

A DEMÊNCIA NA TERCEIRA IDADE: a família no enfrentamento da doença, tendo como referência a ABRAz de São Luís, MA

Enedileide Sousa Rabelo¹

Susan Claire Lopes²

Resumo

O presente artigo tem como finalidade analisar as dificuldades das famílias e seus entes idosos em processo demencial, pontuando essas questões de forma a trazer possibilidades de tornar mais amena as consequências causadas pela “síndrome”. Para tal, foram utilizados estudos exploratórios, sendo definido como pesquisa bibliográfica e pesquisa de campo, visto que ambas foram essenciais e complementares, onde após apropriação dos estudos e captações de informações através de observações e entrevistas foi possível constatar que as famílias que vivem nessa realidade, na sua maioria, estão despreparadas para a lida com seus entes acometidos, devido ao apoio precarizado do Estado e do apoio pontual das entidades não-governamentais.

Palavras-chave: Família. Idoso. Demência.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo biológico e natural ao ser humano que, quando não interrompido, completará um ciclo de vida natural, qual seja, nascer, crescer, reproduzir-se, envelhecer e morrer. Tais etapas da vida devem acontecer com dignidade e respeito, em especial o envelhecimento. Como consequência da degeneração do corpo humano e o surgimento de patologias eventuais, a velhice em alguns casos ou grupos sociais, é percebida como estorvo, feia, ultrapassada, descartável, entre outros.

Contudo, entende-se como um processo delicado que envolve um conjunto de fatores que possibilitem ao indivíduo a conclusão dessa etapa de sua vida sem grandes prejuízos. Acredita-se na conscientização e na valorização do idoso, com a criação e execução de políticas públicas capazes de suprir as demandas naturais dessa fase, tais como a política de assistência e a política de saúde, de um modo

¹ Graduada em Serviço Social pelo Instituto de Ensino Superior Franciscano. *E-mail:* enedileide@hotmail.com

² Graduada em Serviço Social pelo Instituto de Ensino Superior Franciscano. *E-mail:* susan.claire@hotmail.com

especial, aos idosos demenciados e seus familiares. Parte dessa situação é abordada neste artigo.

A possibilidade de um idoso ser portador de demências ou patologias que as causam, cresce conforme a idade vai avançando. Estudos mostram que as probabilidades vão aumentando de 3% a 40%, entre idosos de 65 a 85 anos. Infelizmente, as causas da demência não têm cura. E a desinformação toma grandes proporções, realidade que precisa, com urgência, ser mudada. A demência é uma síndrome recorrente em idosos, ocasionadas por patologias diversas, em especial a proeminente Doença de Alzheimer (DA), e interfere nas ações cognitivas do cérebro, cuja a memória vai sendo comprometida gradativamente e de forma irreversível.

À margem da socialização familiar, o idoso fica alheio a sua realidade, tornando as relações familiares cada vez mais difíceis, comprometendo vínculos fortalecidos ou rompendo os fragilizados. Visto que, as famílias carentes da nossa sociedade estão propensas a riscos sociais, uma característica resultante de estados periféricos do país, pois quando não há vínculos afetivos fortalecidos, as relações familiares podem se tornar fragilizadas ou, até mesmo, ter seu fim. É nesse ponto que se fazem necessárias políticas públicas eficientes e abrangentes.

Desta forma e, considerando o aumento expressivo de idosos no país, há que se ter consciência da realidade existente. Toda família está propensa a ter em seu seio, um idoso em processo de demência. Discutir sobre o que é proposto, é disseminar informações, é contribuir para que se tenha um olhar para o idoso e, conseqüentemente, às famílias, que terão consciência de que seus idosos, independente de patologias, demandam cuidados especiais.

O presente artigo é fruto de um processo investigativo, baseado em materiais bibliográficos acerca do tema, entrevistas com representantes da ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer. Em participação, através de convite, de evento proposto pela entidade ABRAz, foi possível o contato com cerca de vinte e cinco familiares participantes na associação, realização de entrevistas e observação de algumas situações vividas por idosos acometidos da demência e a convivência com seus familiares e cuidadores. A pesquisa e a observação foram fundamentais como fonte de informações para apropriação e aprofundamento da temática complexa que

deu origem a uma sistematização do trabalho. A princípio, apresentamos o conceito de demência, bem como suas causas, sintomas e implicações. Posteriormente concentram-se as relações familiares e suas múltiplas funções nesta conjuntura, na importância do fortalecimento dos vínculos para a proteção dos membros. E, por fim, apresenta-se a ABRAZ como entidade existente, que tem como missão central, desenvolver ações junto às famílias, na perspectiva do enfrentamento da demência. Fazendo, ainda, um recorte da atuação da entidade no Estado do Maranhão.

2 DEMÊNCIA, DIFICULDADE DE CONVIVÊNCIA

Envelhecer é um processo natural de todo e qualquer ser vivo. Um dia todos irão envelhecer, isso é fato. As alterações no organismo biológico do ser humano durante o processo variam de indivíduo para indivíduo, sendo mais rápidos para uns e mais lentos para outros, isso dependerá de fatores como estilo de vida e situação socioeconômica. Depende, ainda, do contexto no qual o indivíduo estará inserido, como ele verá o processo e como a sociedade lida com eles.

As mudanças que ocorrem durante o desenvolvimento do processo de envelhecimento são sentidas de forma particular por cada um. As adaptações podem acontecer de forma adequada, saudável ou patológica. Tudo depende da história de vida, da saúde física, do bem socioeconômico e da vivência atual das modificações, perdas e medos. (SCANDOLARA, 2013, p. 59).

