

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE – FARN**

ELISABETH CREPALDI

**CARACTERIZAÇÃO DE CUIDADORES DE PACIENTES COM
DOENÇA DE ALZHEIMER**

NATAL/RN

2009

ELISABETH CREPALDI

CARACTERIZAÇÃO DE CUIDADORES DE PACIENTES COM DOENÇA DE
ALZHEIMER

Trabalho apresentado como requisito
parcial para obtenção do grau de
nutricionista da Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte –
FARN.

Orientadora: Vanessa Teixeira de
Lima Oliveira (Ms.)

NATAL/RN

2009

ELISABETH CREPALDI

CARACTERIZAÇÃO DE CUIDADORES DE PACIENTES COM DOENÇA DE
ALZHEIMER

Data de Aprovação: 08 de Dezembro de 2009

Banca Examinadora:

Prof^a. Ms. Vanessa Teixeira de Lima Oliveira

Orientadora

Prof^a Elaine Maria de Almeida Vasconcelos Fonseca

Membro

Prof^a Carina Leite de Araújo

Membro

Dedico esta monografia a minha família, pela fé e confiança demonstrada. Aos meus amigos pelo apoio incondicional. Aos professores pelo simples fato de estarem dispostos a ensinar. A minha orientadora pela paciência demonstrada no decorrer do trabalho, enfim a todos que de alguma forma tornaram este caminho mais fácil de ser percorrido.

Ao meu inesquecível e querido pai, Sr. José Crepaldi (in memoriam), que tão recentemente partiu, deixando um vazio enorme em nossas vidas. Foi um exemplo de filho, irmão, esposo, pai, avô, bisavô e amigo, pessoa de grande importância em minha formação. Não teremos a oportunidade de viver juntos este momento, mas sentirei sua presença em cada emoção dessa vitória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de estar realizando este trabalho. A minha família e amigos, pelo incentivo e colaboração, principalmente nos momentos de dificuldade. Aos Professores, especialmente a Prof^a Vanessa Teixeira minha orientadora, que com tanta presteza colaborou neste trabalho de conclusão de curso. Agradeço aos meus colegas pelas palavras amigas nas horas difíceis, pelo auxílio nos trabalhos e dificuldades e principalmente por estarem comigo nesta caminhada tornando-a mais fácil e agradável.

RESUMO

A doença de Alzheimer (DA) é uma das várias formas de demências que causam deterioração das funções mentais e do comportamento, levando a alterações progressivas da memória, tornando o indivíduo progressivamente dependente. Esse fato vem se configurando como um importante problema de saúde pública, especialmente pelo impacto que gera no domínio familiar, no qual a tarefa de cuidar de um idoso com doença de Alzheimer exige do cuidador dedicação praticamente exclusiva, fazendo com que ele deixe suas atividades, em prol dos cuidados dispensados. O estudo teve por objetivo caracterizar um grupo de cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer quanto aos aspectos sociais, econômicos e nutricionais. A amostra (n=20) foi delineada por conveniência, sendo utilizada a técnica de aplicação de questionário, identificando o grau de motivação, perfil socioeconômico e conhecimento quanto à prática da alimentação saudável para portadores da Doença de Alzheimer. Houve prevalência de indivíduos do gênero feminino (100%), a maioria são filhas e esposas (85%) com mais de 50 anos (75%). Quanto à escolaridade do cuidador, foi observado que 45% possuíam nível médio, 10% ensino fundamental, 35% graduação e 10% pós-graduação. Boa parte da renda familiar (50%) está compreendida entre 6 a 10 salários mínimos. A maioria dos cuidadores (46%) cuida desses pacientes porque gosta da pessoa que cuida, sendo que 74% sentem-se satisfeitos por prestar este serviço. Na prática da alimentação saudável, 73% oferecem cereais integrais diariamente. Com relação às frutas, 100% oferecem diariamente. No que se refere ao consumo de hortaliças, 84% oferecem diariamente. Para a oferta de leguminosas, 88% oferecem diariamente. Quanto ao consumo de carne vermelha, 56% oferecem três vezes por semana. Com relação ao consumo de peixes, 50% oferecem duas vezes por semana. No que se refere ao consumo de aves e ovos, 50% oferecem duas vezes por semana. Para a oferta de leite, 95% oferecem diariamente. Quanto à oferta de queijos, iogurtes e leite fermentado, 76% oferecem diariamente. Quanto ao consumo de frituras, 57% oferecem uma vez por semana. Com relação ao azeite, 64% oferecem diariamente. No que se refere ao consumo de margarinas/manteigas, 85% oferecem diariamente. Para a oferta de sobremesas com doces, 42% oferecem diariamente. Diante dos resultados obtidos, conclui-se que a responsabilidade de cuidar, na maioria das vezes, recai sobre as mulheres de idade mais avançada. A motivação de cuidar surge pela afetividade e apesar da complexidade do ato, a maioria sente-se satisfeita por poder ajudar aquele que ama. Quanto à alimentação, percebe-se que a maioria tem um bom conhecimento sobre assunto. Atribui-se esse fato a elevada escolaridade do grupo. Diante disso, verificou-se ainda, a importância do grupo no qual acontecem trocas de informações, o que possivelmente motiva ainda mais esses cuidadores refletindo na melhor assistência ao portador da Doença de Alzheimer.

Palavras-Chave: Envelhecimento. Demência. Alzheimer. Cuidadores.

ABSTRACT

Alzheimer's disease (AD) is one of several forms of dementia that cause deterioration of mental functions and behavior, with progressive changes in memory, making the patient increasingly dependent. This fact has configuring as a major public health problem, especially the impact it creates in the family area, The task of caring for an elderly person with Alzheimer's caregiver requires almost exclusive dedication. The study aimed to characterize a group of caregivers of patients with Alzheimer's disease and the social, economic and nutritional. The sample (n = 20) was designed for convenience and used the technique of questionnaires, identifying the degree of motivation, socioeconomic profile and knowledge about the practice of healthy eating for people with Alzheimer's disease. The prevalence of female gender (100%), most are daughters and wives (85%), with more than 50 years (75%). The caregiver's schooling, it was observed that 45% had average, 10% elementary, 35% graduate and 10% graduate. Much of the family income (50%) is between 6 and 10 minimum wages. Most caregivers (46%) takes care of these patients because they like the person who cares, and 74% feel happy to provide this service. 73% offer whole grains daily. 100% offer fruits daily., 84% offer vegetables daily. 88% offer other like, beans, peãs, soy... daily. 56% offer red meat three times a week. 50% offer fish twice a week. 50% offer chicken and eggs twice a week. 95% offer Milk daily. 76% offer cheese,yoghurt and fermented milk daily. 57% offer fries once a week. 64% offer olive-oil daily. 85% offer butter daily.42% offer desserts and candies daily. Considering the results obtained, it appears that the responsibility of caring for the most part, is of on women in older age. The motivation to care of comes despite the complexity of the act, the majority are pleased to help those they loves. Regarding food, it is noticed that most have a good knowledge about the subject. Attributed to the fact that the high school group. Given this, there was also the importance of the group which is the exchange of information, which might motivate further reflected in these caregivers better care for the patient of Alzheimer's disease.

Key Words: Aging. Dementia. Alzheimer. Caregivers.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Caracterização da clientela segundo a idade.....	19
GRÁFICO 2: Caracterização da clientela segundo grau de escolaridade	20
GRÁFICO 3: Caracterização da clientela segundo renda bruta mensal da família.....	21
GRÁFICO 4: Caracterização da clientela segundo tipo de habitação	22
GRÁFICO 5: Caracterização da clientela segundo tempo que cuida do portador de Alzheimer	23
GRÁFICO 6: Caracterização da clientela segundo grau de parentesco.....	24
GRÁFICO 7: Caracterização da clientela segundo a forma de encarar a doença.....	25
GRÁFICO 8: Caracterização da clientela segundo as expectativas do cuidador para sua própria vida	26
GRÁFICO 9: Caracterização da clientela segundo a forma como o cuidador se sente tendo que cuidar do portador	27
GRÁFICO 10: Caracterização da clientela segundo o que mais incomoda no dia-a-dia.....	28
Gráfico 11: Frequência percentual da oferta de alimentos de origem vegetal ao portador de doença de Alzheimer.....	30
Gráfico 12: Frequência percentual da oferta de alimentos de origem animal ao portador de doença de Alzheimer.....	31
Gráfico 13: Frequência percentual da oferta de alimentos do grupo das gorduras e açúcares simples ao portador de doença de Alzheimer.....	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 GERAL.....	11
2.2 ESPECÍFICOS.....	11
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
3.1 DOENÇA ALZHEIMER.....	12
3.1.1 Conceito e Causas.....	12
3.1.2 Epidemiologia.....	13
3.1.3 Fatores de Risco e Estado Nutricional.....	14
3.2 CUIDADOR.....	15
4 METODOLOGIA.....	17
4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PESQUISA.....	17
4.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	17
4.3 ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	18
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA QUANTO AOS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS.....	19
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA QUANTO AO GRAU DE MOTIVAÇÃO E AS DIFICULDADES EM SER CUIDADOR.....	25
5.3 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA QUANTO AO GRAU DE CONHECIMENTO NA PRÁTICA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	29
6 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) é apenas uma das várias formas de demências, que causam deterioração das funções mentais e do comportamento, levando a alterações progressivas da memória, do julgamento e do raciocínio intelectual, tornando o indivíduo progressivamente cada vez mais dependente, ou seja, necessitando da ajuda de outra pessoa para sua própria sobrevivência (CANINEU, 2002).

