

TECNOLOGIAS EM CUIDADO E EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE PARA CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA, NO MUNICÍPIO DE PESQUEIRA, PE

Daniel Silva de Freitas¹
Igor Jesus de Souza²
Juliana Silva Bernardo³
Cláudia Daniela Leite Salgueiro⁴
Luciclaudio da Silva Barbosa⁵

Resumo: O objetivo do trabalho foi promover ações de tecnologias do cuidado leves, como a musicoterapia, a biblioterapia e os grupos focais, com cuidadoras familiares de idosos com demência, com vistas à ampliação de conhecimento e compartilhamento de experiências, através da educação popular em saúde, onde através de entrevistas e questionário socioeconômico aplicados, possibilitaram traçar um perfil dos cuidadores e dos idosos com demência atendidos na Unidade Básica de Saúde Xucurus, podendo assim entender as dificuldades dos cuidadores e promover uma intervenção de qualidade e ao mesmo tempo entender o dia a dia dos cuidadores. Em contexto geral depois das intervenções e de todo o traçar do projeto, o trabalho obteve resultados importantes diante daquilo que foi vivenciado e foi relevantes na comunidade que está voltada aos cuidados para com os idosos e o benefício que as tecnologias leves podem oferecer a vida dos cuidadores.

Palavras-Chaves: Cuidador Familiar; Tecnologias Leves em Saúde; Idosos; Demência de Alzheimer.

¹ Acadêmico de Enfermagem. Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia, IFPE, *Campus* Pesqueira. Freitasdan2017@gmail.com

² Acadêmico de Enfermagem. Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia, IFPE, *Campus* Pesqueira. E-mail: igorjssouza2013@gmail.com

³ Acadêmico de Enfermagem. Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia, IFPE, *Campus* Pesqueira. E-mail: Jullyanna_maria@hotmail.com

⁴ Professor orientador Dra. Em Psicologia clínica pela Universidade Católica de Pernambuco. E-mail: claudia.leite@pesqueira.ifpe.edu.br

⁵ Professor coorientador Msc . Em Recursos Naturais e Gestão Educacional Pela UFCG. E-mail: luciclaudio@pesqueira.ifpe.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil doenças relacionadas ao envelhecimento, tem se tornado uma das principais pautas para criações de políticas públicas de saúde devido a rápida transição demográfica que nosso país se encontra, devido a condição de envelhecimento. (LUZARDO, 2006).

Essa prevalência contribui para o aumento do número de idosos com limitações funcionais e requer uma maior preocupação sobre os cuidados, os quais não têm sido abrangidos adequadamente pelos serviços de saúde, sobrecarregando a família, que em sua maioria não tem conhecimentos e habilidades suficientes para cuidar apropriadamente do idoso. (POLARO, et al, 2013; MOREIRA, 2007).

No contexto de doenças neuropsiquiátricas, o que se encontra como mais comum e de forma mais incapacitante na velhice é a demência, onde se tem o déficit ou a total perda das funções ligadas as partes intelectuais e cognitivas de perda de memória, capacidade no raciocínio, e a perda da linguagem com senso crítico, fazendo assim com que se interfira no desempenho social e intelectual (LEME *et al*, 2011).

A demência está relacionada a perda de células cerebrais, que ocorre em ritmo acelerado, afetando assim as funções do cérebro, ocorrendo assim uma perda gradual das suas funções mentais. Entre 50% a 70% de todas as pessoas com demência têm a doença de Alzheimer. (TALMELLI, et al, 2013)

No contexto dos idosos, se incluem as síndromes demenciais, e entre estas doenças, e sendo a mais comum a doença de Alzheimer (DA). O quadro clínico da (DA) se apresenta de forma variável , onde há alterações na qualidade de vida e na capacidade funcional dos indivíduos. (FONSECA, 2008 ; SEIMA, 2014)

A (DA) se instala, em geral, de maneira silenciosa e se desenvolve devagar e continuamente por vários anos, acarretando mudanças estruturais que podem incluir, as placas

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

neuríticas e as alterações do metabolismo amiloide, bem como as perdas sinápticas e a morte neuronal, e alterações nos sistemas neurotransmissores que estão ligadas às mudanças estruturais que ocorrem de forma desalinhada na doença. Alguns neurotransmissores são afetados de maneira mais significativa indicando um padrão de degeneração de sistemas. Entretanto algumas áreas do cérebro podem ser afetadas outras não, evidenciando assim que cada indivíduo pode reagir de maneiras diferentes a doença. (FONSECA, 2008; LUZARDO, 2006).