O processo em si, não é fácil, a partir de determinada idade é notório, os esquecimentos, as dificuldades no aprendizado, alterações no corpo, a perda da flexibilidade da pele, a fragilidade dos órgãos, patologias, a memória curta, dificuldade para recordar nomes, tendência à depressão e a solidão. No entanto, por mais que se fale dos transtornos, a maioria das pessoas querem ter uma vida longa e próspera. “A velhice é um fato existencial que ultrapassa o biológico; apesar dos estigmas negativos que a caracterizam, a maioria das pessoas querem chegar lá, pois o contrário significaria morrer jovem”. (GOLDFARB, 2006, p. 15).

No imaginário social, o envelhecimento é um processo que concerne à marcação da ‘idade’ como algo que se refere à ‘natureza’, e que se desenrola como desgaste, limitações crescentes e perdas, físicas e de papéis sociais, em trajetória que finda com a morte. Não se costuma pensar em nenhum bem; quando muito, alguma experiência. Nenhum ganho, nessa ‘viagem ladeira abaixo’. (MOTTA, 2002, p.41).

Para Delia Goldfarb (2006), é importante distinguir envelhecimento de velhice, onde o primeiro se refere a um processo em movimento contínuo, que terá um fim; e a velhice é um estado permanente que não vai passar. Ela destaca ainda, que o indivíduo passa pelo ciclo da vida em estado de construção de sua memória, de sua história e de sua subjetividade. Então envelhecer é um caminho novo e individual, em construção de uma identidade. “[...] E se temos uma história, é porque conseguimos registrar na memória os acontecimentos significativos do nosso passado, descobrir aquilo que permanece e o que muda, e, assim, confirmar nossa identidade”. (SCANDOLARA, 2013, p.15).

Sobre a perda da memória Massaia (2010, p. 168) afirma:

Perder a capacidade de lembrar fragiliza o idoso, aproxima-o da perda de controle que sempre aparece no processo de envelhecimento como uma das mais assustadoras para o idoso. Os indivíduos entendem que se perderem sua memória perdem sua raiz, sua história, sua razão, seus valores. Perdem-se como indivíduos.

Conforme Delia Goldfarb (2006), o termo demência vem do latim *de-mentis* – que significa perder a mente. O dicionário Aurélio define demência como: “deteriorização progressiva irreversível das funções intelectuais, resultante de lesões cerebrais”, na definição popular como: “loucura, doidice, parvoíce e procedimentos insensatos.” A mesma autora cita ainda que, o termo há muito tempo era usado pela medicina fazendo alusão a perda da razão ou memória. Onde também, influenciou o uso do termo na língua italiana, como o verbo *dimenticare* que traduzida significa esquecer. A autora cita também, que na mitologia grega existe o mito de Lethe. Onde o homem ao chegar no inferno se deparava com duas fontes: a fonte da memória (Mnemosyne) e a fonte do esquecimento (Lethe), que ao beber dessa última esqueceria tudo que viveu no mundo dos vivos, assim como do mundo dos mortos. “[...] em qualquer uma das duas funções, Lethe está promovendo o esquecimento necessário para evitar o sofrimento excessivo”. (GOLDFARB, 2006, p. 50).

A fonte da Mnemosyne tinha função de permitir que o homem tivesse acesso a outro mundo e retorna ao mundo dos vivos, no entanto ao beber da fonte acontecia a “rememoração”, ou seja, lembra do passado, mas esquece o presente. “Já para Solon (500 a.C) e Platão (350 a. C), a demência senil era motivo suficiente

para invalidar um testamento e no século II de nossa era, Galeno a inclui pela primeira vez entre as doenças mentais”. (GOLDFARB, 2006, p. 51).

A autora alega, ainda, que em alguns séculos não se tinha descrição do estado de demência, somente em 1787, Cullen diferencia forma da doença em inata, acidental e senil. Em 1816, Esquirol cita a demência como deficiência mental, no entanto em 1896 e 1915, Arnauld Pick descreve casos de demência em seis pessoas e define a doença como demência de Pick. (GOLDFARB, 2006). Mas, finalmente em 1907:

[...] Alois Alzheimer, psiquiatra e anatomopatólogo alemão, publica o caso de uma mulher de 51 anos, falecida após cinco anos de evolução de um quadro de demência com alucinação, que lhe permitiu o primeiro exame histológico, no qual identificou conglomerados neuronais, fibras anômalas e placas senis. Essa degeneração neurofibrilar passou a ser tomada como característica patológica da doença, que desde então, leva seu nome e foi considerada uma doença pré-senil por causa de seu aparecimento prematuro. (GOLDFARB, 2006, p. 51).

Em suma, a demência é uma síndrome que é identificada por inúmeros prejuízos mentais, tais como: alterações de comportamentos e humor, perda de memória, perda da habilidade de raciocínio e concentração, desorientação em relação ao tempo e ao espaço, incapacidade de aprendizado, de julgamento. Sua linguagem torna-se prejudicada com o avanço da doença, e ainda tem comprometidas suas habilidades visuais.

Como relata Delia Goldfarb (2006), as pessoas com demência esquecem os fatos atuais, e por um certo tempo, as lembranças do passado são tão nítidas e surpreendentemente claras, mesmo sendo um fenômeno natural do processo de envelhecimento, esse fenômeno acontece antes da perda da memória atual e com maior frequência. Relata, ainda, que o passado também será esquecido, ficando apenas alguns fatos. “[...] como uma ilha de saberes, sem conexão aparente entre si”. (GOLDFARB, 2006, p. 61).

Ao mesmo tempo, esquecem-se as palavras que permitiram nomear os objetos, ou ainda os mais conhecidos e necessários, e as perífrases tentam explicar as funções dos objetos que se deseja designar. Aos poucos, as pessoas, das mais distantes às mais próximas, deixam de ser reconhecidas, e as desorientações têmporo-espacial instala-se. Começa então uma errância incontinente, como uma estéril procura do espaço e do tempo perdidos. Chegados neste ponto, não haverá mais manifestação de um pensamento coerente e todos os atos mais elementares da vida se tornam impossível, comprometendo mais ou menos de forma total a autonomia no caminho da deterioração total do sujeito. (GOLDFARB, 2006, p. 62).