Quanto ao curso clínico, apresenta-se com início insidioso e deterioração progressiva. O prejuízo de memória é o evento clínico de maior magnitude. Nos estágios iniciais, geralmente encontra-se perda de memória episódica e dificuldades na aquisição de novas habilidades, evoluindo gradualmente com prejuízos em outras funções cognitivas, tais como julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e habilidades visuo-espaciais. Nos estágios intermediários, pode ocorrer afasia fluente, apresentando-se como dificuldade para nomear objetos ou para escolher a palavra adequada para expressar uma idéia, e também apraxia. Nos estágios terminais, encontram-se marcantes alterações do ciclo sono-vigília; alterações comportamentais, como irritabilidade e agressividade; sintomas psicóticos; incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados pessoais (GALLUCCI et al, 2005).

Na década de 1960, com o advento da microscopia eletrônica, foi possível descrever as duas principais lesões cerebrais encontradas nos pacientes com DA: (1) placas neuríticas (ou senis), que contêm depósitos extracelulares de proteína amilóide e (2) um emaranhado neurofibrilar localizado normalmente no citoplasma perinuclear e composto de proteínas Tau hiperfosforiladas. Essas lesões clássicas podem ocorrer de maneira independente e, até hoje, não há um consenso se as mesmas seriam causas ou conseqüências do desenvolvimento da DA (FRIDMAN et al, 2008).

Nesse contexto, emerge a DA como uma das formas mais freqüentes de demência entre as pessoas a partir dos 65 anos de idade nos países ocidentais, atingindo um percentual de 50% a 60% das demências. Este fato vem se configurando como importante problema de saúde pública,

especialmente pelo impacto que gera no domínio da família, nos serviços públicos de saúde e na sociedade como um todo. Estima-se que, no mundo, aproximadamente 15 milhões de pessoas sofrem dessa doença, e que a prevalência duplica a cada quinquênio, a partir dos 65 anos de idade. Os estudos demográficos também revelam que o seguimento da população que vem crescendo de modo mais rápido, especialmente nos países desenvolvidos, é o grupo etário de 85 anos e mais. No Brasil, também esse segmento está aumentando; em 2000 ele foi responsável por 12,6% da população idosa, ou seja, dos 15 milhões de idosos que representam 8,6% dos brasileiros em 2000. Se o aumento da expectativa de vida constitui um fator de risco para a DA, cuja incidência tende a aumentar com o prolongamento da idade, nos próximos anos mais e mais pessoas serão acometidas pela doença (SENA; GONÇALVES, 2008).

Por mudar profundamente o cotidiano das famílias, pode-se visualizar a doença de Alzheimer como uma doença familiar. A carga de ministrar cuidados torna o familiar vítima da doença de Alzheimer, espoliando suas reservas, incertezas e a imprevisibilidades abala sua moral e crença de que estejam proporcionando um cuidado digno ao seu familiar.

Os cuidadores se deparam com numerosos fatores, que incluem a aceitação do diagnóstico, lidar com um stress cada vez maior, administrar o conflito dentro da família e planejar o futuro. Com isso, o cuidador ficará vulnerável à doenças físicas, depressão, perda de peso, insônia, a abusar física e verbalmente do paciente, de álcool e de medicamentos psicotrópicos (CALDEIRA; RIBEIRO, 2004).

O interesse por esse tema ocorreu devido à importância do cuidador na qualidade de vida em portadores de doenças demenciais. Neste sentido a presença de um cuidador é de fundamental importância em virtude dos sintomas impostos a vítima gerarem uma dependência progressiva, em alguns casos chegando a ser total. Portanto o cuidador será apoio para todos da família, pois a progressão da doença leva a um transtorno que parece regredir a vida de todos.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Caracterizar um grupo de cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer quanto aos aspectos sociais, econômicos e nutricionais.

2.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar o grupo de cuidadores quanto a faixa etária, grau de escolaridade, renda familiar, tipo de habitação, tempo de cuidador, grau de parentesco e gênero;
- Identificar o grau de motivação e as dificuldades em ser cuidador;
- Avaliar a prática da alimentação saudável para portadores da doença de Alzheimer.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DOENÇA DE ALZHEIMER

3.1.1 Conceito e Causas

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial. Em 2025 o Brasil será o 6º país do mundo quanto ao contingente de idosos. Concomitantemente com o aumento da população idosa ocorre o aumento das doenças crônico-degenerativas, como a Doença de Alzheimer (VILELA; CARAMELLI, 2006).

A doença de Alzheimer, conhecida internacionalmente pela sigla DA, recebeu esse nome em homenagem ao Dr. Alois Alzheimer, que observou e descreveu as alterações no tecido cerebral de uma mulher que mostrou os primeiros sintomas demenciais por volta dos 51 anos.

Segundo Vilela; Caramelli (2006) a doença de Alzheimer é degenerativa, isto é, que produz atrofia progressiva com início mais freqüente após os 65 anos, que produz a perda das habilidades de pensar, raciocinar, memorizar, que afeta as áreas da linguagem e produz alterações no comportamento provoca um distúrbio mental, denominado pelos profissionais como demência que provoca perda progressiva da memória, afeta a linguagem, produz alterações de comportamento e afeta a capacidade da pessoa de cuidar de si mesma, produzindo grande dependência de parentes e/ou enfermeiros numa fase mais avançada da doença. É a forma mais freqüente das síndromes demenciais, responsável por cerca de 50% a 70% das causas de demência (de forma isolada ou em associação com outros quadros demenciais).

Faz-se importante ressaltar que a determinadas substâncias que são produzidas e que causam dano e morte cerebral, especialmente a proteína tau e a proteína B-amilóide. Ainda não se descobriu um marcador biológico para DA, ou seja, uma substância que possa ser identificada no organismo em qualquer idade e que possa sugerir que quem a possui possa manifestar e desenvolver a doença mais tarde (CANINEU, 2002).

3.1.2 Epidemiologia

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que tem ocorrido em ritmo acentuado e sem precedentes na história da humanidade. Estima-se que a população mundial de idosos corresponda a 629 milhões de pessoas, com um crescimento anual na taxa de 2%, ritmo consideravelmente mais alto em relação aos outros ciclos da vida. Por outro lado, nos países desenvolvidos, tal processo ocorreu de forma lenta, enquanto nos países em desenvolvimento a taxa de crescimento da população na faixa de 60 anos em diante ocorreu de forma mais acelerada.

O envelhecimento populacional implica maior incidência de doenças crônicas, as quais, anteriormente, representavam um risco de vida e hoje constituem uma ameaça à autonomia e à independência do indivíduo. Essas doenças freqüentemente exigem intervenções de elevado custo, em alguns casos o uso de tecnologias mais complexas para o tratamento. Os quadros de demência são cada vez mais prevalentes na população idosa, apresentando variações intercontinentais. Na Índia, a prevalência média corresponde a 1,3%, no Japão, 6,5% e na Coreia atingiu 10,8%. Nos Estados Unidos, tem variado de 4,8% a 9,6% e no Canadá, 4,2%. Com relação à Europa, a Holanda apresentou 6,5%, Dinamarca, 7,1%, Bélgica, 9,0% e na Espanha variou de 5,5% a 14,9%. No Brasil, a prevalência das demências foi de 7,1%. A população brasileira está em ritmo crescente de envelhecimento, com estimativas de que no período de 1960-2025 o grupo etário de 15 anos ou menos, reduzira sua participação de 44% para 25% da população produtiva. Conseqüentemente, o seguimento igual e superior a 60 anos elevará a freqüência de 5% para 14%. As projeções indicam que a população brasileira aumentará 5 vezes, ao mesmo tempo em que o seguimento igual ou superior a 60 anos aumentará 15 vezes, o fará com que o Brasil passe do 16º (1950) para o 6º lugar (2025), em número absoluto de pessoas com 60 anos ou mais.

A doença de Alzheimer no Brasil é a forma mais freqüente de demência. Na avaliação de 100 pacientes ambulatoriais com demência atendidos em hospitais públicos e em clínicas privadas, constatou-se que a DA

foi a causa principal de demência (54%), seguida pela demência vascular (20%) (PEDROZA; OLIVEIRA 2007).

3.1.3 Fatores de Risco e Estado Nutricional

Os fatores de risco comumente associados a DA são ordem de nascimento, idade da mãe ao nascimento, lesão cefálica, nível educacional e presença de síndrome de Down. Indivíduos com síndrome de Down apresentam envelhecimento prematuro e praticamente todos apresentam doença de Alzheimer, clínica e neuropatologicamente confirmada entre 40 e 50 anos de idade. Há concordância geral que um fator genético é comum (SMITH; MAHAN; ESCOT STUMP, 2002 apud RÉQUIA; OLIVEIRA, 2006).

Em famílias sem traços típicos da herança autossômica compatível com a doença de Alzheimer, o risco de um parente próximo desenvolvê-la é de 10 a 50%, e em casos de existência em familiares de primeiro grau o risco é de até 45% (PEDROZA; OLIVEIRA, 2007).

O paciente com Alzheimer tem dificuldade para identificar as sensações de fome e saciedade. À medida que a doença progride, diminui a duração da atenção e as refeições parecem ser esquecidas logo após a sua realização ou podem não ser totalmente ingeridas. A desidratação também é um problema; reconhecer a sede e a busca subsequente de água é geralmente negligenciado (MAHAN; ESCOTT apud RÉQUIA; OLIVEIRA, 2006).

Pedroza e Oliveira (2007) afirmam que os indivíduos com demência apresentam serias dificuldades com a alimentação à medida que ocorre evolução no quadro clínico da doença, com características de redução de peso corporal. Essa perda ponderal pode ser ocasionada pela patogênese da doença ou por complicações que promovem o comprometimento da auto alimentação. Alguns fatores podem contribuir para redução do peso corpóreo, como atrofia do córtex temporal, a diminuição do neuropeptídeo Y, o aumento da taxa do metabolismo basal (TMB) e o processo de envelhecimento. Mesmo diante dessas alterações, ainda não existem recomendações específicas para avaliação nutricional dos pacientes com DA, sendo, entretanto, seguidas as diretrizes adotadas para avaliação do idoso.

