

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**JUSSARA DOS REIS SILVA CAMPOS**

**O ENVELHECIMENTO SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS PARA O IDOSO COM ALZHEIMER**

**VOLTA REDONDA**

**2024**

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

## **O ENVELHECIMENTO SOCIAL E A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO COM ALZHEIMER**

Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social do Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aluna:

Jussara dos Reis Silva Campos

Orientador:

Prof. Me. Ailton da Silva Carvalho

**VOLTA REDONDA**

**2024**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

## Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:

O envelhecimento social e a construção de políticas públicas para idosos com Alzheimer

Elaborado por: Jussara dos Reis Campos

apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Serviço Social

Aprovada em 11 de dezembro de 2024

## Banca Avaliadora:

Ailton da Silva Carvalho

Professor Orientador

Ailton da Silva Carvalho, Mestre, UniFOA

Karin Alves do Amaral Escobar

Professor Avaliador

Karin Alves do Amaral Escobar, Mestra, UniFOA

Marco Aurélio Ramalho Gandra

Professor Avaliador

Marco Aurélio Ramalho Gandra, Doutor, UniFOA

Dedico esse trabalho a minha mãe, uma mulher que dedicou toda sua vida a ensinar que a educação sempre será o melhor caminho, que sempre lutou por minha formação e quando soube que iniciei a faculdade, foi um momento de alegria e de incentivo. No decorrer da mesma, minha mãe foi diagnosticada com o Alzheimer, hoje dedico a você mãe, todo meu sucesso e toda minha gratidão.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo do curso.

Ao meu esposo Murilo, meus filhos Luan, Matheus, eles são o melhor de mim, minha nora Ingrid, minha neta Helena e minha afilhada Anna Júlia por me incentivarem e por estarem ao meu lado em todos os momentos.

Aos meus pais e em especial minha irmã Andreia por compreenderem minha ausência enquanto eu me dedicava a realização desse trabalho.

Aos amigos e família que acreditaram em mim.  
Aos meus professores por todos os ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional, em especial, meu orientador Prof. Me. Ailton da Silva Carvalho, por todos os momentos, pela compreensão, pelo profissionalismo e por ter aceitado acompanhar-me neste projeto, o seu empenho foi essencial para a minha motivação à medida que as dificuldades iam surgindo, expresso minha gratidão.

## RESUMO

A doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência neurodegenerativa em idosos. Sua evolução se divide em três etapas e a realidade da doença é devastadora, não só diminui o poder de percepção e compreensão, mas também rompe laços identitários e familiares, desafiando comunidades, cuidadores e pesquisadores a enfrentar uma doença que requer tratamentos eficazes para a melhor qualidade de vida do paciente e estudos científicos para obter a cura. Daí a importância de profissionais capacitados, assistentes sociais capazes de assistir pacientes os acometidos pela doença, para atendimento de suas necessidades e de seus cuidadores. O objetivo geral foi estabelecer um constructo, onde será mostrada a enfermidade em sua totalidade, mas também, a fundamentalidade do papel do profissional supracitado, para com a família e o paciente com Alzheimer. O método para seu desenvolvimento foi a pesquisa bibliográfica, com busca de dados em monografias, artigos científicos, revistas e sites da internet. A Assistência Social dispõe das ferramentas necessárias para cuidar dessas pessoas, oferecendo-lhes melhor qualidade de vida. O assistente social desempenha um papel fundamental nesse processo, atuando como um elo entre os serviços de saúde e a família, facilitando a adaptação a essa nova realidade e promovendo o bem-estar do paciente e de seus entes queridos. Seu trabalho é essencial para garantir que tanto o paciente quanto a família recebam o apoio necessário em uma fase tão desafiadora da vida.

**Palavras-chave:** Doença de Alzheimer. Idosos. Cuidadores. Assistência Social. Qualidade de Vida.

## **ABSTRACT**

Alzheimer's disease is the most common form of neurodegenerative dementia in the elderly. Its progression is divided into three stages and the reality of the disease is devastating. It not only reduces the power of perception and understanding, but also breaks identity and family ties, challenging communities, caregivers and researchers to face a disease that requires effective treatments for the patient's best quality of life and scientific studies to obtain a cure. Hence the importance of trained professionals, social workers capable of assisting patients affected by the disease, to meet their needs and those of their caregivers. The general objective was to establish a construct that would show the disease in its entirety, but also the fundamental role of the aforementioned professional in relation to the family and the patient with Alzheimer's. The method for its development was bibliographic research, with data searched in monographs, scientific articles, magazines and websites. Social Welfare has the necessary tools to care for these people, offering them a better quality of life. The social worker plays a fundamental role in this process, acting as a link between health services and the family, facilitating adaptation to this new reality and promoting the well-being of the patient and their loved ones. Their work is essential to ensure that both the patient and the family receive the necessary support in such a challenging phase of life.

**Keywords:** Alzheimer's disease. Elderly. Caregivers. Social assistance. Quality of life.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 O ENVELHECIMENTO SOCIAL.....	13
3 A DEMÊNCIA E A DOENÇA DE ALZHEIMER .....	20
4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS.....	24
4.1 Políticas públicas inerentes à doença de Alzheimer.....	26
4.2 Direitos do idoso com doença de Alzheimer.....	29
5 ASSISTÊNCIA SOCIAL: SEU PAPEL NA SOCIEDADE.....	34
5.1 O papel do assistente social na vida do paciente com Alzheimer...	37
6 CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	41

## LISTRA DE FIGURAS

Figura 1: Envelhecimento Populacional.....	16
Figura 2: Cargas de doenças por idade no Brasil em 2019.....	17

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DA – Doença de Alzheimer

QV – Qualidade de Vida

TCC – Trabalho de conclusão de curso

DH – Doença de Huntington

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III

TCE – Traumatismo cranioencefálico

OMS – Organização Mundial da Saúde

FGTS – Fundo de Garantia do Tempo de Serviço

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

BPC - Benefício de Prestação Continuada

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNSPI – Política Nacional de Saúde do Idoso

PNI – Política Nacional do Idoso

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

## 1 INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) é a forma mais comum de demência neurodegenerativa em pessoas idosas, afeta a memória, a fala e a noção de espaço e tempo, podendo provocar apatia, delírios e, em alguns casos, comportamento agressivo. É uma doença progressiva, que destrói a memória e outras funções mentais importantes, as conexões das células cerebrais e as próprias células se degeneram e outras morrem (OLIVEIRA; CALDANA, 2012).

Sales et al. (2011, p.35), revela os estágios da doença:

Sua evolução é dividida em três estágios: no primeiro, considerado leve, a pessoa idosa manifesta confusão e perda de memória, desorientação espacial, dificuldade progressiva no cotidiano, mudanças na personalidade e na capacidade de julgamento. No segundo, considerado moderado, a doença evolui para a incapacidade na realização das atividades da vida diária, além de ansiedade, delírios, alucinações, agitação noturna, alterações do sono, dificuldades de reconhecimento de amigos e familiares. Por fim, o terceiro e mais grave estágio é caracterizado pela redução acentuada do vocabulário, diminuição do apetite e do peso, descontrole esfinteriano e posicionamento fetal.

Com esta nova realidade do envelhecimento que vem afetando a população e como o número de idosos vem aumentando, a busca por uma intervenção profissional se faz necessária, e esse trabalho de pesquisa visa responder as necessidades sociais e garantir o atendimento humanizado, pautado no processo ético-político em relação a pessoa idosa, proporcionando acesso aos direitos sociais necessários e fortalecendo vínculos familiares

Esse tema se torna relevante a partir dessa realidade, os idosos e suas necessidades, a busca por acompanhamentos que por muitas vezes é feita por familiares que nem sempre estão preparados para esse desafio, estar com um idoso cometeido pela DA requer um acompanhamento psicológico e que terão que passar.

O idoso precisa passar por situações que o envelhecimento traz e que nem sempre tem esse diagnóstico precoce para o tratamento de Alzheimer, por isso, não são possíveis um tratamento preventivo, ainda são muitas as dúvidas a respeito pelo fato de não haver cura. Toda fase do ser humano são fases distintas, que ocorrem gradativamente e a realidade devastadora de DA que não apenas diminuí a o poder de compreensão e de entendimento, mas também fragmenta a identidade e laços

familiares, desafia comunidades, cuidadores e pesquisadores a enfrentar uma doença que ainda requer tratamentos e a busca por conhecimentos para que se chegue à cura, que ainda não existe e tratamentos eficazes para essa complexidade.

No Brasil vem aumentando as condições e a qualidade de vida (QV), devido a isso o número de idosos vem crescendo, junto surgindo comorbidades que antes não se via ou não existiam pelo fato de não se ter um número maior de pessoas idosas, as estruturas e o atendimento a esse idoso é um desafio para os governos para se estruturarem para um bom atendimento.

O processo de DA ocorre muitas vezes por uma depressão, afastamento de familiares ou pelo fato de não corresponder às expectativas desse idoso em relação a sua vida cotidiana, e nesse convívio familiar muitas vezes passa despercebido.

Entre tantos desafios que o assistente social encontra no tratamento a saúde mental, busca estar em constante qualificação para uma melhor garantia de direitos dessa pessoa idosa e o assistente social no seu código de ética tem o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e esse profissional deve estar em processo de aprendizagem capacitação para atender as demandas que aparecem para a garantia de bem-estar físico, mental e social, garantindo uma assistência à saúde para essa pessoa idosa e nessa busca para melhor atendimento podendo estar com uma equipe multidisciplinar, onde esses profissionais atuam em conjunto para um melhor atendimento e dar uma condição digna a esse indivíduo e seus familiares, buscando ampliar o estudo a pessoa idosa e com isso perceber o grande desafio que é a atuação na saúde e sua complexidade.