Conforme a mesma autora, a demência é considerada como sintomas ou como uma resultante de outras patologias. Podendo ser classificada como reversível e irreversível. Reversível porque geralmente são ocasionadas por desordem metabólicas ou de ordem psicológicas, diabetes, drogadição, depressão, tumores entre outros; com o tratamento, o sintoma desaparece. Já as demências irreversíveis são causadas pela degeneração das funções cerebrais, que tendem ao agravamento de modo progressivo.

Do ponto de vista da medicina atual, o termo demência não se refere a uma, mas a várias doenças de origem e evoluções diferentes, porém de prognósticos semelhantes, a maioria das vezes progressivas e irreversíveis. Nesse sentido a demência pode ser considerada mais como um conjunto de sintomas que acompanham várias doenças. Temos, então, quadros demenciais originados por: aids, AVC, Doença de Pink, Huntington ou Alzheimer. (GOLDFARB, 2006, p. 57).

De acordo também com a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz), várias doenças podem causar demências, a mais comum é a Doença de Alzheimer (DA). Um paciente com Alzheimer pode apresentar os seguintes sintomas: A perda de memória é fato, principalmente as mais recentes, fazendo com que o paciente venha fazer as mesmas perguntas várias vezes num dia; esquecimentos; dificuldade para cuidar de si mesmo, de perceber situações de risco e noção de espaço e tempo; dificuldade de reconhecer pessoas e objetos; alterações no comportamento ou na personalidade: podendo se tornar agitado, apático, isolado, desinibido, inadequado e até agressivo.

Outros tipos comuns de Demências, de acordo com a ABRAz, são: a Demência Vascular, a Demência com Corpos de Lewy, a Demência na Doença de Parkinson e a Demência Frontotemporal.

A Demência Vascular, “esta forma de demência caracteriza-se essencialmente por uma alteração do funcionamento cognitivo, em consequência de lesões cerebrovasculares de natureza isquêmica ou, mais raramente, de natureza hemorrágica”. (CARVALHO; FARIA, 2014, p.15). Considerada a segunda causadora de demência, que são originadas por lesões cerebrais de origem vascular, resultantes de derrames, que tem como fatores de risco a hipertensão arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, doença cardiovascular, tabagismo, trombose, abuso de álcool, entre outros.

“A demência dos corpos de Lewy caracteriza-se como sendo um declínio cognitivo flutuante, acompanhado por alucinações visuais e sintomas extrapiramidais; o quadro demencial apresenta-se como de rápido início e declínio progressivo”. (CARVALHO; FARIAS, 2014, p.15). Causada pela presença de alterações cerebrais, chamadas pelo mesmo nome, corpos de Lewy, onde os sintomas são bem parecidos aos sintomas da Doença de Parkinson, que são as rigidez muscular, movimentos lentos e tremores. Além desses sintomas “parkinsonianos”, há também alucinações, alterações na memória, desmaios e delírios.

No caso da Demência na Doença de Parkinson, estudos comprovam que cerca de 40% dos pacientes com Doença de Parkinson podem evoluir para quadros de demências, foram constatados a presença de corpos de Lewy em seus cérebros, no entanto, em locais diferentes. Onde a memória é afetada, com menor intensidade em relação a DA, ocorrem também, depressões e alucinações visuais. Já a “Demência Frontotemporal, define-se como uma síndrome neuropsicológica marcada por disfunções dos lobos frontais e temporais”. (CARVALHO; FARIAS, 2014, p.15), têm como características a deterioração na personalidade e na cognição. As mudanças no comportamento são bem mais marcantes que as mudanças na memória, mudanças como desinibição, perda do julgamento, oscilação emocional, apatia, desinteresse, isolamento, comportamento exaltado, comportamento inadequado, negligência da higiene pessoal, entre outros.

Estima-se que a doença de Alzheimer afeta de 3% a 5% das pessoas acima de 65 anos, chegando a atingir 40% após os 85 anos. Seu início se dá normalmente após os 50 anos, com predominância nas mulheres. (CALDAS, 2002, p.57). Sendo a mais proeminente dos casos de demência em idosos, onde os pacientes geralmente começam a desenvolver seus sintomas a partir dos 65 anos, e o risco de desenvolver a doença dobra a cada cinco anos, tendo as mulheres mais chance, por entender que elas vivem mais tempo que os homens.

A DA é caracterizada por três fases: leve, moderada e grave. Na primeira fase por se tratar de sintomas leves, como perda da memória recente, por exemplo, quem não entende acha que são sintomas naturais da velhice, na fase moderada, são mais evidentes os sintomas, onde ocorre um prejuízo importante da memória. É

nessa fase que a maioria dos casos são diagnosticados, onde as famílias percebem que existe algo errado. Já na fase grave, é quando ocorrem prejuízos gravíssimos da memória, o paciente torna-se incapacitado de tudo. Conforme a ABRAZ “O estágio avançado é o mais próximo da total dependência e da inatividade. Distúrbios de memória são muito sérios e o lado físico da doença torna-se mais óbvio”.

A demência é uma questão de saúde pública e precisa ser tratada como tal. Seu impacto sobre as famílias e a sociedade devem ser levados a sério, é uma síndrome que faz parte da realidade familiar causadora de danos em suas estruturas, com isso, os efeitos dessa “doença” não podem ser subestimados. Caldas (2002) destaca, que no governo brasileiro fora instituído a Política Nacional do Idoso, regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 13 de julho de 1996, onde se recomenda que o atendimento ao idoso deve ser feito pelo intermédio de suas próprias famílias, em detrimento aos asilos. No entanto, para que haja a efetivação da mesma, se faz necessária uma rede social e de saúde como suporte para auxiliar as famílias para lidar com seus idosos à medida que este se torne mais dependente.

