHNAIDER, T. B., Silva, J.V. & Pereira, M. A. R. **Cuidador familiar do paciente com afecção neurológica.** Saúde e Sociedade, 2009. p.284-292.

TADDEO, P. S. *et al.* **Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas.** Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n11/2923-2930/pt>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

TEODORO, M.L.M *et al.* **Psicologia de Família: teoria, avaliação e intervenção.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2020.

TERRA, N. *et al.* **Cuidando do seu idoso.** Disponível em:<<https://books.google.com.br/books?h>>. Acesso em 15 de mar. 2020.

VERAS, Renato Peixoto. OLIVEIRA, Martha. **Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado.** Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1929-1936/pt>>. Acesso em 15 mar. 2020.

ZIDAN, M. *et al.* **Alterações motoras e funcionais em diferentes estágios da doença de Alzheimer.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832012000500003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000500003)>. Acesso em 15 mar. 2020.