Neste sentido, seu objetivo geral é estabelecer um constructo, onde será mostrada a enfermidade em sua totalidade, mas também, a fundamentalidade do papel do profissional supracitado, para com a família e o paciente com Alzheimer. E, seu objetivo específico é analisar e expressar os diversos aspectos que permeiam o envelhecimento, incluindo suas implicações sociais, econômicas e de saúde.

Este trabalho se propõe a analisar e expressar os diversos aspectos que permeiam o envelhecimento, incluindo suas implicações sociais, econômicas e de saúde. A partir de uma pesquisa bibliográfica, com busca de dados em monografias, artigos científicos, revistas e sites da internet, será realizada uma análise para melhor compreensão sobre os desafios e oportunidades que acompanham o aumento da longevidade na população.

O trabalho de conclusão de curso (TCC) encontra-se dividido por capítulos, para melhor entendimento, assim, no primeiro capítulo será abordado o envelhecimento e suas causas.

O segundo capítulo versa a respeito da doença em si, a demência e o doença de Alzheimer, em uma perspectiva social do tema.

No terceiro capítulo será realizada uma análise sobre essa população preconizando de que forma lidar com o Alzheimer.

O quarto capítulo explicita as políticas públicas que abarcam o assunto e estabelecem os direitos dos idosos que sofrem com esta enfermidade.

O quinto capítulo estabelece um entendimento sobre a Assistência Social, em relação a seu papel na sociedade e na vida do portador de Alzheimer, construindo um caminho para compreender com está estruturado este contexto, e o que é preciso ou não melhorar

## 2 O ENVELHECIMENTO SOCIAL

Envelhecer é um processo natural do corpo, por isso a necessidade de amplo conhecimento sobre como os idosos são incluídos no processo de construção social. Do ponto de vista biológico, a idade é considerada o desgaste natural das estruturas orgânicas que sofrem processos de transformação e degeneração com a idade (CALDAS, 2002).

As tentativas de definir a velhice numa perspectiva puramente biológica caem no erro de fazer uma distinção puramente cronológica, tratando a população idosa de forma homogênea e ignorando aspectos importantes do contexto sociocultural em que os idosos estão inseridos. Uchoa et al. (2002) argumentam que o envelhecimento é vivenciado de forma diferente entre indivíduos, gerações e sociedades. Segundo Debert (1999), desde o final do século XIX, a velhice é considerada uma fase da vida caracterizada pelo declínio e pela falta de papéis sociais.

No entanto, ao analisar a história, verifica-se que em algumas sociedades antigas os idosos eram valorizados pela sua experiência, auxiliando os jovens nas suas atividades diárias, transmitindo os conhecimentos adquiridos ao longo da vida. Na Grécia, o envelhecimento é observado de acordo com a classe social. Se pertencem à elite, possuem poder político, econômico e cultural, sendo reconhecidos como sábios, ao contrário daqueles que pertencem às camadas sociais mais baixas, que representam a deficiência, a doença e a morte (HORN, 2013).

Beauvoir (1990) destaca a história da velhice em certas sociedades, particularmente na China e no Japão antigos, que favorecem os mais velhos. Os antigos chineses criaram um governo centralizado e autoritário. Segundo Beauvoir (1990, p. 112) “confúcio modelou o microcosmo que fundou a família à imagem do coletivo. Toda a casa devia obedecer aos mais velhos. da sua longa vida, ocupando um lugar de destaque, aliando sabedoria e experiência”.

Na antiguidade, parece que algumas pessoas consideravam a velhice uma fonte de conflito geracional. Beauvoir (1990, p. 122) afirmava que “a noção de honra estava ligada à de velhice. Para o mesmo autor, a velhice estava integrada à sabedoria, à longevidade que confere experiência e autoridade”.

Para Beauvoir (1990, p. 136):

É preciso que o corpo permaneça intacto para que a velhice seja feliz: uma bela velhice é aquela que tem a lentidão da idade, mas sem deficiências. Ela depende ao mesmo tempo das vantagens corporais que se poderia ter, e também do acaso. O declínio do corpo acarreta o do indivíduo inteiro.

Como apontado por Lemos et al. (2015), parece que no passado, babilônios, judeus e gregos deram grande atenção aos problemas inerentes à velhice e procuraram formas de prevenir o processo de envelhecimento. Para os babilônios, a imortalidade era um ideal a ser alcançado. Os gregos desprezavam os mais velhos e os colocavam em um serviço subordinado e humilhante, elogiando a beleza e a juventude.

Somente o filósofo grego Platão teve uma visão onde a velhice está associada à sabedoria, à prudência, ao bom senso e à astúcia. Os judeus se distinguiram pela importância dada aos mais velhos, considerados líderes naturais. Na cultura judaica distinguimos “Musalém”, que, segundo as Escrituras, viveu 969 anos. Para eles, uma vida longa era considerada uma bênção (LEMOS et al. 2015).

Na sociedade romana, os idosos tinham uma posição privilegiada. Eles tinham a autoridade dos “*paterfamilles*”, ou “pais de família”. No entanto, esta autoridade irritou as gerações mais jovens. Segundo Souza, Freitas e Queiroz (2008) com a queda do Império Romano, os idosos perderam seus privilégios na sociedade e tornaram-se vítimas dos jovens. Os Incas e Astecas tratavam os mais velhos com muito respeito e consideração. Cuidar dele era considerado uma responsabilidade pública.

Segundo Busse e Blazer (1992), no Antigo Testamento parece que as pessoas viveram por muito tempo, por exemplo os 10 patriarcas que viveram antes do dilúvio: Enoque (365 anos), Lameque (777 anos), Malaleel (895 anos), Enos (905 anos), Cainan (910 anos), Sete (912 anos), Adão (930 anos), Noé (950 anos), Jared (962 anos) e Musalém (969 anos). Esses registros de longevidade aparecem no Antigo Testamento. Em geral, porém, o Cristianismo revela uma visão negativa da velhice.

Os escritores cristãos associaram a velhice à doença, à decadência e ao pecado. Segundo Ferrigno (1991), os idosos pertencentes a tribos nômades, devido aos seus deslocamentos habituais em busca de alimento, são muitas vezes abandonados na estrada, como aqueles que pertencem a tribos guerreiras.

Verificou-se também que, nas sociedades agrícolas, a existência de abundância de alimentos não era condição para a proteção e valorização dos idosos.

Foi levada em conta a sua capacidade de produzir e gerar riqueza. Verifica-se também que durante muitos séculos a idade foi considerada uma doença, talvez porque, segundo registos históricos, foi estudada por pessoas ligadas à área da medicina, como Galeno, que no século II, escreveu sobre o fisiológico e sobre seus efeitos nas funções dos idosos.

Nos séculos seguintes, a velhice foi pouco estudada. Aristóteles e Leonardo da Vinci realizaram muitos estudos, mas todos consideravam a velhice uma doença. No século VI a velhice era vista como um período de cessação do trabalho, daí a ideia de criação de lares para idosos necessitados. Na Idade Média, época de grandes lutas, os idosos eram obrigados a fazer trabalhos humilhantes e humilhantes para sobreviver (BORGES, 2007).

Segundo Scott (2002) argumenta, as sociedades constroem diferentes práticas e representações da idade. Para Heck e Langdon (2002) o processo de envelhecimento gera mudanças socialmente construídas em práticas, crenças e valores dentro de diferentes grupos sociais com base em visões de mundo compartilhadas.

O envelhecimento da população é resultado da transição demográfica. No modelo padrão, a transição envolve três etapas: as sociedades primitivas tinham altas taxas de mortalidade e natalidade que se poderiam dizer que se anulavam, de modo que a taxa de crescimento populacional oscilava em torno de zero.

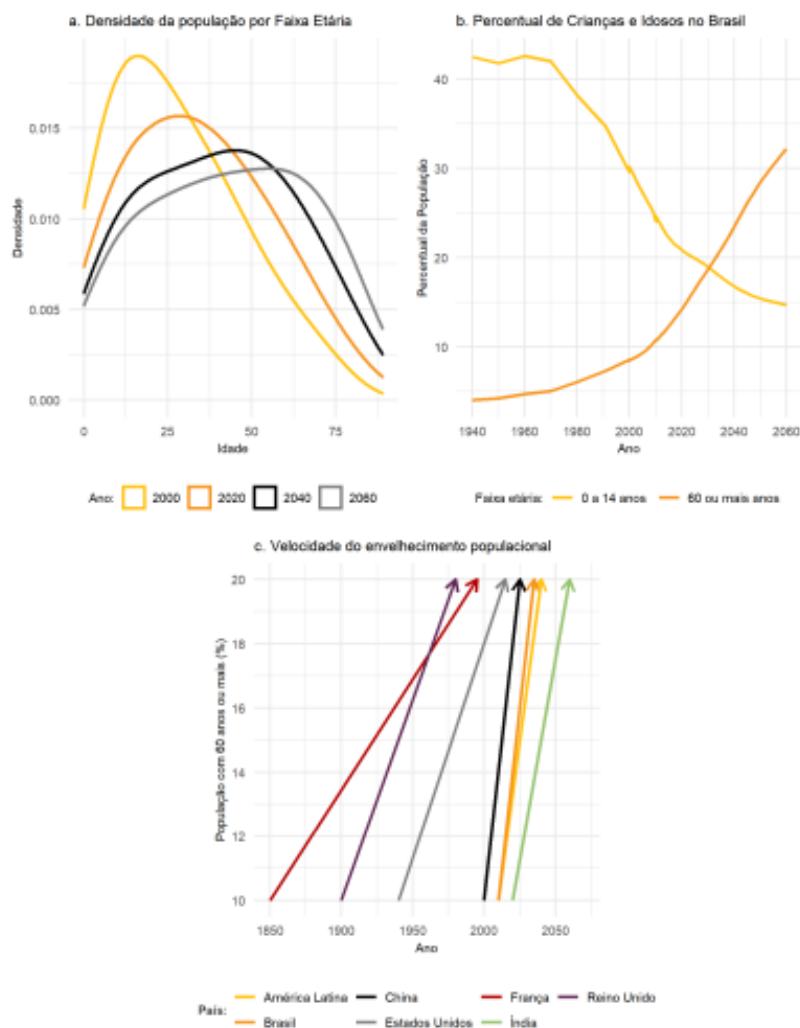
Na primeira fase da transição, as taxas de mortalidade entre a população mais jovem começam a diminuir e tanto a população como a proporção de crianças na população aumentam. Na segunda fase, a taxa de natalidade começa a diminuir e, à medida que a taxa de crescimento populacional diminui, a proporção da população em idade ativa aumenta mais rapidamente do que a população total.