A autora alega que essa rede de apoio não existe no nosso país. Quando afirma que: “Ao analisar as possibilidades de suporte social e de saúde para a família de um idoso que vivencia um processo de demência, constata-se logo que existem poucas instituições voltadas para este campo”. (CALDAS, 2002, p. 57). “Afim, a família, como toda e qualquer instituição social, deve ser encarada como uma unidade simultaneamente forte e fraca. Forte, porque ela é de fato um *locus* privilegiado de solidariedade [...]. Mas ela é também é frágil”. (PEREIRA-PEREIRA, 2004, p.36). Devido essa disponibilidade ao amparo dos seus, o Estado não leva em conta as suas fragilidades, não disponibilizando apoio necessário para eventuais quedas.

Contudo a Constituição Federal de 1988, no art. 230, a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. (BRASIL, 1988). Sendo reforçado pelo Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, cabe à família, a sociedade e o Poder Público a responsabilidade de garantir dignidade e respeito ao idoso. (BRASIL, 2003).

Os direitos do idoso aparecem garantidos por leis, porém ainda sua efetivação é lenta, gradual e limitada. Quando o Estado se omite, cabe à família e à sociedade se articularem para lidar com seus idosos e tentar dar a eles uma vida digna e de respeito. Por outro lado, as famílias têm dificuldades nessa tarefa, sejam nas condições financeiras ou psicológicas, desencadeadas pela desigualdade social e pobreza. Dificuldades acentuadas, principalmente quando o Estado se exime de suas responsabilidades como provedor de políticas sociais na garantia de bem-estar das famílias. “[...] os governos brasileiros sempre se beneficiaram da participação autônoma e voluntária da família na provisão do bem-estar de seus membros”. (PEREIRA-PEREIRA, 2004, p.29).

Sendo assim, o suporte às famílias com idosos em processo demencial é precarizado, o que o Estado oferece não supre as demandas. Cabe então, às famílias e à sociedade esse papel de provedor. Como afirma Caldas (2002), as famílias são atores protagonistas no cuidar de seus entes idosos. Já existe uma perspectiva em relação a isso, pois faz parte da cultura, tanto é que, caso isso não ocorra, ela corre o risco de ser taxada como negligente ou irresponsável, podendo sofrer sanções.

É preciso considerar que uma forma de o Estado garantir aos cidadãos de qualquer idade os seus direitos sociais é reconhecer a necessidade e implantar estruturas de apoio aos idosos e suas famílias por meio de uma parceria entre governo, comunidade local, vizinhança, ONGs, setor privado e organizações religiosas. (CALDAS, 2002, p. 55).

Sem o apoio efetivo do Estado, cabe às famílias assumirem, sozinhas, esse papel. Com isso, ficam sobrecarregadas, principalmente as famílias de idosos em processo demencial, que demandam maior cuidado. Em muitos casos acontecem a reversão de papéis, esposas se tornam mães, e filhos passam a cuidar dos pais. Como relata uma entrevistada referindo-se à mãe diagnosticada com DA, “hoje ela é a filha que eu não tive e é prioridade na minha vida”. (ENTREVISTADA I, 2017). Outra entrevistada pontuou os motivos que a levam ser a cuidadora de sua mãe, mesmo tendo outras irmãs disposta a assumir esse papel, “ela me escolheu”. (ENTREVISTADA II, 2017).

As famílias têm que conciliar essa nova tarefa com as demais, ou seja, somar essa nova função a responsabilidade de sua família e de seu emprego. Toda essa rotina é alterada por completo, trazendo novos sentimentos como: raiva, culpa,

pena, sensação de impotência, entre outros. Uma contadora entrevistada relata que sua rotina profissional mudou muito “hoje eu só aceito trabalho que eu possa fazer em casa”. (ENTREVISTADA III, 2017).

[...] entende-se que o suporte social pode ser caracterizado, com ajuda real, ou percebida que o indivíduo obtém nos relacionamentos familiares ou em grupos e como importante meio de prevenção e tratamento de problemas emocionais e físicos relacionados ao cuidar. Pode-se, então, dizer que aqueles cuidadores que não têm apoio formal, ou informal, dentem a desenvolver mais problemas físicos e psíquicos, em comparação com aqueles que se sentem apoiados e respeitados. (GRATÃO, 2006, p. 67).

Desta forma, quando apenas um membro da família se vê responsável por aquele idoso, toma para si um uma difícil tarefa, pois o acarretamento acaba por afetar também a saúde de quem cuida, sobrecarregando as estruturas psicológicas e físicas, interferindo na sua qualidade de vida. Na fala de outra entrevistada ao ser questionada sobre ser uma pessoa saudável “tenho enxaqueca crônica e piorei muito após o diagnóstico de DA do meu pai, emocionalmente me abalo muito ao vê-lo diariamente perdendo a incapacidade até dos cuidados com sua higiene pessoal”. (ENTREVISTADA IV, 2017).

De acordo com Gratão (2006), a carga física do cuidador está relacionada à tarefa referente às necessidades pessoais do idoso, por exemplo, o alimentar, banhos, o vestir, o medicar, a locomoção, as idas ao médico, o comportamento do paciente, entre outros. “As solicitações físicas e emocionais geradas aumentam na proporção que o corpo e a mente do idoso com demência progressivamente declinam”. (GRATÃO, 2006). “O idoso e sua família necessitam de uma rede de apoio ampla, que inclui desde o acompanhamento ambulatorial da pessoa doente até o suporte estratégico, emocional e institucional para quem cuida”. (CALDAS, 2002, p. 52).