Os principais fatores de risco para DA são o histórico familiar da doença, aumentando assim o risco com a incidência de casos em familiares de primeiro grau, e a idade. As causas do DA ainda continuam desconhecidas apesar da ciência ter compreendido o seus processos e mecanismos bioquímicos e genéticos (MOREIRA, 2007).

O nível de sobrecarga dos cuidadores está diretamente ligada à dependência física dos idosos, e quanto maior o número de atividades a serem desempenhadas relacionadas ao cuidado do idoso, maior desgaste físico e mental, que junto às suas necessidades próprias e preocupações pessoais tornam essa experiência mais cansativa do que deveria ser, podendo trazer danos maiores a saúde. (VIEIRA, et al, 2012)

Neste contexto, a prática do cuida pode se tornar algo frustrante, onde o indivíduo passa a frisar o cuidado ao idoso próximo e esquece de exercer os cuidados básicos para uma vida de qualidade, onde se acumula o stress, falta de lazer, descanso, atividades físicas, dentre outros cuidados primordiais para ser utilizado para com sigio mesmo..(LEME *et al*, 2011; FONSECA ; AZEVEDO, 2016).

Para que não haja uma sobrecarga dos cuidados se faz necessário o acolhimento da família cuidadora, para que aconteça uma parceria de rodízio dos cuidados, tanto para o idoso quanto para o cuidador, vendo assim a família não como simples parceira de cuidados, mas como unidade a ser cuidada. (POLARO, 2013)

Para que a carga não seja tão intensa e o ato do cuidador em se cuidar não seja esquecido, existem terapias que proporcionam o relaxamento e uma resposta qualitativa, onde se

encaixam a Biblioterapia e Musicoterapia (LEME *et al*, 2011; FONSECA ; AZEVEDO, 2016).

O proceder biblioterapêutico, trás um resultado de relaxamento e o conhecer das palavras com outros sentidos, onde as palavras ganham vida, quando se lê algo interessante aos olhos do leitor , que começam a enxergar não somente palavras, mas também sentimentos, imaginações e conhecimento individual, fazendo assim a leitura como um viés de escape em alguns momentos (LEME *et al*, 2011; FONSECA; AZEVEDO, 2016).

A musicoterapia assim como o a biblioterapêutica, oferece um potencial criativo, e faz resgatar a memória de acordo com a musica vivenciada, potencializando boas lembranças e relaxamento, favorecendo também o envolvimento coletivo e o trabalho direto com a memória, onde movimentam todos os sentidos emocionais do individuo, trazendo assim uma qualidade de relaxamento, e de alegria com as boas lembranças que a música pode proporcionar (DOS SANTOS 2015 ; FONSECA; AZEVEDO, 2016).

O trabalho teve por objetivo promover ações de tecnologias do cuidado leves, como a musicoterapia, a biblioterapia e os grupos focais, com cuidadoras familiares de idosos com demência, com vistas à ampliação de conhecimento e compartilhamento de experiências, através da educação popular em saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, realizado no município de Pesqueira, situado no agreste de Pernambuco, que tem uma população de 66.881 habitantes dos quais 7.723 são idosos (IBGE, 2012)

Participaram da pesquisa 10 cuidadoras familiares, tendo sido entrevistadas em suas residências e no Posto de Saúde da Família (PSF) (SILVA, ALVES, SALGUEIRO, 2018).

Foram selecionados os seguintes critérios de inclusão, cuidadores familiares de idosos portadores de Alzheimer devidamente cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBSF) Xucurus a qual abrange seu domicílio; que possuíssem relação de parentesco com o idoso;

que se identificassem como cuidador principal; que cuidam do idoso há, pelo menos, seis meses e maiores de 18 anos.