De acordo com Najas (2002, p. 43-47) “existe na atualidade um desconhecimento sobre alimentação e nutrição de indivíduos portadores de demências de modo geral, e em especial em relação à doença de Alzheimer”. Alguns autores discutem a associação de doenças cardiovascular e demência, sugerindo que a alta ingestão de gordura saturada e colesterol aumentam o risco de DA uma vez que estas gorduras possuem uma correlação positiva com as doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer. Desta forma, a participação da dieta na prevenção para demências, poderia estar associada às orientações dietéticas para estas doenças ou condições de vida objetivando a redução da desnutrição e ou controle das doenças crônicas não transmissíveis a partir do aumento da ingestão de antioxidantes, diminuição do consumo de gorduras saturadas aumento do consumo de fibras solúveis e insolúveis. Mesmo sem evidências científicas de que a alimentação possa melhorar ou controlar os sintomas da doença, ela é parte fundamental de qualquer tratamento, pois é uma das necessidades básicas do homem.

3.2 CUIDADOR

De acordo com Silveira et al (2006, p. 1629-1638) “a demência é uma síndrome que compromete o raciocínio, a memória, a percepção, a atenção, a capacidade de conhecer e reconhecer, a linguagem e a personalidade”. Ela torna seu portador cada vez mais dependente, por se tratar de um quadro progressivo e irreversível. As incapacidades do doente limitam-no inicialmente e, por fim, impedem-no de realizar as mais simples tarefas da vida diária.

Esse mesmo autor acrescenta ainda que:

Nessas ocasiões, a equipe de profissionais procura explicar e esclarecer a necessidade de o paciente ser cuidado e se coloca a disposição para dar o suporte necessário, tanto para o familiar enfermo, quanto para as pessoas que vão cuidar dele. É fundamental que a família e a comunidade aprendam a conviver e lidar com esta realidade: a existência de pessoas em processo demencial. (SILVEIRA et.al. 2006, p. 1629-1638).

Para Mendes (1998 apud SANTANA et al, 2005) o cuidador é distinguido como principal e o secundário. O cuidador principal é aquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente, no domicílio. Os cuidadores secundários seriam os familiares, voluntários e profissionais, que prestam atividades complementares.

Cuidar do idoso em casa é, com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada; todavia cuidar de um indivíduo idoso e incapacitado durante 24 horas sem pausa não é tarefa para uma mulher sozinha, geralmente com mais de 50 anos, sem apoios nem serviços que possam atender às suas necessidades, e sem uma política de proteção para o desempenho deste papel (KARSCH, 2003).

A tarefa de cuidar de um idoso com doença de Alzheimer exige do cuidador dedicação praticamente exclusiva, fazendo com que ele deixe suas atividades, em detrimento dos cuidados dispensados. Estudos evidenciaram que o cuidador, ao assumir sozinho o cuidado do idoso no domicílio, manifesta freqüentemente seu desconforto e sentimento de solidão, quando não sente apoio de outros membros da família. É importante que cuidador possa receber o apoio de seus familiares, mesmo que este ocorra nos momentos de visita, pois a exposição prolongada a uma situação potencialmente geradora de estresse contribui fortemente para o esgotamento geral do indivíduo e seu conseqüente sentimento de sobrecarga pelos efeitos psicossociais da doença (LUZARDO et al, 2006).

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PESQUISA

O Centro de Saúde de Candelária é um órgão da Secretaria Municipal de Saúde, está situada na Rua Barão do Açu S/nº, no distrito sul da cidade de Natal-RN. Dentro dessa unidade existe um grupo de cuidadores, que se chama **Cuidando de quem cuida**; este grupo se reúne para receber apoio e informações para cuidar dos pacientes portadores de Alzheimer, os quais foram os sujeitos da pesquisa.

Nessa pesquisa foi utilizado o método do tipo transversal, que segundo Vieira; Hossne (2001) relatam que estudos transversais são feitos para descrever os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e às suas histórias de exposição a fatores causais suspeitos, em determinado momento, e os dados discutidos fazem parte de um trabalho de pesquisa que foi desenvolvido no Centro de Saúde Candelária.

Foi utilizada a técnica de aplicação de questionário, que é um instrumento de pesquisa fundamental para a realização da coleta de dados sem desperdícios de tempo e com rigoroso controle, uma vez que a sua aplicação foi feito de forma impessoal.

O termo de consentimento livre e esclarecido foi obtido através do contato prévio com os cuidadores, após receberem as informações detalhadas e exatas sobre riscos e benefícios da pesquisa (APÊNDICE A).

A população alvo da pesquisa foi um grupo de 20 cuidadores, entrevistados no período de março a junho de 2009. O encontro foi às terças-feiras, no período matutino das 8h às 12h.

4.2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

O primeiro passo foi à familiarização com o grupo de cuidadores, por meio de reuniões que ocorreram uma vez por semana, para conhecer melhor a

realidade e se socializar com o grupo. Em seguida foram promovidas discussões abordando os temas escolhidos pelos componentes do grupo.

O segundo passo foi aplicação do questionário (APÊNDICE B) que caracterizou o grupo de cuidadores, identificando seu grau de motivação e suas dificuldades; e principalmente avaliando seu grau de conhecimento quanto à boa alimentação para pacientes com Alzheimer.

4.3 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Para as tabulações foi utilizado o software Excel 5.0, e os dados apresentados em gráficos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES QUANTO AOS ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

O Gráfico 1 apresenta a distribuição percentual quanto a faixa etária, sendo 75% maiores de 50 anos, 15% entre 41 e 50 anos e 10% entre 31 a 40 anos.

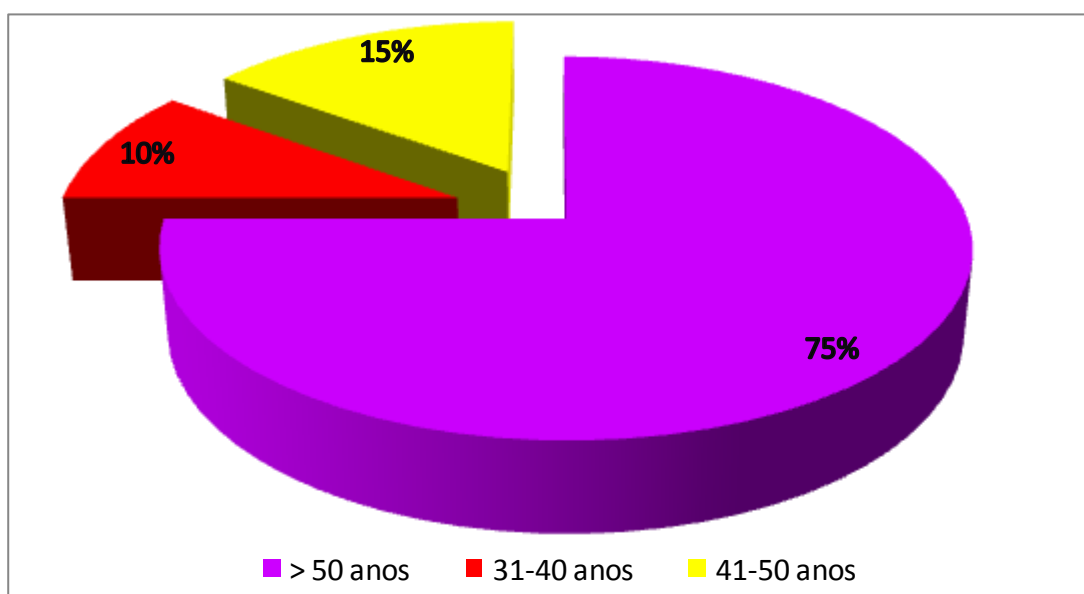


GRÁFICO 1: Caracterização da clientela segundo a idade – Cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer – Natal/RN
Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

A faixa etária predominante na amostra de Cuidadores foi maior que 50 anos, semelhante ao que foi observado por Garrido e Menezes (2004). No que se refere à idade média dos Cuidadores: aproximadamente 50 anos. Bini et al (2006) ressaltam como um fator importante, o fato de o cuidador pertencer a mesma faixa etária do portador, tornando assim idosos jovens independentes cuidando de idosos dependentes.

O Gráfico 2 apresenta distribuição percentual quanto ao grau de escolaridade, tendo sido observado que 45% possuíam nível médio, 10% ensino fundamental, 35% graduação e 10% pós-graduação.