Na terceira fase, as taxas de mortalidade e natalidade estabilizam em níveis baixos e o tamanho da população para de crescer ou, em algumas circunstâncias, diminui. Nesta fase, a população idosa aumenta devido ao aumento da longevidade, e o crescimento da população em idade ativa abrandando devido à baixa taxa de natalidade. Espera-se que esta transição esteja concluída até 2100 em todos os países, mas o seu ritmo e determinantes podem variar dependendo da experiência histórica dos países desenvolvidos e das realidades atuais dos países em desenvolvimento (BLOOM; LUCA, 2016).

A história da população brasileira repete em grande parte os padrões descritos acima. As taxas de mortalidade começaram a diminuir na década de 1940, e este declínio, especialmente em combinação com o declínio da infância e as taxas de natalidade ainda elevadas nas décadas de 1950 e 1960, contribuiu para um rápido crescimento populacional de cerca de 3% ao ano. Desde então, este aumento abrandou à medida que as taxas de natalidade diminuíram significativamente. A taxa de fertilidade aumentou de 6,2 filhos por mulher em 1950 para 1,7 filhos por mulher em 2012 (CAMARANO; KANSO; FERNANDES, 2014).

Ao mesmo tempo, a esperança de vida à nascença aumentou de 54 anos em 1960 para 76 anos hoje (BANCO MUNDIAL, 2022). O envelhecimento, acelerado por essas mudanças demográficas, é uma das principais características da dinâmica populacional do Brasil atualmente.

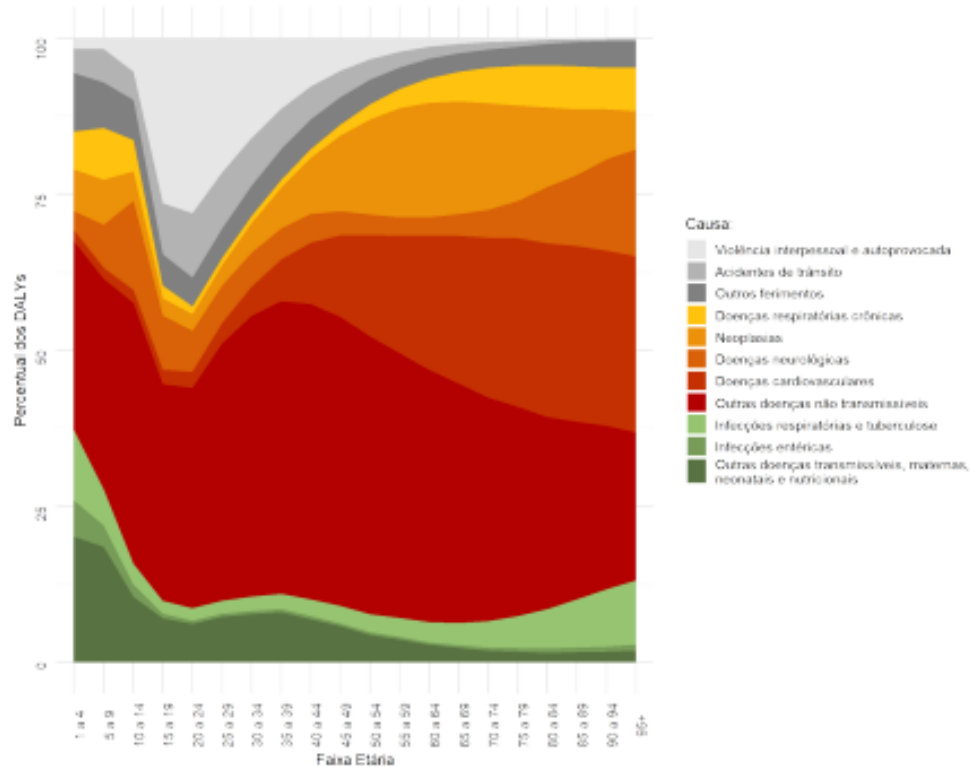
**Figura 1: Envelhecimento Populacional**



Fonte: (MREJEN; NUNES; GIACOMIN, 2023, p.10).

O rápido envelhecimento desta população está associado a sérios problemas em muitos aspectos. No caso da saúde, em particular, as transições demográficas estão associadas a uma mudança no fardo das doenças para um fardo maior de DNT (RACHE; NUNES; ROCHA 2020).

**Figura 2: Cargas de doenças por idade no Brasil em 2019**



Fonte: (MREJEN; NUNES; GIACOMIN, 2023, p.11).

O envelhecimento biológico é cruel, ativo e irreversível, tornando o corpo mais vulnerável a ataques externos e internos. Há evidências de que o processo de envelhecimento é multifatorial e depende de programação genética e de alterações que ocorrem em nível molecular celular, é um processo gradual e natural pelo qual o corpo passa ao longo do tempo, resultando em mudanças físicas, mentais e funcionais.

Esse processo é inevitável e universal, afetando todas as pessoas à medida que avançam em idade, um processo natural do corpo que ocorre em todas as pessoas, sem exceção. Todos têm a possibilidade de alcançar a velhice, a menos que a vida seja interrompida antes disso, seja na infância, na adolescência ou na fase adulta.

Algumas pessoas alcançam vidas longas, saudáveis e independentes, contudo para outras, o processo de envelhecimento não é tranquilo, requerendo cuidados especiais. A velhice bem-sucedida se caracteriza por um período em que os idosos têm autonomia e apresentam baixo risco genético de doenças (COIMBRA; BADARÓ, 2022).

A velhice normal refere-se à pessoa que vivencia alterações fisiológicas e biológicas de forma gradativa, por sua vez, quando esse processo é patológico, afeta negativamente a saúde física e mental. Coimbra e Badaró (2022) e Mattos et al. (2019) afirmam que embora os idosos tenham a mais alta QV relacionada à alimentação e aos cuidados, os mesmos, ainda podem apresentar fatores genéticos ou ambientais que os afetem, estabelecendo uma tendência que levará a complicações de saúde física, juntamente com impactos psicológicos.

De acordo com Vargas (1983, p.75):

O envelhecimento é um fato natural, inevitável, inerente à pessoa humana, e que, conseqüentemente, modifica tanto os aspectos físicos quanto os psicológicos da mesma. É um fenômeno que só pode ser entendido na totalidade, sendo, portanto, também, um efeito sociocultural.

Nas últimas décadas, muitos estudos foram realizados para elucidar os mecanismos bioquímicos e moleculares do envelhecimento. O consenso é que o envelhecimento é um processo multifatorial e as espécies reativas de oxigênio são um fator contribuinte (VARGAS, 1983). No entanto, a extensão desta contribuição permanece obscura.

O envelhecimento biológico é cruel, ativo e irreversível, tornando o corpo mais vulnerável a ataques externos e internos. A demência é um grupo de doenças crônico-degenerativas que causam perda de cognição, memória, compreensão, linguagem, atenção e outras funções corticais. A deterioração das áreas nas quais um indivíduo pode funcionar de forma independente afeta principalmente a capacidade funcional e a qualidade de vida do indivíduo e da comunidade (BITENCOURT et al. 2018).

A DA é uma das síndromes demenciais mais conhecidas e com maior incidência. É uma patologia progressiva, degenerativa e irreversível, e vários fatores como idade, fatores ambientais, genética, diabetes, hipertensão e até traumatismo cranioencefálico levam a uma perda progressiva da função cognitiva e alterações no comportamento emocional e emocional (SANTOS, 2017).

O desenvolvimento lento afeta os indivíduos de várias maneiras. A princípio progride lentamente e os sintomas neuropsiquiátricos pioram. À medida que aumentam as perdas ocupacionais e sociais, os pacientes tornam-se cada vez mais dependentes de cuidados (FERNANDES; HELLMANN, 2016).

### 3 A DEMÊNCIA E A DOENÇA DE ALZHEIMER

O termo demência é derivado da palavra latina *demens*, formada a partir do prefixo de (sem) e da raiz mens (mente). Existem documentos egípcios, gregos e romanos que indicam que na antiguidade se notava que o envelhecimento poderia ser acompanhado de problemas de memória (LEIBING, 1997).

O termo recebeu conotações médicas apenas no início do século XVIII, e seu uso geralmente se referia a um estado de déficit intelectual, independentemente da causa. O fundador da psiquiatria moderna, Philippe Pinel, foi o primeiro a dar uma descrição detalhada da demência no final do século XVIII. Com Pinel e Esquirol, a demência senil passou a ser diferenciada das demais e estabelecida como forma definitiva de doença mental.