Diante do exposto, é possível perceber a importância da família para a atenção ao idoso demenciado, no entanto, os cuidadores familiares, precisam de apoio, que vão além das informações sobre a doença e orientação sobre como cuidar. Eles precisam contar com suporte técnico (materiais, emocionais e estratégicos), que possibilitem leveza na sobrecarga, ou seja, apoio adequado ao seu alcance que tenha valor para amenizar a lida com seu ente querido.

Na visão de Caldas (2002), os cuidadores, mesmo sem apoio algum, conseguem com toda dificuldade cuidar de seus entes, no entanto essas adaptações

geram muitos custos mat\u00e9rias, comprometendo a sua sa\u00fade f\u00edsica e mental, mas fica evidente que se houvesse um apoio profissional que os auxiliassem na cria\u00e7\u00e3o de estrat\u00e9gias para melhorar essa rela\u00e7\u00e3o e um suporte material e institucional, possibilitaria a preven\u00e7\u00e3o de maior desgaste de sa\u00fade e qualidade de vida para ambos e, claro, uma assist\u00eancia adequada e livre de riscos para o idoso.

A dem\u00eancia n\u00e3o escolhe classe social e nem g\u00eanero, qualquer um est\u00e1 apto a adquiri-la, ou ter contato direto com um idoso demenciado. Com isso, a dissemina\u00e7\u00e3o de informa\u00e7\u00f5es \u00e9 fundamental, para que a sociedade esteja apta a lidar com a dem\u00eancia, bem como uma rede de apoio que possa, juntamente com as fam\u00edlias, desenvolver estrat\u00e9gias para aliviar a carga, principalmente \u00e0s fam\u00edlias carentes. A dem\u00eancia \u00e9 uma realidade vinculada na sociedade, e ter no seu n\u00facleo familiar um idoso demente, ser\u00e1 apenas uma quest\u00e3o de tempo.

3 FAM\u00cdLIA, IDOSO E A SOCIEDADE

A defini\u00e7\u00e3o de fam\u00edlia, segundo o dicion\u00e1rio de Silveira Bueno (2007), \u00e9 o conjunto de pai, m\u00e3e e filhos; pessoas do mesmo sangue; descend\u00eancia; linhagem. No entanto, para Cynthia Sarti (2015) conceituar fam\u00edlia no come\u00e7o do s\u00e9culo XXI \u00e9 uma miss\u00e3o desafiadora devido as in\u00fameras mudan\u00e7as nas esferas sociais, o que outrora era definido como padr\u00e3o para conceituar fam\u00edlia, na atual conjuntura j\u00e1 n\u00e3o cabe.

O ecletismo das novas configura\u00e7\u00f5es familiares \u00e9 algo percept\u00edvel nas sociedades, onde as composi\u00e7\u00f5es fugiram dos padr\u00f5es h\u00e1 um bom tempo. “Agora, o conceito de fam\u00edlia abrange diversos arranjos: a uni\u00e3o formada por casamentos; uni\u00e3o est\u00e1vel entre homens e mulheres e a comunidade de qualquer dos genitores (inclusive m\u00e3e solteira) com seus dependentes (a chamada fam\u00edlia monoparental)”. (PEREIRA-PEREIRA, 2004, p. 39). Ou seja, as fam\u00edlias s\u00e3o formadas por m\u00e3es e filhos; pais, m\u00e3es e enteados, av\u00f3s e netos; tios e sobrinhos, pais e filhos, m\u00e3es e filhos, entre outros.

Alguns fatores que motivaram para novas composi\u00e7\u00f5es familiares: desemprego, a necessidade de a mulher entrar no mercado de trabalho, a ci\u00eancia, a “aceita\u00e7\u00e3o” da sociedade na quest\u00e3o de g\u00eanero e sexualidade, div\u00f3rcio, novos casamentos e uni\u00f5es est\u00e1veis. Para Potyara Pereira-Pereira (2004), as novas

mudanças estruturais atribuídas aos divórcios e novos casamentos, as famílias tornaram-se muito mais complexas e intrincadas as redes de parentesco e solidariedade e que, a partir da década de 1990, as famílias tornaram-se mais “efêmeras e heterogêneas”, arranjos que exigiram mudanças conceituais e jurídicas. “[...] mudanças no conceito de família na Constituição Federal de 1988 e as alterações legais contidas no novo Código Civil”. (PEREIRA-PEREIRA, 2004, p. 39). A autora destaca ainda que as leis do Código Civil que entraram em vigor em janeiro de 2002, foram legalizadas com a intenção de acompanhar os novos costumes da sociedade.

As novas configurações familiares estão definidas em torno de eixos morais que lhes dão fundamentos. Para Cynthia Sarti (2015), a família tem suas fronteiras sociológicas que “[...]são traçadas segundo o princípio da obrigação, que lhe dá fundamento, estruturando suas relações. Dispor-se às obrigações morais recíprocas é o que define a pertinência ao grupo familiar”. (SARTI, 20015, p. 44). É possível relacionar esses eixos morais como uma forma de vínculos, ou seja, uma forma de relacionamento estabelecido de modo particular de cada indivíduo, não existindo um padrão, cabe a família ou membros estabelecerem quais tipos de laços as unem. “É importante mencionar que não se considera como vínculo apenas a relação que se configura como amorosa e protetora, mas toda e qualquer relação afetiva, independentemente da qualidade desse afeto”. (SCANDOLARA, 2013, p. 57).

Sendo assim as famílias não se configuram apenas por laços consanguíneos, mas por laços afetivos. A construção do vínculo afetivo é vital para o equilíbrio familiar, visto que, sem consolidação destes, a família estará vulnerável a interferências internas e externas, propensa à dilaceração de sua essência, sem deixar de mencionar os danos causados a membros delicados, como crianças e idosos. Por se tratarem de seres sensíveis por sua própria natureza, tornando-se alvos mais atingidos pela falta de vínculos. Em especial os idosos.