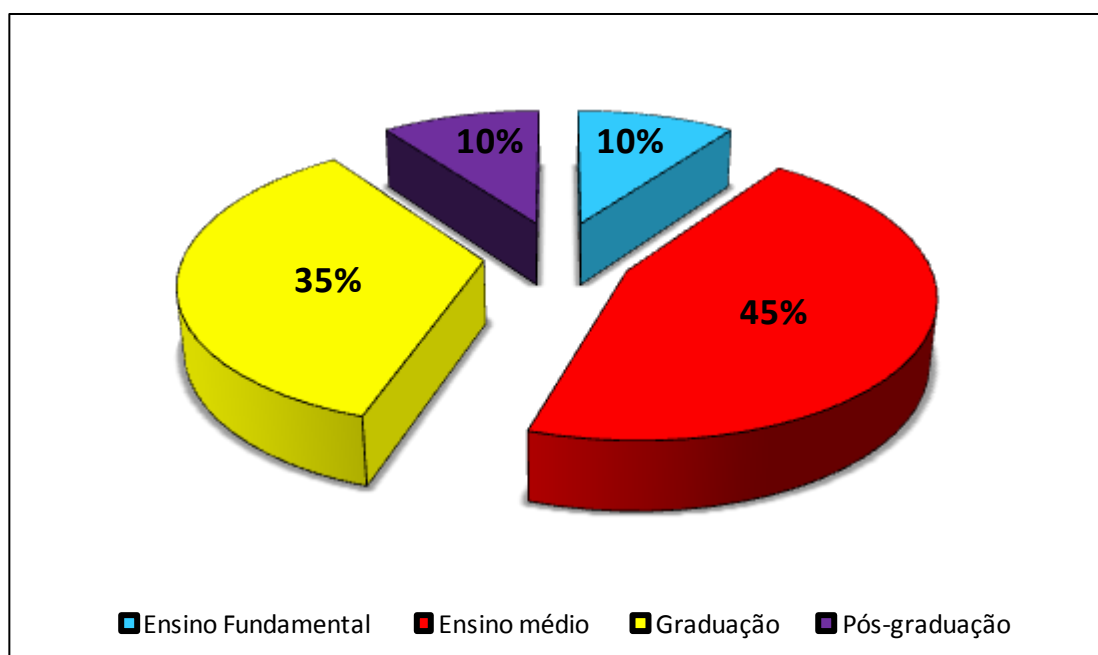


GRÁFICO 2: Caracterização da clientela segundo grau de escolaridade – Cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer – Natal/RN
Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Segundo Bini et al (2006), o grau de instrução interfere de forma significativa no processo de cuidar do paciente, especialmente nos casos de portadores com demência, os quais necessitam de cuidados especiais, e necessitam, ainda, que seus cuidadores possam compreender a situação da qual está vivendo para que assim possam ajudar na terapia dos portadores. Caso contrário, as situações impostas pela doença causam um elevado nível de estresse não somente para os pacientes, como também para os cuidadores.

O Gráfico 3 apresenta distribuição percentual quanto a renda bruta mensal da família, onde 50% apresenta renda entre 6 a 10 salários mínimos, 35% entre 3 a 5 salários mínimos, 10% entre 1 a 2 salários mínimos e 5% acima de 10 salários mínimos.

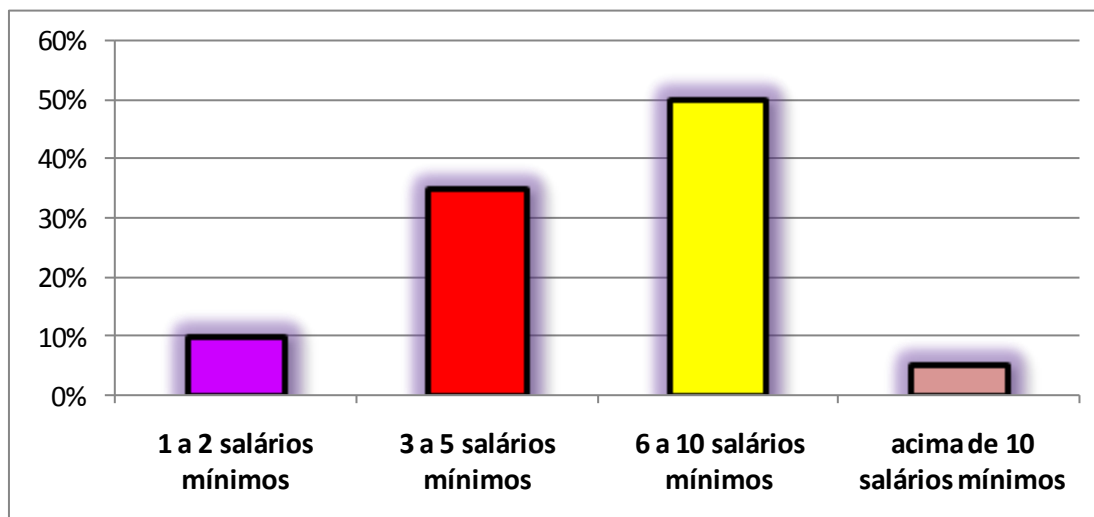


GRÁFICO 3: Caracterização da clientela segundo renda bruta mensal da família – Cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer – Natal/RN
Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

A renda familiar predominou entre 6 a 10 salários mínimos. A carga financeira da doença de Alzheimer representa mais um fator estressante na gama de tarefas do cuidador, já que freqüentemente os Cuidadores contabilizam sua renda em conjunto com a dos portadores como medida para facilitar o manuseio dos recursos (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006). Observa-se que mesmo aquelas famílias com poder aquisitivo razoável também optam pela assistência prestada pelo SUS. Isso porque a doença é de custo elevado. Segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ, 2007) o custo gerado por pacientes com demência, no mundo, ficou em torno de US\$ 315 bilhões. Neste caso, ressalta-se que aqueles pacientes que possuem familiares com melhor poder aquisitivo tem maior probabilidade de ter uma melhor qualidade de vida.

O Gráfico 4 apresenta a distribuição segundo tipo de habitação, onde 85% moram em casa própria, 10% alugada e 5% financiada.

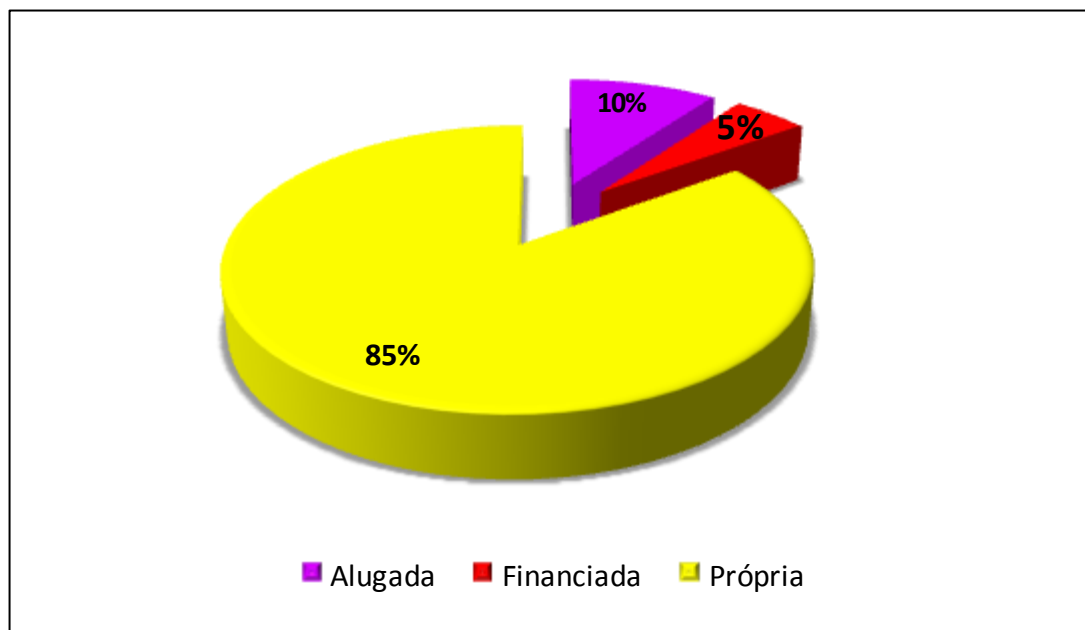


GRÁFICO 4: Caracterização da clientela segundo tipo de habitação – Cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer – Natal/RN
Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

O Gráfico 4 que apresenta o tipo de habitação, reforça a idéia de que esses cuidadores e pacientes são de classe social mais favorecida uma vez que observa-se que a maioria (85%) moram em casa própria. O que representa um ponto positivo para a terapia desses pacientes. Considerando que o acolhimento na família favorece socialização do portador de demência.

O Gráfico 5 apresenta a distribuição percentual segundo tempo que cuida do portador de Alzheimer, sendo 10% cuidador há 10 anos, 20% há 5 anos, 10% há 4 anos, 5% há mais de 3 anos, 10% há 3 anos, 25% há 2 anos, , 15% há 1 ano e 5% há seis meses.

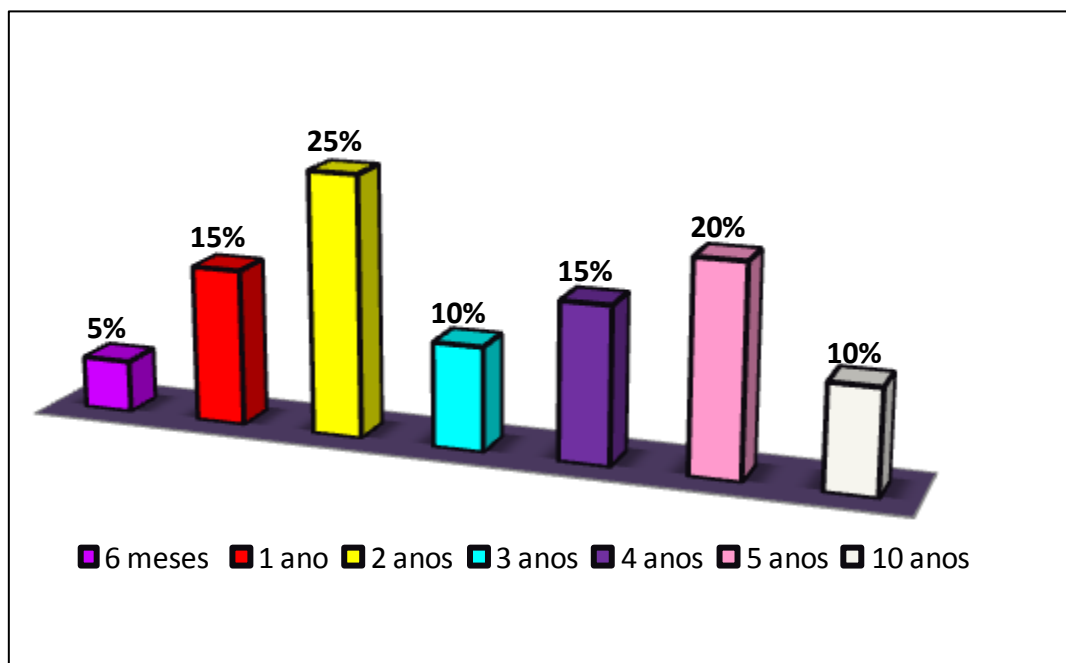


GRÁFICO 5: Caracterização da clientela segundo tempo que cuida do portador de Alzheimer

Cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer – Natal/RN

Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Com relação ao tempo que os Cuidadores prestam cuidado aos portadores, os resultados mostram uma variabilidade de tempo que compreende entre 6 meses a 10 anos.