Por sua vez, Alois Alzheimer descreveu uma forma pré-senil de demência e mostrou que, por afetar também pessoas de meia-idade, não era apenas uma parte natural do processo de envelhecimento e degeneração, mas sim uma doença específica. O caso estudado e publicado pela Alzheimer é o de Auguste Deter, uma mulher de 51 anos internada numa instituição para doentes mentais em 1901, em Frankfurt. Segundo o marido, ela sofreu mudanças progressivas de personalidade durante cerca de oito meses, incluindo delírios de perseguição e ciúme excessivo (LEIBING, 1997).

O seu caso piorou progressivamente e ela ficava muitas vezes desorientada no tempo e no espaço, sofrendo de défices de memória e problemas de fala. O paciente faleceu aos 56 anos após sepse causada por úlcera de pressão na região sacral. Mais tarde, Alzheimer solicitou seus registros médicos e seu cérebro para exames patológicos (LEIBING, 1997).

Durante a autópsia do cérebro, o pesquisador descobriu o que hoje chamamos de placas neuríticas e emaranhados neurofibrilares e publicou o relato do caso com os resultados dos estudos subsequentes em 1906 e 1907. Esses achados patológicos já haviam sido descritos por outros pesquisadores, mas, com base nisso, o pesquisador concluiu que não eram a causa da demência senil, mas apenas um fenômeno que ocorre no cérebro do idoso.

Alzheimer não nomeou a nova doença porque não tinha certeza se era realmente uma doença nova ou apenas uma forma de demência senil que apareceu

anteriormente. O primeiro a utilizar o termo doença de Alzheimer foi Emil Kraepelin, em 1910, na oitava edição do seu Manual de Psiquiatria. Após a descrição do Alzheimer, a doença passou por um período de esquecimento, que durou aproximadamente até a década de 1960, quando era pouco comentada no meio científico (LEIBING, 1997).

Após a descrição do Alzheimer, a doença passou por um período de esquecimento, que durou aproximadamente até a década de 1960, quando era pouco comentada no meio científico. O interesse pela velhice como tema de estudo ainda era baixo, fruto de preconceitos generalizados contra essa faixa etária e, além disso, não havia muitos recursos populares disponíveis para o tratamento da velhice dos pacientes (BITENCOURT et al. 2018).

A DA era considerada uma doença rara que acomete jovens, por isso era chamada de demência pré-senil, e até a década de 1970 era considerada uma entidade separada da demência senil, que era atribuída a alterações da doença aterosclerótica no cérebro. Uma sequência de eventos, ocorridos desde meados da década de 1970, responsável pelo processo de legitimação da demência como doença, principalmente nos Estados Unidos e em alguns países europeus (LEIBING, 1997).

Estes eventos incluem a fusão da demência senil e pré-senil numa única entidade; Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais III (DSM), que introduziu pela primeira vez o termo demência; a organização dos familiares dos pacientes na associação, com o objetivo de troca de experiências e busca de direitos e, por fim, a chegada de medicamentos específicos para o tratamento de DA.

O primeiro medicamento aprovado para venda para o tratamento sintomático de DA foi a tacrina em 1993 e com o desenvolvimento desses eventos, o financiamento de pesquisas continua aumentando, pois fica mais fácil obter recursos para estudar doenças com critérios diagnósticos claros e que despertem o interesse da população. Assim, desde a década de 1970, houve um crescimento exponencial de publicações e pesquisas sobre a DA, principalmente, e desde então muito progresso foi feito na caracterização da doença na biologia clínica, genética e molecular e na busca de novos fármacos (LEIBING, 1997).

O intervalo entre o abandono dos achados sobre o Alzheimer e a retomada de algumas de suas pesquisas na década de 1960 acabou por permitir uma visão mais

ampla da pesquisa, talvez influenciada pela psicanálise, da doença que envolve a pessoa e não apenas de um processo patológico da pessoa. cérebro.

O expoente mais conhecido desta visão é, segundo Leibing (1997), que observou a discrepância entre a gravidade da patologia cerebral e o grau de sintomas nos processos mentais e provavelmente atribuiu isso às diferentes capacidades compensatórias dos pacientes (BITENCOURT et al. 2018).

As novas descobertas científicas sobre a demência desde o final da década de 1970, aliadas ao envelhecimento da população e ao conseqüente aumento da sua prevalência, provocaram um ressurgimento do interesse e do conhecimento público e mediático sobre o assunto. criação mais difundida e sim espalhando-se por toda a sociedade. Por tanto, o seu lugar na sociedade hoje é tal que todos podem expressar os seus pensamentos e ideias sobre o assunto, sem ter que realmente conhecer alguém que está sofrendo.

As principais características das síndromes demenciais são os déficits cognitivos, que incluem memória, aprendizagem, linguagem e julgamento, ou podem apresentar disfunções no desenvolvimento de habilidades motoras diárias, como cozinhar, manusear objetos e autocuidado em geral. Essas mudanças devem ser combinadas com a deterioração do controle emocional e social (BITENCOURT et al. 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) causam incapacidade e perda de autonomia nos idosos e afetam mais de 50 milhões de pessoas, especialmente em países menos desenvolvidos. Estima-se também que, até 2030, os custos anuais das doenças, incluindo cuidados médicos e sociais, excederão os 2 bilhões de dólares, sobrecarregando os sistemas de saúde em todo o mundo (OMS, 2017).

É importante considerar também que a etiologia da demência é multifatorial e não limita sua ocorrência à população idosa. Também podem ocorrer devido a outras condições clínicas que o paciente possa apresentar, como traumatismo cranioencefálico (TCE), infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), intoxicação medicamentosa, medicamentos e exposição a toxinas (MOREIRA, MOREIRA, 2020).

Portanto, podem ser divididas em degenerativas, ou seja, têm origem no próprio parênquima do cérebro e, dependendo da localização, recebem diferentes classificações como: doença de Alzheimer ou doença de Huntington (DH) e não

degenerativas, decorrentes de processos infecciosos, traumatismo cranioencefálico, neoplasias e outras patologias (RODRIGUES et al. 2019).

A DA é o principal tipo diagnosticado deste grupo de síndromes. Foi escrito pela primeira vez em 1906 pelo psiquiatra alemão Alois Alzheimer, através de estudos em cadáveres nos quais descobriu muitas lesões e alterações num cérebro autopsiado.

Nessa época, recebeu diversos nomes, geralmente chamados de “obsoleto” ou “esclerótico” (MATTOS; KOVÁCS, 2020). Distúrbios neurológicos e muitas lesões cerebrais levam ao aparecimento dos sinais e sintomas característicos de DA. Embora os sintomas apareçam gradativamente, às vezes é observada perda de memória, acompanhada de dificuldades de aprendizagem de novos eventos (COSTA et al. 2019).

Segundo Rodrigues et al. (2019) esta síndrome está diretamente relacionada a fatores de risco não modificáveis como genética e envelhecimento. No entanto, existem doenças evitáveis que podem ajudar a reduzir a sua incidência: doenças cardiovasculares, diabetes, colesterol elevado, obesidade, sedentarismo, hiperglicemia, entre outras.

Vários fatores contribuem para a promoção desta patologia, tais como: distúrbios genéticos, anomalias cerebrais, fatores ambientais ou exposição a toxinas, que levam a alterações irreversíveis nos circuitos neuronais, comprometendo o funcionamento de todo o sistema nervoso. Mesmo que não haja atendimento, sem intervenção imediata ou acesso ao tratamento adequado, o paciente perderá capacidades físicas, motoras, fisiológicas e cognitivas.

A OMS define QV como a capacidade e percepção que o indivíduo tem de vida, e por isso são observados diversos contextos multidimensionais: valores, cultura, expectativas, capacidade física, mental e econômica (PEREIRA et al. 2022).

Desde a sua primeira descrição, novos estudos foram realizados e estão sendo feitos para buscar novas informações sobre esta patologia, para avançar no diagnóstico e tratamento precoce. Embora o objetivo seja descobrir sua cura, esses estudos ainda não encontraram nenhuma forma de reconstrução neurológica perdida (PEREIRA et al. 2022).

#### 4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS

A esperança de vida aumentou graças aos avanços científicos e tecnológicos e à melhoria das condições socioeconômicas, entre outros fatores. O envelhecimento populacional emergiu como um fenômeno global, que ocorreu lenta e gradualmente nos países desenvolvidos e está agora a afetar rápida e intensamente os países em desenvolvimento. Garantir um envelhecimento “digno” tornou-se um desafio para as políticas públicas (BARBOZA, 2008).

A primeira assembleia internacional sobre o envelhecimento foi realizada em 1982. Resultou num plano de ação global composto por recomendações centradas em sete áreas, incluindo: saúde e nutrição, proteção dos consumidores idosos, alojamento e ambiente, a família, bem-estar social, Seguro Social, trabalho e educação (SILVA; SOUZA, 2011).

Foi sublinhada, então, a importância do tratamento dos idosos, pois estes devem ser integrados no mercado de trabalho, proporcionando-lhes os meios físicos e financeiros necessários à sua autonomia. O culminou na necessidade de ser reconhecido como um ator social, cujas necessidades e especificidades devem ser respeitadas, porque acrescentam valor à economia e representam um novo mercado (BARBOZA, 2008).

Por isso, surgiu a ideologia do envelhecimento “ativo”, com o discurso da inclusão dos idosos na vida socioeconômica. A imagem dos aposentados mais velhos ingressando no mercado de trabalho parece ser algo natural e desejável, além de importante para a produtividade. Ele não levou em conta o fato de que, muitas vezes, o indivíduo é introduzido no mundo do trabalho muito antes de sua vida, sendo explorado e privado de seus direitos (SILVA; SOUZA, 2011).