[...] pode-se constatar que as pessoas idosas sofrem violência, talvez pela deteriorização e fragilização das relações familiares. Verificamos também que há evidências de que a construção de vínculos afetivos sólidos desempenha papel fundamental para o bem-estar físico e emocional do idoso. [...] tendo em vista que a depressão, a tristeza, e a solidão são fortes componentes desse processo, não deixando de levar em consideração que a velhice em si não é uma doença que impede o idoso de continuar exercitando sua mente e seu corpo, bem como suas relações afetivas. (SCANDOLARA, 2013, p. 56).

R. Bibliomar, São Luís, v. 16, n. 2, p. 7-28, jul./dez. 2017.

A família é a base para a nascimento dos vínculos, sendo parte inerente para o desenvolvimento humano. Esses laços contribuem para o fortalecimento das famílias que são expostas a situações que podem fragilizar ou fortalecer os vínculos, ou ainda, dependendo da gravidade, o seu o rompimento. Portanto, “[...] quando a família deixa de ser um espaço de proteção para ser um espaço de conflito suas possibilidades de superações se tornam fragmentadas, contribuindo assim para sua ‘desorganização’”. (SCANDOLARA, 2013, p. 58). A superação, depende exclusivamente da manutenção dos vínculos.

Vale lembrar que laços afetivos são constituídos ao longo da vida e vai influenciar de modo positivo ou negativo na vida do indivíduo. A autora aponta que os filhos que se negam serem cuidadores dos pais idosos, mas que dão assistência financeira para pagar um cuidador, não podem ser acusados de negligentes. Essa negação pode estar relacionada a falta de laços afetivos ou a quebra deles.

Quando os pais ficam idosos espera-se que os filhos tornem-se cuidadores, já que a família é a principal fonte de cuidados, essa responsabilidade é estabelecida de um modo cultural ou devido o vínculo afetivo. “Assim, quando é conferido a responsabilidade em oferecer cuidados aos pais idosos, os filhos, enquanto cuidadores, tendem a estabelecer o mesmo tipo de vínculo”. (SCANDOLARA, 2013, p. 59). Sendo assim, as famílias precisam estar com seus vínculos fortalecidos para sobreviver a eventos internos e externos, caso contrário sofrerão rupturas ou estarão sujeitas a eventos insuperáveis. Como afirma Potyara Pereira-Pereira (2004, p. 36):

[...] Afinal, a família, como toda e qualquer instituição social, deve ser encarada como uma unidade simultaneamente forte e fraca. Forte, porque ela é de fato um *locus* privilegiado de solidariedade, no qual os indivíduos podem encontrar refúgio contra o desamparo e a insegurança da existência. Forte, ainda, porque é nela que se dá, de regra, reprodução humana, a socialização das crianças e a transmissão de ensinamentos que perdura pela vida inteira das pessoas.

Mas também “é frágil”. Existem uma grande quantidade de famílias com seus vínculos fragilizados ou rompidos. Que carece de apoio para fortalecer estes, principalmente as mais pobres, que estão sujeitas as mazelas da sociedade. Quando as famílias por si só, não conseguem manter seus vínculos fortalecidos cabe ao poder público a missão de assumir o papel de mediador, para que os laços familiares permaneçam ou tornem-se consolidados.

A Política de Assistência Social, definida pela Lei Orgânica de Assistência Social, Lei nº 8742, de 07.12.1993, onde menciona no art. 1º, que a Assistência Social é direito do cidadão e dever do Estado. É uma política de Seguridade, em que, para se ter acesso, não precisa contribuir, tendo como finalidade garantir os mínimos sociais, atendendo as necessidades básicas das famílias, por meio de um conjunto de ações integradas, do poder público e da sociedade.

No art. 2º descreve os objetivos da política, garantir proteção à família e de seus membros, desde a maternidade até a velhice; amparar às crianças e adolescentes carentes; promover emprego; inclusão social das pessoas com deficiência e a garantia uma renda mensal de 1 (um) salário mínimo à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovarem a incapacidade de subsistência por si só, ou pela família. (LOAS, 1993). “Enquanto política pública, a assistência social deve funcionar, fundamentalmente, com um vetor de articulação intersetorial com as demais políticas sociais (saúde, habitação, educação e outras)”. (SIMÕES, 2012, p. 325).

Devido sua matricidade em relação as políticas públicas de assistência, as famílias têm direitos que garantem proteção, amparo e leveza nos cuidados com seus membros. É nessa perspectiva, que, segundo a proposta de lei, elaboraram-se programas que possibilitem o restabelecimento e o fortalecimento dos vínculos familiares como forma de prevenção de conflitos e situações de riscos, diminuindo a eminência de vulnerabilidade no seio familiar.

4 A ABRAZ E O CUIDADOR FAMILIAR

A Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz), fundada em 16 de agosto de 1991, em São Paulo, tem como finalidade desenvolver ações em favor das pessoas acometidas pela Doença de Alzheimer (DA) e oferecer apoio ao familiar-cuidador. É uma entidade sem fins lucrativos, que tem como missão ser o centro de apoio as pessoas envolvidas com a Doença de Alzheimer e outras Demências em todo país. Todo o trabalho é desenvolvido por meio do voluntariado, contando com vários profissionais das áreas de saúde, jurídica, educação, entre outros e, é claro, por familiares com entes com DA.

A entidade é mantida por meios de doações e parcerias de empresas privadas. Sediado em São Paulo atua nos Estados por meio das Regionais e Sub-regionais. A Regional do Maranhão foi fundada em 21 de setembro de 2005, no Asilo de Mendicidade de São Luís, por Andréa Dircken, psicóloga e mestre em Neurociências. Atualmente é Tesoureira da entidade.