Em estudo semelhante, realizado em São Paulo por Garrido e Menezes (2004), mostrou a associação do tempo de cuidado ao nível de estresse.

Townsend et al (1989 apud Garrido; Menezes, 2004) afirmam que ocorre um considerável desgaste, onde a exposição prolongada ao estresse afetaria o bem estar por depletar os recursos físicos e psicológicos do cuidador. De acordo com isso, o bem estar declina ao longo do tempo com a exposição continua a uma situação estressante, fazendo-se necessário a compreensão dos

demais familiares no sentido de fazer um revezamento, compartilhando assim os cuidados para com esse portador.

O Gráfico 6 apresenta a distribuição percentual segundo gênero e grau de parentesco, onde 65% são filhas, 20% esposas, 10% contratadas e 5% sobrinhas.

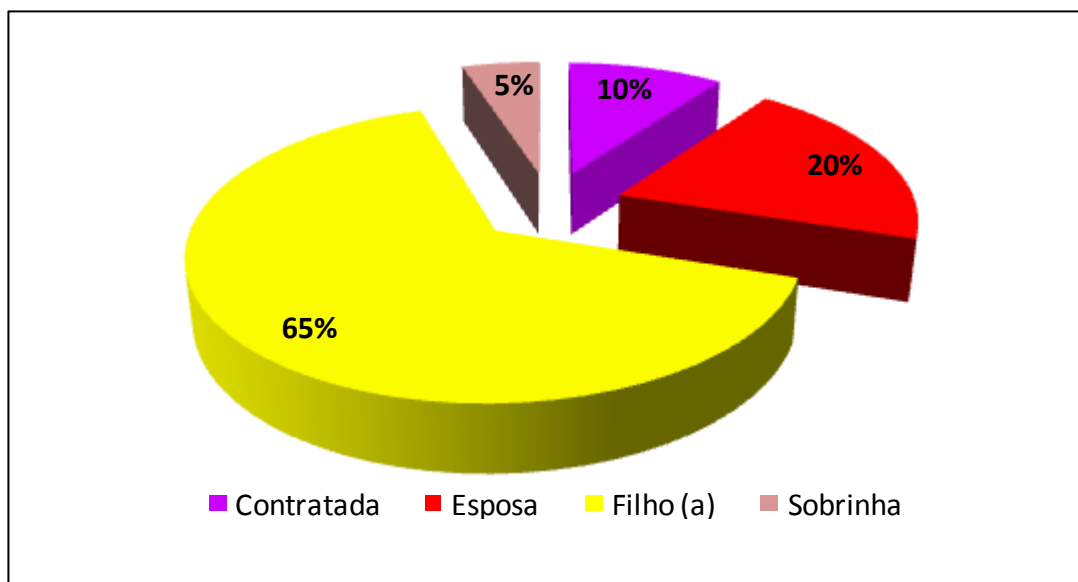


GRÁFICO 6: Caracterização da clientela segundo grau de parentesco – Cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer – Natal/RN
Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Observa-se que todos os cuidadores entrevistados são do gênero feminino. Outros estudos, como Martins et al (2007), Luzardo; Gorini e Silva (2006) apresentam que boa parte dos cuidadores são mulheres, esposas ou filhas em sua maioria, estando isso associado a normas culturais que visa a mulher como membro organizador da família. Além disso, o instinto materno aflora o papel cuidador da mulher, o que reforça a participação ativa deste gênero no papel de cuidador.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA QUANTO AO GRAU DE MOTIVAÇÃO E AS DIFICULDADES EM SER CUIDADOR

O Gráfico 7 apresenta a distribuição percentual quanto a forma de encarar a doença, onde 80% relatou ser inevitável que cada vez mais o portador estará pior, 15% desconhece a doença e 5% acha que o portador se manterá estável.

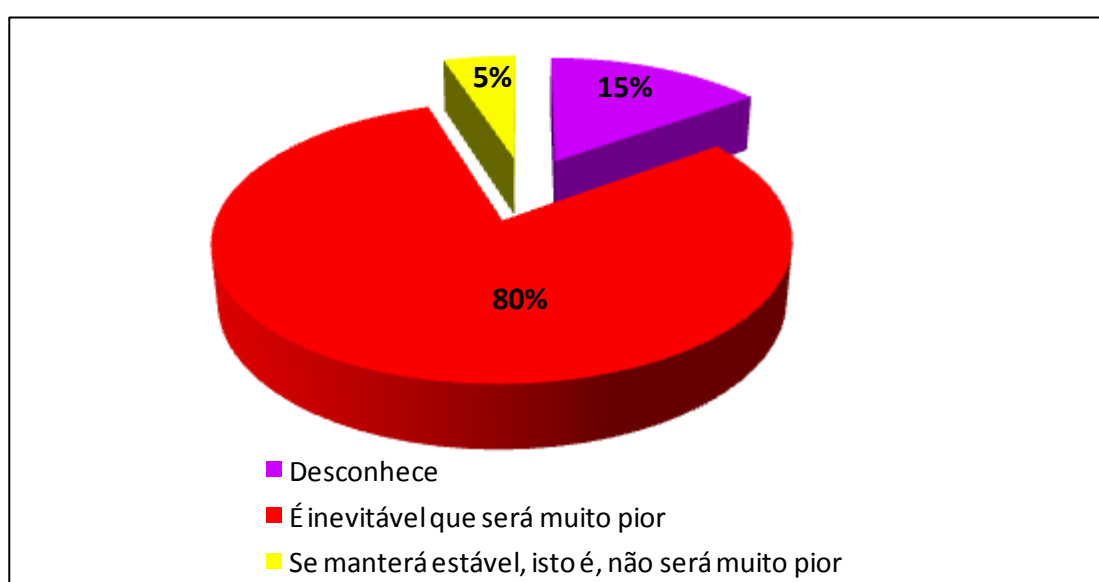


GRÁFICO 7: Caracterização da clientela segundo a forma de encarar a doença – Cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer – Natal/RN
Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Quanto ao conhecimento do cuidador em relação à doença do portador, os resultados indicaram que a maioria refere ter algum conhecimento sobre a doença. Atribui-se esse esclarecimento ao fato dos Cuidadores freqüentarem reuniões de grupo multidisciplinares de apoio. Esse resultado corrobora com estudo semelhante de Vilela e Caramelli (2006), onde foram abordadas questões relacionadas ao conhecimento sobre Doença de Alzheimer por parte de Cuidadores familiares, e afirmaram que estes possuíam bom conhecimento sobre o diagnóstico e o prognóstico da doença. O que se torna um ponto positivo

na terapia do portador, uma vez que a doença é progressiva e exige compreensão por parte do cuidador.

O Gráfico 8 apresenta a distribuição percentual quanto as expectativas do cuidador para sua própria vida. Onde 41% não sabe quanto tempo ainda terá de cuidar desse familiar; 32% nem pensa no assunto; 14% sente-se inseguro quanto ao que fará caso o paciente venha a óbito; 9% pensam que quando o paciente morrer poderá retomar a sua vida; e, 5% gostaria que paciente morresse para diminuir o sofrimento de ambas as partes.

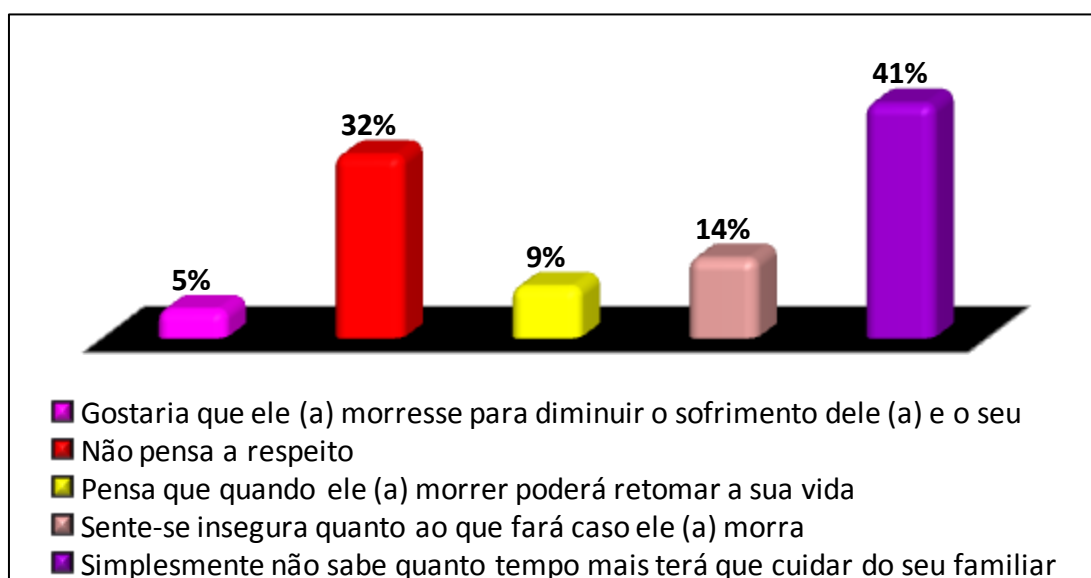


GRÁFICO 8: Caracterização da clientela segundo as expectativas do cuidador para sua própria vida – Cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer – Natal/RN

Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Diante dos resultados fica evidente a insegurança do cuidador diante o futuro do seu familiar. Segundo Sommerhalder (2001) apud Resende et al (2008) afirmam que o cuidar não é uma experiência homogênea e que os Cuidadores podem experimentar sentimentos positivos e negativos concomitantemente. O papel de cuidar de um idoso dependente costuma gerar desgastes físicos e mentais e estados emocionais negativos, que estão relacionados às formas inadequadas de enfrentamento da doença. Esse desgaste, por vezes, pode refletir no trato com o portador fazendo com que o mesmo, embora se apresente desequilibrado cognitivamente, sinta-se rejeitado. Daí a importância dos grupos multidisciplinares de apoio, não apenas pela assistência profissional, mas também pela valiosa troca de experiências.