A Política Nacional do Idoso (PNI), a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e o Estatuto da Pessoa Idosa são dispositivos legais que orientam as ações sociais e de saúde, garantem os direitos dos idosos e obrigam o Estado a protegê-los. Contudo, sabe-se que a implementação de políticas públicas exige uma atitude consciente, ética e cívica por parte de quem participa e tem interesse em envelhecer da forma mais saudável possível. O Estado, os profissionais de saúde, os idosos e a sociedade em geral são todos responsáveis por este processo (BARBOZA, 2008).

Segundo Agustini (2003), a crescente preocupação da legislação brasileira com os idosos, é colocada mediante seus direitos na velhice. Assim, a Constituição Federal de 1988 foi a primeira a tratar o idoso e a velhice como um problema social, indo além da assistência social e garantindo proteção na forma de assistência social (BRASIL, 1988).

No entanto, Silva e Souza (2011) explicam claramente a preocupação com a separação entre o direito à velhice e a proteção da velhice. Considera o primeiro como uma variante do direito à vida e, portanto, mais completo e integral que o direito social à proteção da velhice.

O desafio para todos aqueles que participam no processo de envelhecimento, ou seja, para os seres humanos que pretendem vivenciar as fases da vida da melhor forma possível e desejável, “é garantir que as normas, que têm validade formal e ética, e que, portanto, são legais e legítimos, também têm validade factual e são eficazes” (SILVA; SOUZA, 2011, p. 142).

A PNSPI foi recentemente atualizada, levando em consideração o Pacto pela Saúde e suas Diretrizes Operacionais para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e reafirmando a necessidade de enfrentar os desafios impostos por um processo de envelhecimento hoje caracterizado por doenças e/ou condição crônica, que não são transmissíveis, mas evitáveis e controláveis, e deficiências que podem ser evitadas ou minimizadas. Entre estes desafios, há que destacar “a falta de equipes multidisciplinares e interdisciplinares com conhecimentos sobre o envelhecimento e a saúde dos idosos” (SILVA; SOUZA, 2011, p. 89).

A velhice é certamente uma fase do ciclo de vida cuja especificidade exige cuidados de saúde especializados e, portanto, exige pessoal qualificado para cuidar destas pessoas. Nessa perspectiva, questões relacionadas à educação em saúde, à qualificação e formação de recursos humanos e ao desenvolvimento de estudos e pesquisas de campo permeiam as diretrizes que norteiam esta política.

Essas diretrizes estão articuladas de forma trans setorial com ações de corresponsabilidade entre gestores do SUS, educação, ciência e tecnologia e outros setores. A PNSPI fundamenta a ação do setor saúde nos cuidados gerais aos idosos e à população idosa, definidos pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) Lei nº 8.080/1990 (Preservação da autonomia das pessoas em defesa de sua integridade física e moral) e Lei nº. 8.842/94 regulamentada pelo decreto nº. 1.948/1996 (SILVA; SOUZA, 2011).

Garante os direitos dos idosos e procura criar condições favoráveis à promoção da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade. O setor saúde é responsável por proporcionar aos idosos o acesso a serviços e ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

O eixo central da PNSPI é:

A recuperação, preservação e promoção da autonomia e independência dos idosos, direcionando as medidas de saúde coletiva e individual para esse objetivo, em conformidade com os princípios e o SUS. Todo cidadão brasileiro com mais de 60 anos é alvo desta política (BRASIL, 2006, p.31).

Nota-se que, a Lei nº 8.842/94, PNI propõe que conhecimentos em geriatria e gerontologia sejam incluídos nos programas de estudos do ensino superior na área da saúde, com o objetivo de dotar os acadêmicos das competências necessárias para responder às solicitações dos clientes idosos e seus familiares, com maior foco em investir na promoção de um envelhecimento saudável que impacte efetivamente a população em geral (SILVA; SOUZA, 2011).

De acordo com este texto, cabe aos setores de saúde oferecer aos idosos acesso a serviços e ações voltadas à promoção, recuperação e proteção da saúde, sendo necessário desenvolver a cooperação entre as esferas de governo e entre os diferentes setores sociais e de saúde que atendem os idosos.

Para tal, esta política define as diretrizes que devem orientar todas as ações no sector da saúde e indica as responsabilidades institucionais para atingir o objetivo já explicitado. Além disso, orienta o processo de avaliação contínua que deve acompanhar o desenvolvimento da PNSPI, por meio do qual deve ser possível qualquer mudança de tamanho que possa ser ditada pela prática (SILVA; SOUZA, 2011).

#### **4.1 Políticas públicas inerentes à doença de Alzheimer**

A OMS considera a necessidade de declarar a demência uma prioridade global de saúde pública e os dados estatísticos apresentados para o grande número de pessoas afetadas pela demência no mundo, é de interesse claramente fazer estudos sobre as políticas de saúde públicas adotadas a favor dos idosos, que constituem o grupo mais afetado, especialmente pela DA (OMS, 2012).

É hora de examinar as respostas do mundo ao verdadeiro apelo da OMS ao planeta. Começamos por discutir a iniciativa europeia no domínio de DA e outras demências. Neste sentido, nomeadamente: relatório A7-0366/2010 da Comissão do Ambiente, da Saúde Pública e da Segurança Alimentar, apresentado pelo Parlamento Europeu em 09 de dezembro de 2010, que após debates e votações resultou na aprovação do texto. P7-TA(2011) 0016, que inclui a resolução do Parlamento Europeu de 19 de janeiro de 2011 sobre a iniciativa europeia relativa a estas doenças (BULLA; TSURUZONO, 2010).

O relatório contém uma proposta de resolução baseada: na necessidade de adotar medidas para combater as doenças neurodegenerativas relacionadas com a idade, especialmente a DA, reconhecida numa recomendação do Conselho Europeu; nas conclusões do projeto EuroCoDe da organização Alzheimer Europe (Cooperação Europeia para a demência) (2006-2008); no Relatório Mundial sobre a Doença de Alzheimer de 2010; no objetivo estratégico da União Europeia de promover a saúde numa Europa em envelhecimento e enfrentar a necessidade de intensificar a investigação no interesse dos cuidados paliativos e de uma melhor compreensão destas patologias (BULLA; TSURUZONO, 2010).

Segundo o relatório de 2010, cerca de 35,6 milhões de pessoas no mundo sofrem de alguma forma de demência e este número deverá quase duplicar a cada 20 anos, para 65,7 milhões em 2030, segundo um relatório de 2010 da organização da DA (BULLA; TSURUZONO, 2010).

O Brasil é um país envelhecido e deve elaborar políticas públicas para o cuidado dos idosos. O crescimento populacional está associado a uma incidência significativa de doenças crônico-degenerativas, como a DA. Os direitos dos idosos parecem estar garantidos na lei, mas não na prática

O apoio aos idosos, às pessoas com problemas de saúde e aos que sofrem de demência ainda é incerto. Em média, 25% dos idosos em lares de idosos no Brasil são pessoas com demência, sendo necessário adotar estratégias para proteger os seus interesses. Neste sentido, há quem faça uma distinção entre idosos dependentes e idosos frágeis, o que torna a situação destes últimos ainda mais preocupante (BULLA; TSURUZONO, 2010).

As instituições de longa permanência geralmente não dispõem de estrutura física e operacional especializada para o atendimento de idosos com demência. Não possuem licença emitida pelo Ministério da Saúde (MS) para prestar serviços

autorizados. A assistência proposta é oferecida de forma altruísta, com os recursos de que dispõem, sem o auxílio metodológico e recursos humanos da direção de saúde pública.

É fato que quanto maior a dependência/fragilidade dos idosos, mais caras são as despesas. A lei da reforma psiquiátrica (Lei nº 10.216/2011) não é respeitada, especialmente o seu artigo. 3º, segundo o qual cabe ao Estado desenvolver uma política de saúde mental, assistência e promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, com a participação da sociedade e da família, que serão ofertadas em instituição de saúde mental, ou seja, instituições ou unidades que prestam cuidados de saúde. Portanto, a lei sobre a política nacional para os idosos e o estatuto dos idosos não é respeitada (BULLA; TSURUZONO, 2010).

O debate sobre a implementação de políticas públicas a favor dos idosos com demência e em particular das pessoas com DA permanece, levando a sugestão de que o poder público brasileiro projete e construa centros de saúde mentais geriátricos, com dois regimes: internato e centro de dia, para oferecer tratamento adequado e especializado a essas pessoas, incluindo aqueles que estão institucionalizados e aqueles que ainda possuem vínculos familiares.

Os lares de idosos devem melhorar eficazmente o ambiente dos residentes idosos, proporcionando maior tranquilidade e reduzindo a carga de trabalho do pessoal. Alguns defendem que é fundamental buscar uma maior integração entre assistência social e saúde, e que as universidades brasileiras deveriam investir em estudos para esse segmento de idosos (BULLA; TSURUZONO, 2010).

Enfatiza-se a importância de dedicar mais recursos humanos à resolução deste problema. É importante ressaltar a necessidade de esforços para capacitação das equipes de saúde, que devem levar em consideração aspectos relevantes como a história de vida dos idosos atendidos e o respeito às diferenças.

Outras áreas de reflexão sobre o problema são esperadas. Além disso, como os diagnósticos das doenças neurodegenerativas tendem a ser imprecisos e dada a vantagem que resultaria de um diagnóstico precoce da doença, parece necessário um plano de ação centrado na temática do diagnóstico. Este deve levar em consideração fatores como as características do idoso, interpretar suas falas e avaliar o comportamento dos familiares, identificar problemas e necessidades específicas (BULLA; TSURUZONO, 2010).

No Brasil existem programas e serviços voltados para o cuidado de idosos, mas é fato que em geral a procura supera a possibilidade de atendimento pelo poder público. A exploração de diferentes tipos de serviços exige custos económicos significativos e é essencial fazer uma avaliação preliminar criteriosa do caso antes de recomendar o serviço, além da necessidade de formar recursos humanos mais preparados profissionalmente.