As ações da Regional têm com finalidade levar informações, que possam fornecer orientação e apoio junto as famílias e os cuidadores da pessoa com DA e a toda comunidade em geral, através de palestras informativas oferecidas pelo Grupo de Apoio. Proporcionando esclarecimentos sobre a doença, seus sintomas e efeitos colaterais, desse modo contribui para a aceitação por parte dos familiares melhorando a qualidade de vida a todos os envolvidos. A sede também faz encaminhamentos ao Centro de Atenção Integrado à Saúde do Idoso (CAISI), da pessoa com a doença de Alzheimer e de familiares para acompanhamento, sempre que necessário.

Os grupos de apoio da ABRAz são desempenhados pela equipe de voluntários, que se propõem a construir uma ponte entre o conhecimento da DA e os cuidadores, na busca de um atendimento de qualidade e coerência para os pacientes.

Conforme a ABRAz ([20--]), os grupos são divididos em dois enfoques:

- a) Grupo de Apoio Social e Emocional – esse grupo trabalha na perspectiva da troca de experiências vividas por cuidadores familiares, que se identificam com histórias parecidas, tendo o conforto de saber que não estão sós, podendo externar suas angústias e medos diante da doença, e criando uma sensação de pertencimento ao grupo inserido. Nestes encontros são abordados assuntos pertinentes aos problemas que enfrentam e que ainda serão enfrentados com o avanço da doença, vislumbrando-se meios para amenizar os danos trazidos com a doença de DA, e propiciando, desta forma, a melhor qualidade de vida possível ao paciente e seus entes;
- b) Grupos Informativos – este é um grupo que como o próprio nome já diz, se encarrega de disseminar o maior número de informações possíveis acerca da doença, sintomas, tratamentos alternativos e medicamentosos, para

retardar ao máximo o avanço da doença, utilizando para isso, palestras com profissionais especializados nos diversos aspectos da patologia, contando, ainda, com a participação de cuidadores experientes, que transmitem suas histórias e, desta forma, contribuem para o aumento de conhecimento de todos.

Em entrevista com a presidente da ABRAz do Maranhão, a psicóloga e especialista em Gerontologia a Sra. Ana Lúcia Azoubel Helal, questionada sobre o desenvolvimento dos grupos de apoio no Maranhão, a mesma relatou que a sede da ABRAz funciona durante a segunda sexta-feira de cada mês, das 9h às 11h no Centro Social Urbano (CSU) da Cohab ao lado da Maternidade Marly Sarney. A sede conta apenas com Grupos Informativos, por meio de palestras informativas com assuntos importantes e assuntos que os próprios familiares desejam discutir.

Informa, ainda, a existência do Grupo da Memória composto por idosos que não são diagnosticados com Alzheimer, com atividades voltadas à memória, como forma de prevenção da doença. Com reuniões, às quartas-feiras do mês das 8h e 30 min., às 11h.

A presidente explica que a ABRAz não participa do processo do diagnóstico da Demência, pois a procura pela Associação se dá através do cuidador do idoso acometido, nesse contexto, a família já possui o resultado. Menciona, ainda, que a negação diante do diagnóstico existe, e é aí que entra a atuação da ABRAz. Conforme as famílias são informadas, esclarecidas, e tiram suas dúvidas a aceitação vai acontecendo gradativamente.

Ana Lucia pontua a relevância do diagnóstico precoce. Pois, ainda que o diagnóstico não seja fechado, e não exista um exame capaz de confirmar, o diagnóstico é feito através de descarte, levando-se em conta que a DA é a demência mais comum. A confirmação geralmente acontece após o óbito, através de autópsia. Com esse provável diagnóstico, existe todo um tratamento para retardar os sintomas, mas nunca os evitar. Mesmo porque as próprias causas da doença são apenas suposições. A presidente da Associação referencia ainda o diagnóstico precoce a um slogan da ABRAz que diz: “Alzheimer: quanto antes souber, mais tempo terá para lembrar.”

Existe uma grande divergência da regional do Maranhão em comparação a outros Estados. Em pesquisa no site da associação é possível perceber que existe disparidade no número e nos tipos de grupos da ABRAz, por exemplo, a regional de São Paulo é formada por 31 grupos, sendo 20 Grupos Informativos e 11 Grupos de Apoio Social e Emocional dos quais 8 na capital, dividido em 5 Grupos de Apoio Social e Emocional e 3 Grupos Informativos; no Rio de Janeiro são 4 Grupos de Apoio Social; e no Pará 5 Grupos de Apoio Social e 5 Grupos Informativos.

Conforme entrevista, e as informações do site da ABRAz, a regional do Maranhão é formada por apenas um grupo do tipo informativo, e segundo a presidente, a deficiência no Maranhão consiste na falta de estrutura física e financeira, bem como, carência de voluntários do trabalho qualificado, sendo que esse último é o segmento mais relevante para um acompanhamento adequado aos cuidadores e por consequência aos pacientes com DA.

No Workshop no dia 21 de setembro de 2017, dia Mundial da Conscientização sobre a Doença de Alzheimer, foi organizada pela ABRAz palestras com o tema principal: Práticas do Atendimento da Equipe Multidisciplinar às Pessoas com Doença de Alzheimer. Através de palestra de multiprofissionais (saúde, jurídica e comportamental), com a finalidade de esclarecer e informar acerca da dificuldade no trato do familiar paciente.

Em entrevista com familiares participantes da ação, foi percebido que no Estado do Maranhão a falta de informação é generalizada, a sociedade vive à margem com o desconhecimento dessa patologia e a forma de lidar com os pacientes, pois geralmente a pessoa que cuida é afetada por problemas de saúde (psicológico e físico).