O Gráfico 9 apresenta a distribuição percentual segundo a forma como o cuidador se sente tendo que cuidar do portador, onde 74% sentem-se satisfeito por prestar este serviço, 17% sentem-se anulando a sua própria vida e 9% sentem-se abandonado pelo resto da família.

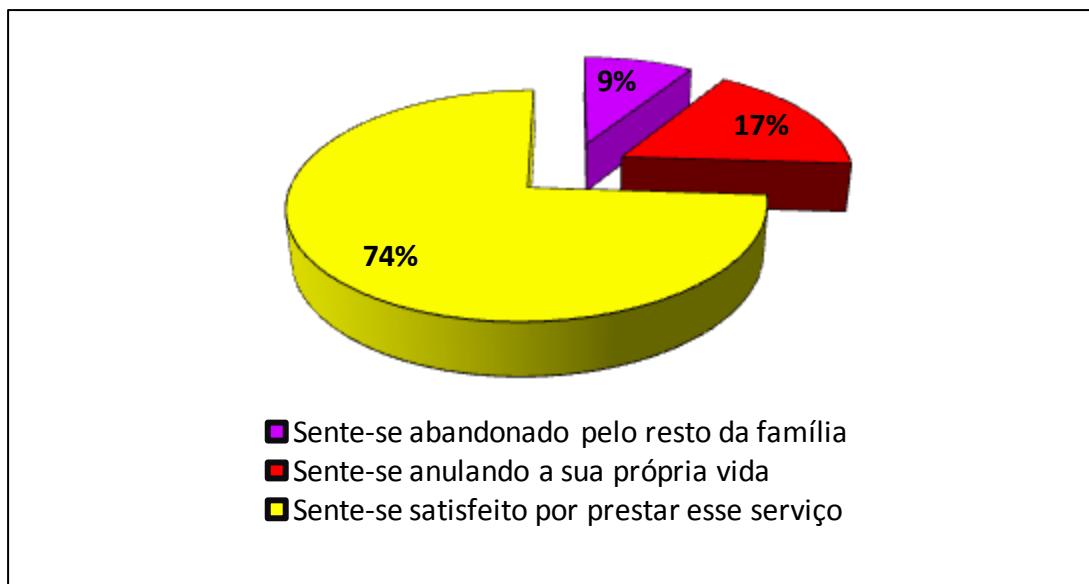


GRÁFICO 9: Caracterização da clientela segundo a forma como o cuidador se sente tendo que cuidar do portador – Cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer – Natal/RN
Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Em relação à forma como o cuidador se sente tendo que cuidar desse paciente, verificou-se que a maioria (74%) sente-se satisfeito por prestar este serviço. Esse sentimento se justifica por fazer parte dessa clientela, filhas e esposas motivadas por laços de afetividade.

Segundo Falcão; Bucher-Maluschke (2009), esse fato se confirma por existir um bom relacionamento intergeracional antes do surgimento da doença de Alzheimer, fator que certamente contribuiu para que elas assumissem o papel de cuidadoras. Dentre outros aspectos, a existência de conflitos antes da doença pode também ser um motivo para que elas tenham assumido essa função como falta de opção ou como oportunidade de rever os erros do passado e resgatar os elos afetivos.

O Gráfico 10 apresenta a distribuição percentual segundo o que mais incomoda no dia-a-dia, onde 17% relataram não conseguir manter a paciência no dia-a-dia, 15% a agressividade do paciente, 15% pouca assistência por parte dos demais familiares, 15% outros, 12% não sobrar tempo para fazer outras coisas que gostariam, 12% repetição das ações por parte do paciente, 7% a dependência física e 5% o desequilíbrio cognitivo e emocional do portador.

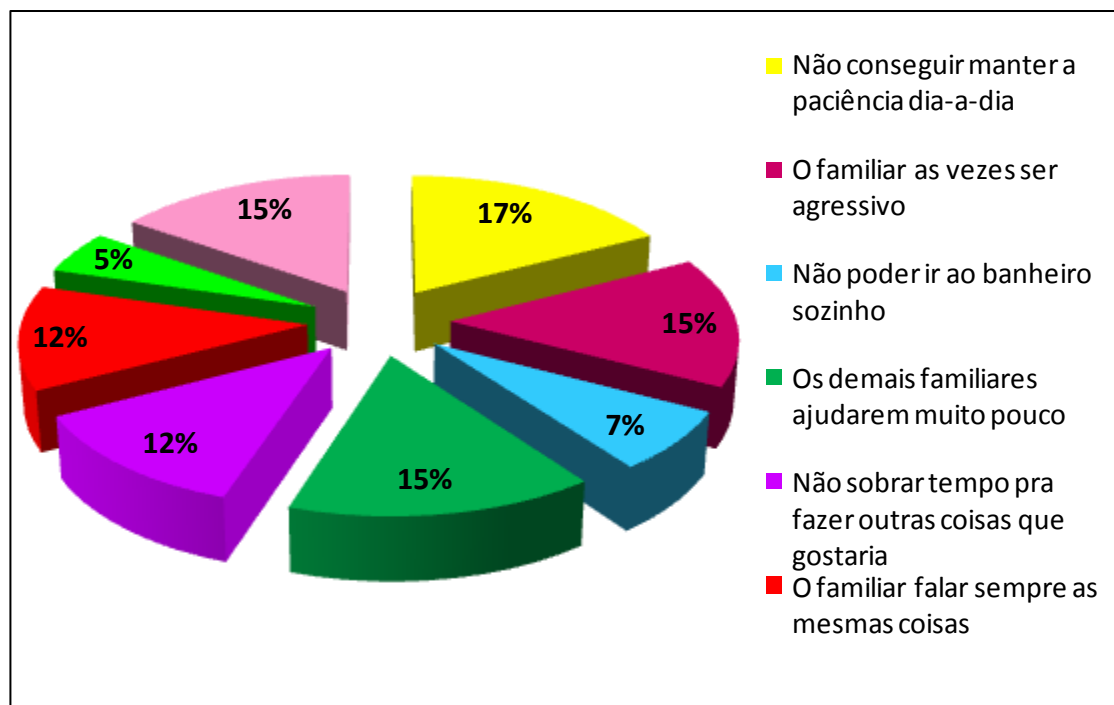


GRÁFICO 10: Caracterização da clientela segundo o que mais incomoda no dia-a-dia – Cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer – Natal/RN
 Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Diante dos resultados apresentado, observa-se que o cuidar de uma pessoa portadora de DA torna-se muito difícil em alguns momentos. Segundo Araújo et al (2009) requer principalmente amor, solidariedade e tudo que estas duas palavras englobam: paciência, dedicação e, sobretudo, uma assistência que merece a divisão de tarefas entre os familiares, visto que os cuidados exigem atenção ininterrupta, gerando grande desgaste físico e emocional para aqueles que lidam diretamente com o portador. Os profissionais da área da saúde desempenham papel importante uma vez que esclarece, ajuda e, até amenizam, a dor e a fadiga deste ato, que é cuidar de alguém que se torna dependente físico e cognitivamente.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS CUIDADORES QUANTO O GRAU DE CONHECIMENTO NA PRÁTICA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA PORTADORES DA DOENÇA DE ALZHEIMER.

A alimentação saudável depende de fatores sócio-econômico culturais, fisiopatológicos, psicológicos e cognitivos. O idoso necessita adaptar seu hábito alimentar à sua nova condição imposta pela idade, ou seja, ele deve se alimentar, não da mesma forma que o fazia quando jovem, e sim modificando o seu cardápio para alimentos que contenham substâncias com propriedades nutritivas e que não sejam hipercalóricos. Para tal há a necessidade de orientação por profissionais capacitados, dentre eles o nutricionista, que pode estimular à mudança na alimentação, de forma adequada à nova demanda inerente ao envelhecimento. Pode ainda, oferecer o suporte necessário para a formação de novos hábitos alimentares, deixando evidente o cuidado nas preparações dos alimentos que podem precisar de ajustes e restrições, conforme a necessidade do idoso (FRANK; SOARES, 2004).

Os alimentos oferecidos aos portadores foram agrupados da seguinte forma:

- ✓ Alimentos de origem vegetal (cereais integrais, frutas, hortaliças e leguminosas);
- ✓ Alimentos de origem animal (carne vermelha, peixes, aves e ovos, leite, produtos lácteos);
- ✓ Alimentos do grupo das gorduras e açúcares simples (frituras, azeite, margarina/manteiga, sobremesas com doces).

O Gráfico 11 apresenta a distribuição percentual da frequência da oferta de alimentos de origem vegetal para portadores da DA. Quanto aos cereais integrais, 73% oferecem diariamente, 9% oferecem 3 vezes por semana, 9% oferecem 2 vezes por semana e 9% não respondeu. Com relação às frutas, 100% oferecem diariamente. No que se refere ao consumo de hortaliças, 84% oferecem diariamente, 11% oferecem 3 vezes por semana e 5% oferecem 2 vezes por semana. Para a oferta de leguminosas, 88% oferecem diariamente, 12% oferecem 3 vezes por semana.