Embora as doenças crônico-degenerativas afetem cada vez mais os brasileiros mais velhos, ainda não há resposta social para esse problema. O que podemos notar são iniciativas isoladas. Entre eles, está o Programa de Assistência às Pessoas com Doença de Alzheimer (Decreto MS/GM nº 703/2002), criado no âmbito do SUS (BULLA; TSURUZONO, 2010).

Também, a Portaria nº 249/2002 aprovou as normas para cadastramento de centros de referência em atenção à saúde do idoso, determinando que o tratamento da DA deve ser realizado de acordo com protocolo clínico e diretrizes terapêuticas publicados apenas pela Secretaria de Saúde. Esse protocolo foi regulamentado em 2010, com o Despacho MS/SAS nº 491, contendo o conceito geral da doença de Alzheimer, critérios de diagnóstico, inclusão e exclusão, mecanismos de tratamento e regulação, controle e avaliação (BULLA; TSURUZONO, 2010).

#### **4.2 Direitos do idoso com doença de Alzheimer**

No que concerne aos direitos do idoso, que sofre com o Alzheimer, compreende-se uma gama de ferramentas que podem ser um meio para estabelecer uma qualidade de vida para os mesmos.

O subsídio de doença é um benefício por invalidez. É concedido ao segurado do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que comprova, por meio de exame médico, que está temporariamente impossibilitado de trabalhar após doença ou acidente. O auxílio-doença é considerado um dos benefícios mais importantes dentre os benefícios do INSS, pois visa proteger os trabalhadores que enfrentam uma das necessidades humanas mais sensíveis: a incapacidade para o trabalho, um problema que pode ocorrer momentaneamente. e afetar potencialmente todos os dependentes do segurado e, posteriormente, afetar a vida futura do trabalhador e de seus familiares (ROSAS et. al., 2020).

O Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), criado pela Lei nº 5.107/1966, com as devidas alterações e atualizações legais, é uma obrigação da empresa e, portanto, deve ser apresentada mensalmente, a partir do dia 7 (sétimo) de cada mês.

O FGTS, de acordo com o artigo 27 do decreto nº 99.684/90, corresponde a 8% do salário do trabalhador e deve ser depositado em conta da Caixa Econômica Federal. Abaixo listamos alguns dos casos em que você pode solicitar o saque do FGTS (mediante documentação) (ROSAS et al. 2020):

- Aposentadoria;
- Necessidade pessoal em caso de urgência ou motivos graves ligados à desastre natural;
- Falecimento do trabalhador;
- Quando o trabalhador tem mais de 70 anos de idade;
- Quando o trabalhador ou dependente é portador de HIV, ou estiver acometido de câncer, ou estiver em estágio terminal em decorrência de doença grave;
- Quando o FGTS estiver sem depósito por três anos ininterruptos;
- Compra de casa própria, liquidação ou amortização por meio de financiamento habitacional no Sistema Financeiro de Habitação;
- Amortização, liquidação de saldo devedor ou pagamento de prestações de imóveis;
- Quando há uma demissão sem justa causa;
- Quando termina o contrato de trabalho por prazo determinado;
- Extinção total da empresa;
- Rescisão do contrato de trabalho por culpa recíproca ou força maior;
- Suspensão do Trabalho Avulso

A possibilidade de solicitar pensão por invalidez só existe se a pessoa não tiver mais condições de trabalhar. Portanto, não basta ter uma doença grave. O INSS garante aos segurados que sofrem de doenças graves, quando não conseguem mais ganhar a vida, com base na conclusão do laudo médico, o direito à aposentadoria por invalidez, independentemente do número de contribuições (sem carência de período) (ROSAS et al. 2020).

Porém, o registro no INSS deve ser anterior ao diagnóstico da doença. Caso seja realizada após o diagnóstico, a concessão da pensão por invalidez será feita

apenas em caso de agravamento da doença ou posterior invalidez do paciente, declarada pelo médico perito.

Ou seja, quando o cadastramento no INSS é realizado após o diagnóstico da doença, a pensão por invalidez não é imediata, o que exige a deterioração do quadro clínico do paciente ou até que o empregado tenha mais condições de exercer sua atividade profissional (ROSAS et al. 2020).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742/1993, trata-se de um valor pago mensalmente ao beneficiário para garantir uma renda mínima a cada pessoa, independentemente da contribuição previdenciária, deficiente ou idoso (BRASIL, 1993).

Qualquer pessoa que sofra da DA ou qualquer pessoa que tenha completado 65 anos e atenda aos requisitos legais relativos à renda familiar e às condições socioeconômicas pode reivindicar o benefício da manutenção da provisão do INSS (ROSAS et al. 2020).

Para ter direito ao BPC o paciente com DA ou de qualquer outro tipo de demência deverá comprovar sua incapacidade para o trabalho. Além disso, os idosos saudáveis com pelo menos 65 anos de idade que não exercem uma atividade remunerada também têm direito a benefícios continuados.

“Para ter direito à indenização, o idoso ou pessoa com deficiência mental ou DA não deve ter contribuído para a Segurança Social, mas deve demonstrar que a sua família tem um “rendimento residencial mensal inferior a um quarto” (ROSAS et al. 2020, p. 55).

No Brasil, está em vigor a Portaria nº 703/2002, do MS, que trata da problemática do atendimento aos pacientes com DA. Este decreto define o programa de assistência às pessoas que sofrem de DA, determinando que o programa será desenvolvido em conjunto pelo MS e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distritos Federais e Municípios em cooperação com as redes nacionais de saúde competentes, de atenção ao idoso e de saúde. seus centros de referência para atendimento ao idoso. O programa inclui, segundo Rosas et al. (2020):

- Consultas para diagnóstico;
- Atendimento na rede pública;
- Atendimento em hospital-dia;
- Atendimento hospitalar;
- Visita domiciliar de profissional da saúde;

- Tratamento acompanhado por equipe multidisciplinar;
- Programa de orientação e treinamento para familiares;
- Medicação gratuita.

De acordo com o mesmo despacho acima, despacho nº 703, os medicamentos para tratamento de DA que são fornecidos gratuitamente aos pacientes pelo SUS são os seguintes (ROSAS et al. 2020):

- Rivastigmina;
- Donepezil;
- Galantamina;
- Memantina;

Os idosos, pessoas com 60 anos ou mais, que não têm meios para se sustentar ou que dependem do apoio dos seus entes queridos têm direito à alimentação.

A alimentação é um dos direitos garantidos por lei aos idosos, conforme definido pelo Estatuto da Pessoa Idosa, regulamentado pela Lei 10.741/2013. A regulamentação enfatiza que esse tipo de ajuda é dever da família. Contudo, o artigo 12º do citado Estatuto, tal como já previsto no Código Civil, estabelece que a obrigação alimentar é partilhada, ou seja, ainda que todos os filhos tenham a obrigação de prover às necessidades dos pais, a ação só pode ser movida contra um dos dois deles: aquele com melhores condições financeiras (ROSAS et al. 2020).

As pessoas com doença grave estão isentas de imposto sobre o rendimento, desde que cumulativamente correspondam às seguintes situações (ROSAS et al. 2020):

- Rendimentos relativos à pensão, pensão ou pensão (outros rendimentos não estão isentos), incluindo abonos recebidos de particular e alimentação;
- Ser portador de uma das seguintes doenças: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Insanidade Mental, Doença Cardíaca Grave, Cegueira, Contaminação Radioativa, Doença de Paget Avançada (Osteíte Deformante), Doença de Parkinson, Esclerose Múltipla, Esclerose Múltipla Anquilose, Fibrose cística, Hanseníase, Doença renal grave, Doença hepática grave, Tumor maligno, Paralisia irreversível e incapacitante, Tuberculose ativa;

Não há restrições, todos os rendimentos são isentos e os rendimentos de pensões e pensões não estão sujeitos à dedução do Imposto de Renda em caso de

doença grave, de acordo com a Lei nº 9.250/95. A isenção deverá ser concedida a partir do mês de emissão do laudo pericial.

Trata-se de um benefício previsto em lei (Instrução Normativa RFB 1500/14) pelo qual o portador de doença grave fica isento do pagamento do Imposto de Renda sobre o valor recebido a título de aposentadoria, pensão ou anuidade (ROSAS et al. 2020).

Outros rendimentos, incluindo subsídios recebidos de entidades privadas, não estão isentos de pagamento. A DA não é citada nominalmente na lista das doenças graves, mas pode ser incluída no grande grupo das doenças mentais.

## 5 ASSISTÊNCIA SOCIAL: SEU PAPEL NA SOCIEDADE

A trajetória da assistência social no Brasil foi marcada por muitas mudanças em sua história. Os anos anteriores a 1988 foram marcados por uma política que oscilava entre a caridade e o paternalismo como forma de materializar as ações do governo, no nível institucional, para responder às necessidades sociais da população brasileira (ESTEVÃO, 1985).

A principal característica da assistência social no Brasil era, portanto, assumir um papel paterno de ajuda e bondade. Segundo Estevão (1985), tratava-se apenas de uma política em que o governo fazia mais para ajudar do que para coagir a classe trabalhadora. Como aponta Abreu (2015, p.6) “pelo seu caráter de caridade, filantropia, solidariedade religiosa, visando os pobres, os doentes ou aqueles que não têm condições de prover às necessidades da sociedade”.

Nos anos 1934-1937, o Brasil enfrentou uma forte urbanização. O êxodo rural aconteceu de forma rápida e sem controle, causando graves problemas sociais nas cidades como: falta de higiene elementar, ocupação irregular de espaços e poucas ofertas de emprego (ABREU, 2015).