A amostra teve em vista fatores como a falta de acessibilidade ao público-alvo em toda sua totalidade, a agilidade no alcance das informações, assim como, também, o baixo custo envolvido. A escolha das UBS foi realizada com o apoio da Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde.

O primeiro contato direto as cuidadoras foi realizado por meio de visita domiciliar (VD) dos pesquisadores, em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e colaboradores do projeto, foi realizada busca com a equipe da unidade e o agendamento de visitas domiciliares; onde foi apresentado o termo de livre esclarecimento (TCLE). As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, foram transcritas e tabuladas para elaboração dos resultados com o uso do Microsoft Excel e Word, como principais ferramentas de apoio.

Foi preenchido um questionário com variáveis sociodemográficas e de condições de saúde contendo: idade, sexo, escolaridade, estado civil, grau de parentesco, profissão ou ocupação, número de filhos, remuneração, doença autorreferida e tempo dedicado ao cuidado. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Associação Caruaruense de Ensino Superior e Técnico – ASCES, sob o parecer nº67529517.4.0000.5203, de acordo com a resolução 466/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados coletados através das entrevistas e questionário socioeconômico aplicado possibilitaram traçar um perfil dos cuidadores e dos idosos com DA atendidos na UBSF Xucurus. No universo pesquisado, observou-se uma predominância de cuidadores do sexo feminino, totalizando 60% dos participantes do estudo. Existe inclusive uma tendência histórica de que o papel de cuidados familiares aos doentes é uma atribuição feminina, papel naturalmente devido a nossa cultura e meio social (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

A idade dos cuidadores se mostra elevada, 80% deles possuem mais de 50 anos de idade. O estado civil deles é diversificado, assim como o número de filhos e a escolaridade que possuem, conforme sintetizado no quadro 01:

Quadro 01: Dados de identificação do cuidador de idoso

Id.*	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Filhos
C1	Feminino	39	Solteira	Ens. Médio Completo	01
C2	Masculino	52	União estável	Analfabeto	03
C3	Feminino	53	Viúva	Ens. Médio Completo	02
C4	Feminino	60	Casada	Ens. Fund. Incompleto	05
C5	Masculino	74	Casado	Analfabeto	02

*Código de identificação do cuidador entrevistado.

Os dados coletados indicam que o tempo diário dedicado aos cuidados com os idosos é de pelo menos 12 horas por dia, alcançando em alguns casos a integralidade do tempo diário. O exercício do cuidado pelos entrevistados já dura um tempo superior a 2 anos, embora inferior a 6. Conforme quadro 02:

Quadro 02: Tempo de dedicação e relação de parentesco

Id.*	Tempo diário dedicado aos cuidados	Tempo em anos dedicado aos cuidados	Parentesco do idoso em relação ao cuidador
C1	16 horas	2 anos	Mãe
C2	24 horas	6 anos	Mãe
C3	12 horas	2 anos	Mãe
C4	24 horas	4 anos	Sogro
C5	12 horas	3 anos	Esposa

*Código de identificação do cuidador entrevistado.

Por sua vez, entre os pacientes idosos pesquisados, também prevalece o sexo feminino, 80% do total. A idade média do grupo é de 78,2 anos. Quase todos perderam seus companheiros de vida, a viuvez atinge 80% deles. O número de filhos é variável, inexistindo padrão, e a escolaridade é praticamente inexistente. Conforme Quadro 03:

Quadro 03: Dados de identificação do idoso cuidado

Id.*	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Filhos
I1	Feminino	81	Viúva	Ens. Fund. Incompleto	02
I2	Feminino	83	Viúva	Analfabeta	19
I3	Feminino	79	Viúva	Ens. Fund. Incompleto	07
I4	Masculino	72	Viúvo	Analfabeto	10
I5	Feminino	76	Casada	Analfabeta	02

*Código de identificação do idoso investigado.