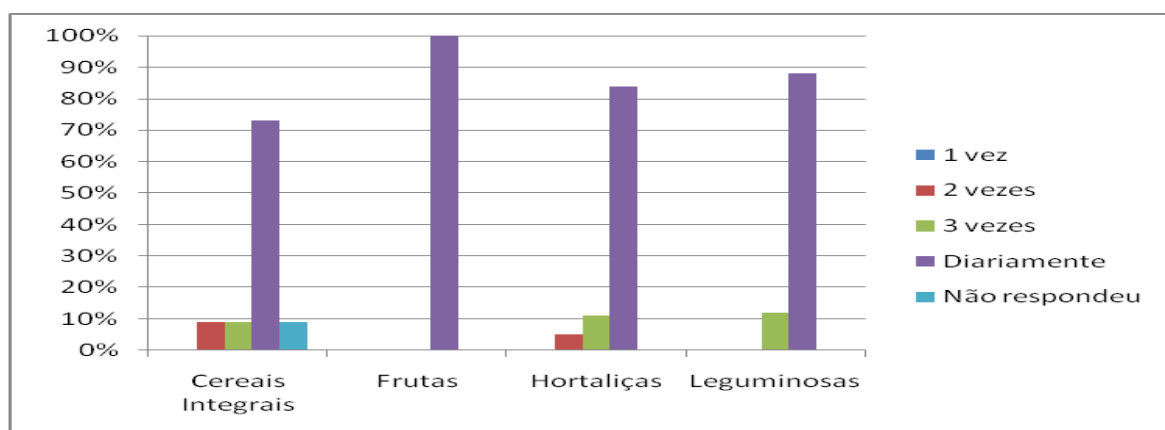


Gráfico 11: Frequência percentual da oferta de alimentos de origem vegetal ao portador de doença de Alzheimer.

Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Diante dos resultados pode-se dizer que refletem positivamente na saúde do portador, confirmado por Tirapegui (2007) que relata que os carboidratos são obtidos primariamente dos alimentos de origem vegetal. Pesquisas epidemiológicas sobre o papel da fibra dietética têm apresentado evidências correlacionadas com o consumo de fibra e seu efeito protetor contra doenças, como constipação, diverticulite, câncer de cólon, hemorróidas, entre outras.

Muitos estudos estão sendo planejados para confirmação, incluindo pacientes com doença de Alzheimer, onde há forte associação entre a ingestão de frutas e hortaliças e as defesas de antioxidantes naturais do corpo contra os radicais livres, além do fato de a má nutrição estar relacionada a um maior risco de problemas cognitivos. Portanto torna-se imprescindível melhorar a nutrição,

com o aumento do consumo de frutas, verduras e legumes, como forma de prevenção à demência e outros problemas cognitivos.

O Gráfico 12 apresenta a distribuição percentual da frequência da oferta de alimento de origem animal para portadores da DA. Quanto ao consumo de carne vermelha, 56% oferecem 3 vezes por semana, 17% oferecem diariamente, 11% oferecem 2 vezes por semana, 11% oferecem 1 vez por semana e 5% não respondeu. Com relação ao consumo de peixes, 50% oferecem 2 vezes por semana, 21% oferecem 3 vezes por semana, 21% oferecem 1 vez por semana e 8% oferecerem diariamente. No que se refere ao consumo de aves e ovos, 50% oferecem 2 vezes por semana, 39% oferecem 3 vezes por semana, 6% oferecem diariamente e 5% oferecem 1 vez por semana. Para a oferta de leite, 95% oferecem diariamente e 5% oferecem 3 vezes por semana. Quanto a oferta de queijos, iogurtes e leite fermentado, 76% oferecem diariamente, 18% oferecem 3 vezes por semana e 6% oferecem 1 vez por semana.

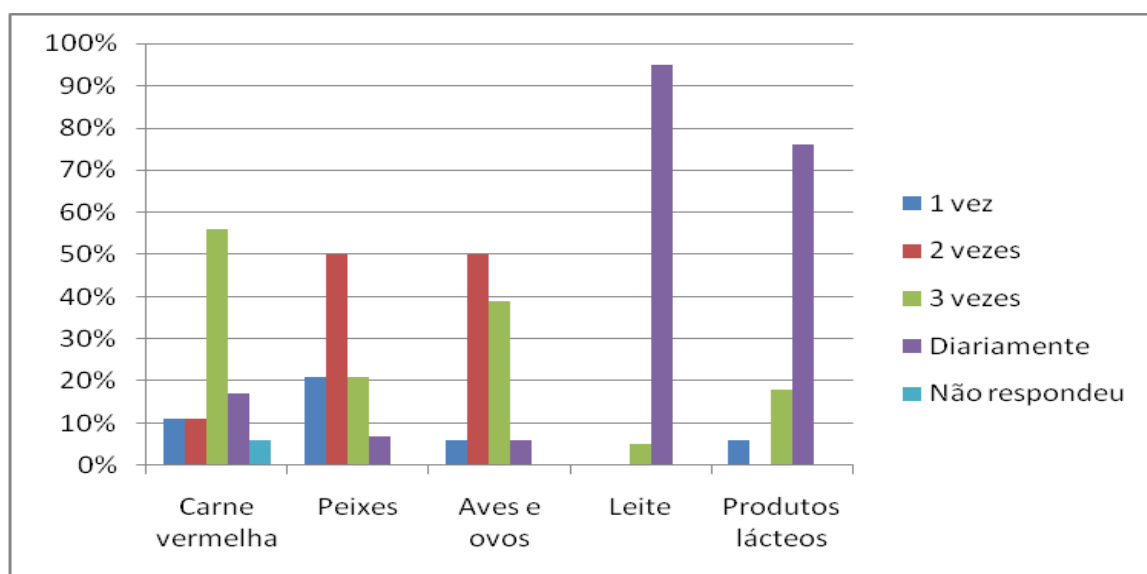


Gráfico 12: Frequência percentual da oferta de alimentos de origem animal ao portador de doença de Alzheimer.

Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Em relação ao consumo alimentos de origem animal, foi observado que a maioria oferece diariamente algum tipo de proteína quer seja carne, peixe,

aves, ovos, leite ou seus derivados. De acordo com Maihara et al (2006) as proteínas, maiores componentes estruturais de todas as células do corpo humano, são importantes para a construção e manutenção dos tecidos, formação de enzimas, hormônios, anticorpos, na regulação de processos metabólicos, além de fornecer energia.

Paschoal et al (2008) ressalta a importância da vitamina B12 e zinco, sendo os produtos de origem animal importantes fontes destes nutrientes. A B12 é um importante elo entre a geriatria e a hematologia, já que sua deficiência é muito freqüente em indivíduos idosos (THOMPSON; FREEDMAN,1989 apud FUTTERLEIB; CHERUBINI, 2005). Além das alterações nos processos proliferativos dos glóbulos vermelhos, muitos estudos têm relacionado à deficiência de B12 com alterações neurológicas, sendo que o aumento do nível plasmático de homocisteína, segundo Seshadri et al (2002 apud FUTTERLEIB; CHERUBINI,2005) é um forte fator independente de risco para o desenvolvimento de demência e doença de Alzheimer.

Segundo Chandra et al (1992 apud CESAR et al 2005) a deficiência de zinco também pode levar à anorexia, que reduz a ingestão de alimentos com repercussões na saúde do idoso, e a dificuldades na reparação de tecidos, que aumenta o tempo de convalescença em estados de doença.

Najas et al (1994) e Barbosa et al (2001) refere que o consumo de quantidades reduzidas de proteína, podem apresentar diminuição contínua na oxidação protéica, perdas significativas na massa protéica e na eficiência do sistema imunológico. Por apresentar uma diminuição da massa muscular com o avanço da idade, os indivíduos idosos necessitariam de maior quantidade de proteína fornecida através da dieta.

Conforme Machado et al (2009), esse fato revela a importância de se proceder a uma avaliação nutricional do idoso com DA precocemente, principalmente por se tratar de uma doença que o torna progressivamente incapacitado para a realização de suas atividades rotineiras, como a aquisição e preparo de refeições e o ato de alimentar-se adequadamente e de forma independente.

O Gráfico 13 apresenta a distribuição percentual da frequência da oferta de alimentos do grupo das gorduras e açúcares simples. Quanto ao consumo de frituras, 57% oferecem 1 vez por semana, 29% oferecem 2 vezes por semana e 14% oferecem 3 vezes por semana. Com relação ao azeite, 64% oferecem diariamente, 29% oferecem 2 vezes por semana e 7% oferecem 3 vezes por semana. No que se refere ao consumo de margarinas/manteigas, 85% oferecem diariamente, 8% oferecem 3 vezes por semana e 7% oferecem 2 vezes por semana. Para a oferta de sobremesas com doces, 42% oferecem diariamente, 33% oferecem 1 vez por semana e 25% oferecem 3 vezes por semana.