A industrialização ocorreu, deixando vestígios de empobrecimento para a maioria da população que saiu do campo em busca de novas oportunidades (ESTEVO, 1985). O Estado reconhece esse cenário, mas pouco faz para garantir que a mudança ocorra de forma eficaz, implementando assim a assistência social como “sinônimo de caridade e filantropia no Brasil, mais associada a instituições não governamentais, ao setor privado e a instituições religiosas historicamente responsáveis”. para atividades assistenciais” (ABREU, 2015, p.37).

Dessa forma, abstêm-se de suas responsabilidades diante dos problemas sociais e deixam a solidariedade para a sua solução.

De acordo com Fernandes e Hellmann (2016, p.52):

A partir da Constituição Federal de 1988 que se inaugura um novo patamar no âmbito dos direitos sociais. Entre estas conquistas, destaca-se o reconhecimento da Assistência Social como política pública de direito e a primazia da responsabilidade do Estado na condução da mesma. Outra inovação importante está posta nos princípios da descentralização e do controle social. Portanto, esse novo estatuto legal passará a exigir novas formas de relação entre o público e o privado, onde o papel da certificação, demanda, novas configurações.

Diante dessa nova realidade, observa-se uma mudança significativa na visão do bem-estar, pois na Constituição de 1988 ele deixou de ser uma política que representa um simples favor de caridade por parte de políticos ou mulheres da sociedade e passou a ser um direito à cidadania brasileira (FERNANDES; HELLMANN, 2016).

A partir da atualização política e social da Constituição de 1988, o acesso às políticas assistenciais tornou-se um direito do cidadão, como bem sublinha o artigo 204: “a assistência social será prestada a quem a receber”.

Resultados importantes foram observados quando a Constituição Federal de 1988 passou a garantir também direitos relativos à saúde e ao seguro social, descritos no artigo 194 (BRASIL, 1988). Também é importante notar que a mesma Constituição não foi suficiente para resolver todos os problemas sociais. O salário-mínimo não satisfaz as necessidades humanas básicas, enquanto a inflação permanece elevada e o país continua a enfrentar uma crise econômica.

Em suma, o parágrafo da Constituição de 1988 sobre seguridade social constitui um verdadeiro momento histórico para a política de assistência social. Conseguiu, Itamar Franco, em 1993, que aprovou a LOAS. Essa “foi a porta do reconhecimento político dos pedidos dos cidadãos para torná-los protagonistas dos serviços assistenciais” (SPOSATI, 2004, p. 23).

A assistência social passou por muitos obstáculos até ser reconhecida como um direito dos cidadãos brasileiros. Embora durante muito tempo tenha sido considerada pelos políticos e pela própria Igreja como uma ajuda e uma instituição de caridade, conseguiu ganhar espaço na Constituição Federal e trouxe avanços significativos ao país.

A LOAS desempenhou papel fundamental na implementação da Política Nacional de Assistência Social no Brasil (SPOSATI, 2004).

Segundo Duriguetto (2001, p. 4):

A PNAS reafirma os princípios e diretrizes da LOAS, como a descentralização político-administrativa; a primazia da responsabilidade do Estado na condução desta política; compreendendo os serviços socioassistenciais de órgãos públicos e entidades não governamentais; fundamentadas na matricialidade sociofamiliar e no território como base de organização.

A PNAS tem como objetivo estabelecer os parâmetros para o funcionamento da assistência no território nacional, incluindo a criação da metodologia desse processo por meio de serviços, programas, projetos e serviços. Diante dessa realidade, a LOAS instituiu o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2005.

Sobre o SUAS como o próprio nome indica, é um sistema único, pois, se baseia na primazia da regulamentação para uniformizar benefícios e ações assistenciais em todo o território nacional, tornando-o único.

Consegue priorizar as responsabilidades do sistema, quebrando sua fragmentação, propondo assim a universalidade com ações contínuas (FERNANDES; HELLMANN, 2016). Estrutura-se em torno de eixos centrados na rede sociofamiliar para encontrar e/ou prevenir a perda de vínculos afetivos entre os indivíduos e a sociedade.

Conforme Sposati (2013, p. 42):

[...] os eixos do SUAS são divididos em três. O primeiro diz respeito ao ciclo de vida de um cidadão, é a garantia de seus direitos na infância, juventude e idade avançada “opera sob as matrizes dos direitos ao desenvolvimento humano e à experiência humana”. No segundo eixo encontramos a proteção ao respeito, sem discriminações e injustiças “dignidade humana expresso pela conquista da equidade”. Neste a atuação acontece principalmente na proteção especial quando já se tem algum direito violado. No último eixo observamos sobre como a assistência trabalha diante das “fragilidades na convivência familiar como núcleo afetivo e de proteção básica de todo cidadão”, ou seja, incide na forma de construir ou reconstruir laços familiares e sociais.

Sobre o SUAS como o próprio nome indica, um sistema único porque se baseia na primazia da regulamentação para uniformizar os serviços e ações assistenciais em todo o território nacional, o que o torna único.

Consegue priorizar as responsabilidades do sistema, quebrando sua fragmentação, oferecendo assim universalidade com ações contínuas (FERNANDES; HELLMANN, 2016). Estrutura-se em torno de eixos centrados na rede sociofamiliar para encontrar e/ou prevenir a perda de vínculos afetivos entre os indivíduos e a sociedade.

Quanto à proteção social especial, as suas ações destinam-se a pessoas que já sofreram ruptura de vínculos familiares e cujos direitos foram violados. Assim, os casos de proteção especial incluem “abandono, abuso físico e/ou psicológico, abuso

sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas” (PEREIRA, 2006, p.10).

Assim, para que a proteção social se concretize verdadeiramente, o SUAS prevê o compartilhamento de informações e ações, como política federal, entre a União, o Distrito Federal, os Estados e os Municípios. Por isso, os serviços, benefícios e/ou programas de proteção social devem considerar o usuário como sujeito de direitos (PEREIRA, 2006).

O assistente social é hoje um ator fundamental na política de bem-estar social, atuando diretamente em todo o território nacional. O serviço social surge numa perspectiva de adaptação humana ao meio em que se insere, apoiando a sua ação numa ideologia da Igreja, a do serviço ao próximo.

A profissão mostrou caridade e liderou uma intervenção para orientar a classe trabalhadora nas relações sociais, assim, a classe dominante identificou o serviço social como uma prática de reprodução das relações sociais de produção capitalista e uma estratégia para a expansão do capital (SOUZA, 2018, p.105). E depois de anos de adaptação aos diferentes perfis atribuídos, o serviço social conseguiu ser regulamentado como profissão em 1957 (PEREIRA, 2006).

Os assistentes sociais desempenham um papel extremamente importante no cuidado de pessoas socialmente vulneráveis, mas os sistemas públicos não fornecem equipamentos suficientes para que o seu trabalho seja eficaz. Porém, as condições de trabalho são certamente um obstáculo ao nosso trabalho, mas também fazem parte da instrumentalidade envolvida na prática para agir para superá-las.

### **5.1 O papel do assistente social na vida do paciente com Alzheimer**

A família funciona como um todo, como uma teia ou uma rede, e uma mudança numa parte afeta o todo. Embora existam muitos tipos de família e relações familiares, em cada uma delas existem papéis estabelecidos que os mantêm num certo equilíbrio. Quando um membro da família adoece e não consegue mais cumprir a sua função, a família precisa se reorganizar (BARASNEVICIUS, 2002).

A necessidade de cuidar do paciente pode interferir em muitos aspectos da vida do cuidador e de outros familiares. A situação é complicada pelo fato de que o cuidado dos pacientes com demência pode durar muitos anos, tornando as mudanças na família cada vez mais complexas.

Quando existe uma estrutura de apoio institucional, estratégica, material e emocional, os cuidadores têm a oportunidade de prestar cuidados e permanecer integrados na sociedade sem ficarem imobilizados pela sobrecarga causada pelo difícil e cansativo cuidado dos pacientes com demência (BARASNEVICIUS, 2002).

A intervenção/ação do assistente social junto das famílias dos idosos com DA deve fornecer informação, criar mecanismos que permitam às famílias e cuidadores usufruir de uma certa autonomia face às dificuldades, saber como resolver e buscar conhecimento, ou seja, um profissional determinado (CALDAS, 2002).

É por isso que as propostas de trabalho com as famílias das pessoas com DA devem privilegiar metodologias que permitam sair do lugar solitário, o que gera um espaço que facilita as formas de enfrentamento econômico, social e político: uma política espacial onde a ética é um fundamento valor (BARASNEVICIUS, 2002).

A relação que os profissionais estabelecem com o seu cotidiano é o que pode torná-los significativos, ou simplesmente gratificantes. Depende das suas opções, posição, compromisso. Essa dimensão técnica da prática diária exige preparo, estudo, planejamento, estabelecimento de metas e estratégias e recuperação por parte do profissional.

É o grau de conhecimento, de saber que dá ao profissional meios para fazer escolhas e, na articulação entre esses elementos de conhecimento e poder, é possível compreender o compromisso do profissional com a transformação, como assistente social. devemos ter clareza sobre o nosso papel educativo. A ação socioeducativa da Assistência Social deve estar de acordo com uma política transformadora.

É necessário que o serviço social trabalhe primeiro as informações sobre a DA, suas causas e tratamentos, sendo este o ponto de partida da ação socioeducativa.

Depois, deve ser colocado na agenda de outros temas, incentivando um processo de discussão crítica da realidade social, que leve à compreensão da importância da participação popular, incentivando a busca pelas reivindicações dos direitos sociais, derrubando barreiras e incluindo novas tópicos deste campo de experiência coletiva (BARASNEVICIUS, 2002).

Através desta ação educativa, a população se organiza e mobiliza, desenvolve iniciativa e responsabilidade nas decisões locais, controla e racionaliza programas, muda seu contexto social e se constrói como sujeito.