O questionário socioeconômico nos permitiu aferir a renda dos idosos bem como conhecer um pouco melhor as condições de vida em que vivem. Dos idosos observados, 80 % foram agricultores (apenas uma idosa havia sido auxiliar de serviços gerais no passado) e atualmente encontram-se aposentados. A renda familiar de todos eles gira em torno de 2 salários mínimos.

As condições de vida deles são simples, distantes de qualquer luxo. Observou-se que 100% de suas residências se encontram em vias asfaltadas/pavimentadas e 80% utilizam água proveniente da rede geral de distribuição, apenas uma das residências era abastecida com água proveniente de nascente.

A princípio procuramos saber dos cuidadores suas definições sobre o cuidado. As respostas obtidas trouxeram palavras como “atenção”, “amor”, “preocupação”, para com o outro:

C1: *“Cuidado é toda atenção, é amor, é se preocupar com a outra pessoa por dentro e por fora.”*

C2: *“Cuidado é prestar atenção.”*

C4: *“Cuidar é tratar bem, dar uma boa alimentação, na hora certa, dar banho.”*

C5: *“Cuidar é a preocupação com a capacidade de autocuidado do outro. Quando você não confia que o doente tome conta de si, aí (sic) você vai lá e cuida.”*

Pode-se dizer que o cuidado significa solicitude, dedicação, preocupação, atenção, zelo. Neste sentido, a compreensão dos cuidadores sobre o cuidado se aproxima do entendimento que nos diz que o ato de cuidar é um ato de amor ao próximo, de valorização da vida como o bem mais precioso que existe (WALDOW, 2014).

Porém, uma das respostas obtidas, se extraiu certo grau de inconformismo:

C3: *“Cuidado é uma prisão, é complicado, você deixa de viver”.*

Tal resposta destoa das demais e indica que o cuidador em questão compreende o cuidado como um encargo amargo. Depreende-se das respostas oferecidas que o conceito de cuidado é amplo e abrange diversos significados. Questionamos os cuidadores sobre suas maiores dificuldades em relação ao cuidado de idosos com DA. As respostas foram variadas e não foi possível indicar um padrão:

C1: *“É a locomoção porque não tem cadeira. Essas coisas (sic)”*

C2: *“A noite devido à fralda e porque ela acorda” (sic).*

C5: *“manter a casa limpa e cozinhar, teimosia por parte dele”.*

Dificuldades de locomoção pela ausência de cadeira de rodas, teimosia por parte do idoso em aceitar os cuidados, troca de fraldas, cuidar da higiene e dos afazeres domésticos, encontrar tempo para cuidar de si mesmo, foram as respostas encontradas. A relação de cuidado se caracteriza pela relação interpessoal, onde há de um lado um indivíduo que manifesta comportamentos de cuidar e de outro, um indivíduo que necessita de cuidados. Ao acolher o outro e respeitá-lo, reafirma-se sua a condição de cuidador (WALDOW, 2014).

Neste sentido, questionamos aos cuidadores quais sentimentos já lhe ocorreram durante o processo de cuidado. As respostas obtidas trouxeram sentimentos diversos como “tristeza”, “medo”, “frustração”, “raiva”, “felicidade”, “bondade”, “preocupação, etc.

C1: *“Depende do dia, às vezes tô triste, às vezes enraivada, porque não tenho apoio e desempenho o cuidado sozinho”.*

C2: *“Me sinto feliz, responsável. Minha mãe é tudo que tenho na vida”.*

C3: *“Eu fico me culpando porque eu queria dar o máximo, mas não consigo ser perfeita”.*

C4: *“Me sinto bem, eu escolhi (sic) ficar com ele”.*

C5: *“às vezes sinto tristeza, medo, frustração”*

Os cuidadores também foram entrevistados sobre a divisão das responsabilidades relativas ao cuidado dos idosos com DA. Observou-se que em alguns casos o cuidado é compartilhado de forma breve com outras pessoas, geralmente membros da própria família do cuidador.