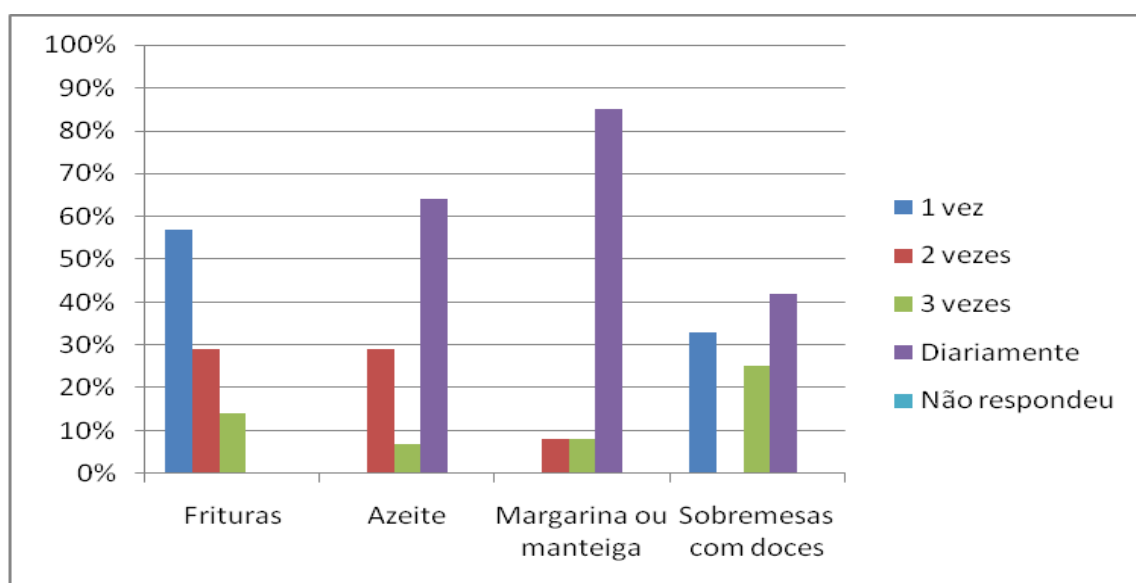


Gráfico 13: Frequência percentual da oferta de alimentos do grupo das gorduras e açúcares simples ao portador de doença de Alzheimer.

Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2009)

Segundo Fornés et al (2002) e Lopes et al (2005) o envelhecimento é acompanhado pelo aumento das concentrações plasmáticas de colesterol, o que eleva o risco de aterosclerose e derrame cerebral. Apesar das evidências mostrarem que a diminuição da ingestão de lipídeos pode reduzir a incidência de eventos vasculares e de doenças crônicas, deve-se enfatizar que o consumo quantitativo e qualitativo adequado de lipídeos pode contribuir para uma boa saúde e uma alimentação saudável. Deve-se ressaltar que uma redução drástica de lipídeos na dieta pode ocasionar menor oferta de ácidos graxos essenciais e

vitaminas lipossolúveis, tendo em vista que os idosos têm sua ingestão, digestão, absorção e metabolismo alterados.

Luchsinger *et al* (2002 apud Machado *et al* 2006) acompanharam 980 idosos americanos não demenciados por 4 anos com o objetivo de pesquisar a associação entre a ingestão dietética e o desenvolvimento de Doença de Alzheimer. Ao final dos 4 anos concluiu-se que a alta ingestão energética de gorduras podem estar associadas com alto risco de desenvolver Doença de Alzheimer, principalmente em indivíduos que possuem disponibilidade genética.

Os portadores de Alzheimer devem ter uma atenção especial com a alimentação, devido às constantes mudanças que ocorrem nesta fase. Fica evidente a importância do acompanhamento nutricional, onde o conhecimento do cuidador sobre alimentação torna-se necessário para ajudar identificar erros de deficiências alimentares a tempo de corrigi-las sem causar danos à saúde. Além disso, é possível através da alimentação preservar e melhorar o estado nutricional refletindo, também, em melhora da qualidade de vida desses pacientes.

6 CONCLUSÃO

- ✓ Com relação à caracterização dos cuidadores observou-se uma faixa etária superior a 50 anos de idade, com grau de escolaridade variando entre ensino fundamental e pós-graduação e a maioria pertencendo a uma classe social e econômica mais favorecida;
- ✓ Com relação ao tempo de cuidador, os resultados mostram uma variabilidade que compreende entre 6 meses a 10 anos;
- ✓ Todos os cuidadores entrevistados são do gênero feminino, demonstrando que a responsabilidade de cuidar dos pacientes, possivelmente recai sobre as filhas e esposas;
- ✓ São motivadas a cuidar impulsionada pela afetividade, mas isso não impede de se sentirem sem expectativas, anulando às vezes a própria vida, sentido assim no limite da sua capacidade humana;
- ✓ Considerando o conhecimento dos cuidadores quanto ao consumo alimentar dos pacientes, observou-se que a maioria tem um bom conhecimento sobre o assunto, atribuindo-se esse fato a elevada escolaridade, e ainda, a importância do grupo interdisciplinar, do qual fazem parte;
- ✓ Partindo desse pressuposto e levando em consideração o crescimento do número de idosos no Brasil, fica comprovado a importância de uma assistência sistematizada de educação para o idoso e principalmente para seus cuidadores e familiares.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. **Os altos custos com a doença Alzheimer no mundo**. Disponível em: <www.abras.com.br> Acesso em: 30 out. 2009.

ARAÚJO, K. P. et al. ***Doença de Alzheimer como a principal causa de demência nos idosos e seu impacto na vida dos familiares cuidadores***. Disponível em: <webartigos.com> Acesso em: 30 out. 2009.

BARBOSA, A. R. et al. Composição corporal e consumo alimentar de idosas submetidas a treinamento contra a resistência. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.14, n.3, p. 177-183, set./dez. 2001.

BINI, R. et al. ***A intervenção fisioterapêutica aos Cuidadores de pacientes portadores da doença de Alzheimer***. Disponível em: <www.bireme.br>. Acesso em: 30 out. 2009.

CALDEIRA, A. P. S.; RIBEIRO, R. C. H. M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, out. 2004.

CANINEU, P. R.. Doença de Alzheimer. In: CAOVILO, V. P.; CANINEU, P. R. (Orgs.). **Você não está sozinho**. São Paulo: Abraz, 2002. p.11-17.

CESAR, T.B. et al. Zinco plasmático e estado nutricional em idosos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.18, n.3, p. 357-365, maio/jun. 2005.

FALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F.. O impacto da doença de Alzheimer nas relações intergeracionais. **Psicol. Clín.**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, 2009.

FORNÉS, N. S. et al. Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.36, n.1, p. 12-8, 2002.

FRANK, Andréa A.; SOARES Eliane A. **Nutrição no Envelhecer**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 3, 211-260.

FRIDMAN, C. et al. Alterações genéticas na doença de Alzheimer. **Texto & Contexto – Enferm.**, Florianópolis, v.17, n.2, p.19-25, abr./jun. 2008.

FUTTERLEIB, A.; CHERUBINI, K. Importância da vitamina B12 na avaliação clínica do paciente idoso. **Scientia médica**, Porto Alegre: PUCRS, v.15, n.1, jan./mar. 2005.

GALLUCCI, J. N. et al. Diagnóstico diferencial das demências. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.32, n.3, mar./abr. 2005.

GARRIDO, P.; MENEZES, R.P. Impacto em Cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n.6, p. 835-41, 2004.

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

LOPES, A. C. S. et al. Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, jul./ago. 2005.

LUZARDO, A.R. et al. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus Cuidadores: uma serie de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto-contexto, enferm**; Florianópolis, v.15, n.4, out./dez. 2006.

MACHADO, J. S. et al. Fatores dietéticos relacionados à doença de Alzheimer. **Rev. Bras. Nutr. Clin.**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 252-7, set. 2006.

MACHADO, J. et al. Estado nutricional na doença de Alzheimer. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.55, n.2, 2009.

MAIHARA, V. A. et al. Avaliação nutricional de dietas de trabalhadores em relação a proteínas, lipídeos, carboidratos, fibras alimentares e vitaminas. **Ciênc. Tecnol. Aliment.**, Campinas, v.26, n.3, jul./set. 2006.

MARTINS, J. J. et al. Necessidade de educação em saúde dos Cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto contexto, enferm.**, Florianópolis, v.16, n. 2, abr./jun. 2007.

NAJAS, M. Existe uma alimentação adequada? . In: CAOVIALLA, V. P.; CANINEU, P. R. (Orgs.). **Você não está sozinho**. São Paulo: ABRAZ, 2002. p.43-47.

NAJAS, M. S. et al. Padrão Alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidades urbanas da região sudeste, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo. v.28, n.3, jun.1994.

PASCHOAL, V. et al. **Suplementação Funcional Magistral**. 1 ed. São Paulo: VP, 2008.

PREDROZA, L. F. C.; OLIVEIRA, V. T. L. Inovações dietoterápicas no tratamento clínico-nutricional da doença de Alzheimer. In: MOREIRA, E. A. M.; CHIARELLO, Paula Garcia (Orgs.). **Nutrição e metabolismo: atenção**

nutricional: abordagem dietoterápica em adultos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p.188-194.

RÉQUIA, C. D. C.; OLIVEIRA, V. R. Aspectos fisiopatológicos e nutricionais na doença de Alzheimer. **Nutrição em Pauta**, São Paulo, v.14, n.80, p.33-38, set./out. 2006.

RESENDE, M. C.; et al. Cuidar de idosos com Alzheimer: influências sociais, físicas e psicológicas envolvidas nesta tarefa. **RBCEH**, Passo Fundo, V.5, n.1, p-19-31, jan./jun. 2008.

SANTANA, R. F. et al. Cuidando de idosos com Demência: um estudo a partir da prática ambulatorial de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN**, Rio de Janeiro, v.58, n.1, p.44-48, jan./fev. 2005.

SENA, E. L. S.; GONÇALVES, L. H. T. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer – Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n. 2, abr./jun. 2008.

SILVEIRA, T. M. et al. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1629-1638, ago. 2006.

TIRAPEGUI, Júlio. **Nutrição Fundamentos e Aspéctos Atuais**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p.35,131-132.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W.S. **Metodologia científica para área de saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

VILELA, L.P.; CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, São Paulo, v. 52, n. 3, maio/jun. 2006.