A dimensão educativa do serviço social enfatiza a necessidade de articulação com a rede pública e de vínculos de comunicação para que as informações sobre a DA cheguem à população (CALDAS, 2002).

No entanto, outras atividades que permitem a interação sobre este tema se realizam nas áreas de participação em conselhos, fóruns, conferências, cursos, etc., realizam conferências em diversas áreas públicas e privadas, promovem a socialização e o conhecimento na sociedade.

A DA, considerada como uma exigência do Serviço Social, exige dos profissionais a construção e descoberta deste fenômeno, definindo as especificidades do objeto da intervenção. Um trabalho que pode e deve ser melhor explorado e aplicado (CALDAS, 2002).

## 6 CONCLUSÃO

Ao analisar todo o discutido, nota-se que o paciente com a doença de Alzheimer enfrenta não apenas o sofrimento pelos impactos da doença, como também, tem que lidar com as dificuldades do seu dia a dia, impactando, juntamente, sua família e cuidadores.

Ainda que possua direitos e parâmetros legislativos que os abarquem, é necessário um sistema que esteja preparado para assisti-lo. É neste sentido que se constata a importância do assistente social, porém, esse é um assunto que necessita ser amplamente discutido e melhor trabalhado no campo social.

A Assistência Social tem as ferramentas necessárias para o atendimento destas pessoas, oferecendo melhor qualidade de vida, contudo, é preciso que as pessoas reconheçam isso, e busquem tal caminho, para que assim os idosos possam ter suas necessidades atendidas, e os cuidadores não sejam sobrecarregados em meio tais acometimentos.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, A. A. **Dicionário histórico-biográfico da primeira República (1889-1930)**. Rio de Janeiro: FGV, 2015.
- AGUSTINI, F. C. **Introdução ao direito do idoso**. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2003.
- BANCO MUNDIAL. **World Bank Open Data**. 2022. Disponível em: <https://data.worldbank.org/>. Acesso em: 20 ago. 2023.
- BARASNEVICIUS E. M. A. Q. Orientações aos cuidadores de pacientes com doença neurológicas crônicas. In DIAS, E. L. F; WANDERLEY. J. S; MENDES. R.T (orgs) **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.
- BARBOZA, H. H. **O princípio do melhor interesse do idoso**. In: PEREIRA, T. S; OLIVEIRA, G. de. (Org.) **O cuidado como valor jurídico**. Rio de Janeiro: Forense, 2008.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Trad. Martins, M. H. S. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1970/1990.
- BITENCOURT, E. M; KUERTEN, C. M. X; BUDNY, J; TUON, T. Doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos, qualidade de vida, estratégias terapêuticas da fisioterapia e biomedicina. **Revista Inova Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 8 n. 2, p.138-57, 2018.
- BLOOM, D. E; LUCA, D.L. The Global Demography of Aging. In: **Handbook of the Economics of Population Aging**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Emendas Constitucionais de Revisão. Brasília: Senado Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília: DF, 1993.
- \_\_\_\_\_. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: DF, 2006.
- BULLA, L. C; TSURUZONO, E. R. S. **Envelhecimento, família e políticas sociais**. São Luís: Revista de Políticas Públicas, 2010.
- BUSSE, E. W; BLAZER, D. G. **O mito, história e ciência do envelhecimento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- CALDAS, C. P. O idoso em processo demencial: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.
- CAMARANO, A. A; KANSO, S; FERNANDES, D. **A população brasileira e seus movimentos ao longo do Século XX**. Em novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro: IPEA, 2014.

COIMBRA, A. S; BADARÓ, A. C. O impacto das crenças de autoeficácia na vida de idosos acima de 60 anos, sob a ótica da terapia cognitivo-comportamental: uma revisão de literatura. **Cadernos de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 4, n. 8, p.536-57, jul-dez. 2022.

COSTA, B.G. L; LIMA, L. R; FUNGHETTO, S. S; VOLPE, C. R. G; SANTOS W. S.; STIVAL, M. M. Métodos não farmacológicos para o tratamento do Alzheimer: uma revisão integrativa. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 9, 2019.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Universidade de São Paulo/Fapesp. 1999.

DURIGUETTO, M. L. **Política de assistência social e serviço social**: dilemas e desafios da intervenção profissional. Rio de Janeiro: Libertas, 2001.

ESTEVIÃO, A M. R. **O que é serviço social**. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

FERNANDES, R. M. C; HELLMANN, A. G. **Dicionário crítico**: política de assistência social no Brasil. Porto Alegre: Editora da UFRGS/CEGOV, 2016.

FERRIGNO, J. C. Uma visão histórica de família e velhice. **Revista A terceira Idade**, São Paulo, v. 4, n. 4, jul. 1991.

HECK, R.M; LANGDON, E.J.M. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

HORN, V. Q. **A Imagem da velhice na contemporaneidade**. 2013. 37 f. Monografia (Graduação em Psicologia). Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Unijuí, 2013.

LEIBING, A. Antropologia de uma doença orgânica: doença de Alzheimer e fatores culturais. In: **Envelhecimento e saúde mental** – uma aproximação multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cadernos IPUB/Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 1997.

LEMOS, D; PALHARES, F; PINHEIRO, P. J. E; LANDENBERGER, T. **Velhice**. 2015. Disponível em: < <https://www.ufrgs.br/e-psico/subjetivacao/tempo/velhice-texto.html>>. Acesso em: 24 abr. 2014.

MATOS, M. A. B; ALVES BARBOSA, B. L; COSTA, M. C; ROCHA, F. C. V; LANDIM ALMEIDA, C. A. P; AMORIM, F. C. M. As Repercussões causadas pela incontinência urinária na qualidade de vida do idoso. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, v. 11, n. 3, p. 567, 2019.

MATTOS, E. B. T; KOVÁCS, M. J. **Doença de Alzheimer**: a experiência única de cuidadores familiares. Psicologia. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2020.

MREJEN, M; NUNES, L; GIACOMIN, K. **Envelhecimento populacional e saúde dos idosos**: o Brasil está preparado? Instituto de Estudos para Políticas de Saúde Estudo Institucional nº. 10, fevereiro de 2023.

MOREIRA, M; MOREIRA, S. V. O espectro clínico e laboratorial da doença de Alzheimer. **Revista Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v.14, n.3, dez. 2020.

OLIVEIRA, A.P.P; CALDANA, R.H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer, **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.3. 2012.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **OMS prevê que mundo terá 65,7 milhões de pessoas com demência até 2030**. 2012. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/59411-oms-prev%C3%AA-que-mundo-ter%C3%A1-657-milh%C3%B5es-de-pessoas-com-dem%C3%AAncia-at%C3%A9-2030>>. Acesso em: 12 ago. 2024.

\_\_\_\_\_. **Demência**: número de pessoas afetadas triplicará nos próximos 30 anos. 2017. Disponível em: <demência: número de pessoas afetadas triplicará nos próximos 30 anos - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org)>. Acesso em: 12 ago. 2024.

PEREIRA JUNIOR, O.L.P; OLIVEIRA, L.F.M; SOARES, M.R; CARVALHO, R.L; MATIAS, P.R.S. Assistência de enfermagem ao idoso portador de Alzheimer: revisão integrativa. **Cadernos ESP**, v.16, n.2, p.63-76, 2022.

PEREIRA, L. D. **Políticas Públicas de Assistência Social brasileira**: avanços, limites e desafios. Lisboa: CPIHTS, 2006.

RACHE, B; NUNES, L; ROCHA, R. **Evolução recente e perfil atual da mortalidade no Brasil**: uma análise da heterogeneidade entre municípios. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2020.

RODRIGUES, N. M; BAVÃO, T. S; THOMAZ, I. B; CARDOSO, S. A. Análise da patogênese da doença de Alzheimer: revisão narrativa da literatura. **HU Rev**, v. 45 n. 4, 2019.

ROSAS, A.L; MENEZES, L; ERLICHMAN, V. **Alzheimer**: direitos do paciente. São Paulo: Faz Muito Bem, 2020.

SALES, A.C.S; REGINATO, B.C; PESSALACIA, J. D. R; KUZNIER, T. P. Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso Portador da doença de Alzheimer. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 1, n. 4, 2011.

SANTOS, C; BASTOS, C. G; OLIVEIRA, F. A; MOURA, D. J. M. Análise dos fatores associados à sobrecarga de cuidadores de pacientes portadores da doença de Alzheimer. **Rev. Atenção Saúde**, São Caetano do Sul, v. 15, n. 54, p. 29-36, out-dez. 2017.

SCOTT, R. P. **Envelhecimento e juventude no Japão e no Brasil**: idosos, jovens e a problematização da saúde reprodutiva no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SILVA, F. D; SOUZA, A. L. Diretrizes internacionais e políticas para os idosos no Brasil: a ideologia do envelhecimento ativo. **Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1, jun. 2011.

SOUZA, J. A. V; FREITAS, M. C; QUEIROZ, T. A. Violência contra os idosos: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60 n. 3, p. 268-72, maio-jun. 2008.

SOUZA, P. C. **Serviço social e o trabalho interdisciplinar**: o exercício profissional do/da assistente social nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de Palhoça/SC. Palhoça, 2018.

SPOSATI, A. O. **A menina LOAS**: um processo de construção da assistência social. São Paulo: Cortez, 2004.

\_\_\_\_\_. **Proteção social e seguridade social no Brasil**: pautas para o trabalho do assistente social. São Paulo: **Serviço Social & Sociedade**, 2013.

UCHÔA, E; FIRMO, J. O. A; LIMA-COSTA, M.F.F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

VARGAS, H. S. **Psicologia do envelhecimento**. São Paulo: Fundo Editorial, 1983.