C1: *“Não!”*

C2: *“Sim, com a minha esposa”.*

C3: *“Sim, uma pessoa amiga ajuda quando pode, em momentos vagos.”*

C4: *“Às vezes conto com o apoio da minha sobrinha”.*

C5: *“Sim, deixo uma das filhas cuidando quando preciso sair.”*

Conforme se depreende das falas, não há qualquer divisão de horários entre os que participam do cuidado ao idoso. Além das responsabilidades referentes ao ato de cuidar do idoso em si, essas pessoas acabam perdendo a consciência das demais funções e papéis delas em outras atividades do cotidiano.

Assim, questionamos os cuidadores se o tempo ofertado ao cuidado possibilitava que tivessem momentos de lazer e para a promoção e verificação da suas próprias saúdes. As respostas obtidas indicam que os cuidadores dispõem de pouquíssimo tempo para si.

C1: *“Tempo de lazer só quando minha mãe dorme, nesse momento aproveito para sair, visitar os amigos”.*

C2: *“Não saio para lugar nenhum. É muito raro, Deus me livre!”*

C3: *“Não tenho tempo para mim”.*

Por meio da leitura das experiências dos cuidadores e suas falas, podemos observar que na sua grande maioria estão sobrecarregados de várias maneiras, devido ao acúmulo de funções, sejam elas no trabalho ou caseiras, em sua maioria.

C3: *“É muita coisa pra fazer, e o dia chega ser muito curto pra fazer tudo. E a pessoa não tem tempo nem pra descansar. É puxado!”*

C5: *“Para ir ao mercado sou, pra pagar a luz sou eu, tudo sou eu lá em casa! E quando eu saio, deixo a minha (sic) menina olhando. Mas não posso deixar eles sozinhos muito tempo, né!”*

Diante das falas podemos perceber a dificuldade do cuidador em efetuar certas atividades de sua vida diária, tais como o autocuidado. Assim, questionamo-los quanto à promoção do autocuidado. As respostas dadas nas entrevistas indicam que os cuidadores não promovem o autocuidado de maneira satisfatória.

C1: *“Me cuido, mas muito pouco, procuro ter higiene, ajeito (sic) a unha”.*

C4: “Sou meio desligada com a alimentação, com minha diabetes. Quando tenho tempo pinto às unhas e dou escova no cabelo”.

Ao observar todo o processo de fala dos cuidadores, foi possível observar um autocuidado escasso, onde foi evidente privações de necessidades básicas de saúde ao bem estar individual. Como as famílias da maioria das cuidadoras transferem a responsabilidade do cuidar para uma única pessoa, que muitas vezes tem de mudar toda sua estrutura de vida em função do dependente e não recebe ajuda direta de outros familiares acaba por não saber como conciliar o cuidado ao idoso e o seu próprio cuidado e atribuições, como lazer e descanso, gerando assim uma sobrecarga emocional em todas elas. E em algumas podemos perceber sinais de ansiedade e depressão:

C3: “Tem horas que dá uma doidera (sic) na pessoa que dá vontade de sumir. Dá logo uma choradeira, mas a gente lembra que tem os filhos né, pra terminar de criar, mas é assim mesmo!”

C5: “A gente tem que cuidar deles né? porque ai não vai ter ninguém pra cuidar no nosso lugar”

Podemos observar também que realizar certas atividades do cuidado tais como banho e troca de lugar do idoso que em sua maioria não deambula mais, é preciso exercer bastante força, entretanto grandes partes do grupo de cuidadoras também eram de idade um pouco avançada e apresentam variações em seu estado de saúde, e devido a falta de exercícios físicos, causando um desgaste físico e piorando seu quadro de saúde, porém ainda continuando com os cuidados.

C3: “Minhas pernas vivem doendo e minhas costas também, mas se não for eu, não tem quem faça não, essa é a minha cruz, e eu tenho que carregar.”

Os problemas de saúde surgidos durante o processo de cuidar mais citados pelos cuidadores são: Insônia, impaciência, esquecimento, depressão e arritmia.

A proposta da intervenção foi atendida, com ampla qualidade nos resultados através das falas proporcionadas pelos próprios cuidadores portadores de DA. Além das ricas falas adquiridas nas intervenções, foi possível ter uma ampla riqueza no momento voltado as práticas de terapias leves, proporcionando momentos relaxantes aos cuidadores, com momentos de musicoterapia, que embora traga um entendimento de simplicidade nas intervenções, o momento trouxe grande contentamento por parte dos cuidadores.

1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que os cuidadores familiares de idosos com DA se mostram insatisfeitos na vivência do dia através das falas proporcionadas nas intervenções, e sentem carência do apoio profissional, social e profissional, com uma sobrecarga elevada sobre os cuidadores, onde eles também ao longo do processo do cuidado adquirem doenças que sobrecarregam mais ainda a forma do cuidado.

Dada a importância do assunto, é necessário reconhecer que o cuidador é um ser constituinte desse processo e que precisa de apoio em vários aspectos, sejam sociais, individuais ou familiares, pois - sem apoio - este está sujeito ao adoecimento afetando sua qualidade de vida e a do idoso ao qual dispensa o cuidado.

Portanto, propõe-se aos gestores, bem como à população interessada, a criação de uma rede de apoio no município no qual realizou-se o estudo visando à melhoria da qualidade de vida de todos os agentes envolvidos no processo do cuidado, intensificando a melhoria que as tecnologias leves podem trazer a vida desses usuários com acesso tão simples. O estudo teve algumas limitações, com um número de amostra não muito extenso, porém com qualidade no cumprimento dos objetivos propostos.

2. REFERÊNCIAS

DOS SANTOS, Elvira Alves; DE OLIVEIRA ZANINI, Claudia Regina; ESPERIDIÃO, Elizabeth. Cuidando de quem cuida: uma revisão integrativa sobre a musicoterapia como possibilidade terapêutica no cuidado ao cuidador. **Revista Música Hodie**, v. 15, n. 2, 2015.

FONSECA, Karla Haydê Oliveira; AZEVEDO, Fernando. Biblioterapia: relato de uma experiência no lar de idosos em Braga-Portugal. *Revista ACB: biblioteconomia em Santa Catarina*, 2016, 21.2: 381-389.

FONSECA, M. P.; ROCHA, M. A. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Recuperado el**, v. 7, p. 801-8, 2008.

LEME, Juliane Badaró, et al. Grupo de apoio a cuidadores familiares de idosos: uma experiência bem sucedida. *Ciencia Cuidado e Saúde*, 2011, 10.4: 739-45.

LUZARDO, Adriana Remião; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho; SILVA, Ana Paula Scheffer Schell da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto & contexto enfermagem. Florianópolis. Vol. 15, n. 4 (out./dez. 2006), p. 587-594**, 2006.

MARQUES, Daiane Pazzini. A importância da musicoterapia para o envelhecimento ativo. *Revista Portal de divulgação*, 2011, 15.

MOREIRA, Marcia Duarte; CALDAS, Célia Pereira. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 520-525, 2007.

SEIMA, Marcia Daniele; LENARDT, Maria Helena; PEREIRA CALDAS, Célia. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2014, 67.2.

TALMELLI, Luana Flávia da Silva Almelli, et al. Doença de Alzheimer: *Declínio funcional e estágio da demência*. Acta Paul Enferm Acta Paul Enferm. 2013; 26(3):219-25. acesso em: 02 Nov de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/03.pdf>

VIEIRA, Lizyana, et al. *Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 15 (2): 255-263, 2012. [Fecha de consulta: 4 de novembro de 2018]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838796008>

LINHARES, Luciano Lempek. Paulo Freire: por uma educação libertadora e humanista. PUCPR. 2008.

I-TECH. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Agency (HRSA). Guião de implementação técnica 1. Organizar e Conduzir Grupos Focais. 2008.

COSTA, Andry Fiteman, et al. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas-Doença de Alzheimer. *Portaria SAS/MS*, 2013, 1298: 147-67.

Salgueiro H, Lopes M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. *RevGauchaEnferm*. 2010; 31(1): 26-32.

JOSÉ FERREIRA. Intervenções em saúde pública e seu impacto nas desigualdades sociais em saúde. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, v. 27, n. 1. 2015.