De maneira objetiva, nos foi percebido que as famílias que participavam do evento, não representavam a realidade social a qual foi referida, haja vista, que se tratavam de pessoas com um alto nível de conhecimento e de elevado poder aquisitivo, deixando claro que se tratavam de pessoas oriundas que variavam da média a alta classe, deixando de fora as famílias que vivem em situação de risco e à margem da sociedade. Isto é, não há representatividade das famílias carentes que são consideradas a grande maioria dentro da realidade da sociedade maranhense. Obviamente carentes de informações e apoio.

Considerando o IBGE¹, no Maranhão em 2016, o número de idosos correspondem a 7,82% da população, sendo o segundo Estado com o maior número de idoso no país, perdendo apenas para o Rio Grande do Sul (com 17,3% da população), ou seja, cerca de 980 mil idosos no Estado e na capital cerca de 86 mil idosos. Conforme supracitado cerca de 4% da população idosa possui demência. Sendo assim, no Maranhão e em São Luís coexistem cerca de 39 mil e 3 mil idosos com demência, respectivamente. A questão é, como essas famílias e esses idosos estão sendo amparados? Conforme estudo, a ABRAZ Regional do Maranhão ainda não é uma representatividade de abrangência a essas famílias, talvez por conta do tempo de fundação da associação no Estado.

No entanto, foi percebido o empenho da instituição em expandir o atendimento na forma de informação e acompanhamento às famílias dos pacientes. Ana Lúcia Azoubel pontuou o andamento de um projeto proposto pela ABRAZ, que trata da criação do Centro de Referência Regionalizada da Saúde do Idoso em sua sede, tendo como principal objetivo disponibilizar uma equipe multiprofissional para o atendimento de primeira qualidade ao paciente e sua família de maneira ampliada.

Ao fim de uma palestra foi evidenciada a importância do conhecimento específico sobre o tema do Alzheimer e suas relações e consequências. Pois já era sabido a falta de informação gerada em torno dessa problemática. A realidade das famílias e a informação acerca do tema é fundamental e indispensável. Principalmente em se tratar de uma patologia com consequência avassaladora, com poucas perspectivas de cura.

Contudo, a participação em Grupo de Apoio Social e Emocional é essencial, pois, possibilitará ao familiar/cuidador a sensação de que ele não está só, não é o único que tem a difícil missão de cuidar de seu ente em processo demencial. Na medida que o cuidador, enquanto grupo social, consegue ouvir e se fazer ouvir, expressando suas experiências apreendem as experiências dos outros, consequentemente vão contribuindo para as mudanças na relação cuidador/idoso. Aquilo que era alheio passa a ser íntimo, fazendo com que o processo seja visto com cuidado e cautela, ou seja, as ações passam a ser pensadas e vistas com

¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Órgão responsável pela produção, análise, pesquisa e disseminação de informações de natureza estatística – demográfica, socioeconômica e geocientífica.

outros olhos. Sabe aquela mesma pergunta feita ao longo do dia? Será respondida com se fosse a primeira vez, e não mais com a grotesca resposta “de novo?”.

Outro fato importante, de acordo com Ana Lúcia Helal, é a interação de multiprofissionais vinculados aos grupos de apoio, que contribui de modo estratégico no cuidado com o idoso, evitando desgastes físicos e psicológicos para quem cuida, tais como, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais. Bem como profissionais que possam mediar direitos garantidos por lei, como assistente social e advogado. A Informação é fundamental, mas a participação em grupos sociais é essencial para o enfrentamento das famílias com idosos em processo demencial, na medida em que são estabelecidas estratégias para amenizar a sobrecarga, haverá melhora na qualidade de vida do cuidador e do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo natural da vida, sendo assim, se constitui uma realidade. Na perspectiva de que esse processo ocorra naturalmente, exigem-se fatores que são necessários para o cumprimento desta fase da vida. Para uma velhice saudável é indispensável entre outras coisas, o cuidado e o respeito, e aos idosos acometidos esses cuidados precisam ser redobrados. Desta forma, os sintomas, assim como o sofrimento serão amenizados. Para tanto, faz-se necessário o empenho e o comprometimento não só da família, mas do Estado e da sociedade, para que juntos, busquem melhorias para a qualidade de vida dos idosos.

No processo do envelhecimento acompanhado por alguma doença ou necessidade específica, quem carrega o peso do sofrimento, é a família. O sofrimento surge no momento da percepção da falta de preparação para lidar com um idoso em processo de demência, tanto econômico quanto social. Fora constatado que as famílias que poderiam contar com apoio do Estado, não o tem, ou se tem, o tem de forma precária. Contudo, a sociedade organizada, não consegue envolver todas as demandas existentes. Um exemplo de organização criada com o intuito de prestar auxílio à família de um idoso demente é a ABRAZ Regional Maranhão, que mesmo desenvolvendo seu trabalho, ainda não pode ser considerada referência em atendimento às famílias carentes que sofrem desse mal.

Entende-se que ter informações sobre demências contribui para que as famílias tenham um norte para então agir com mais cautela com seus entes acometidos, lidar com o desconhecido sem ter um diagnóstico, supõe-se, ser complicado. Os sintomas da demência são confundidos com sintomas ditos “naturais da velhice”, fazendo com que os familiares desinformados tratem os idosos com descaso, ou percam a paciência, visto que responder a mesma pergunta várias vezes ao dia, sem ter noção de que é um sintoma recorrente da demência, gera alguns transtornos. Os esquecimentos são um dos sintomas mais simples, com o tempo outros sintomas mais graves surgirão. As famílias devem ter consciência de todo o processo, para que não haja estranhamento, e com isso terem uma chance de se prepararem para o futuro.

THE DEMENTIA IN THE THIRD AGE: the family in facing the disease, having as reference the ABRAz of São Luís, MA

Abstract

The purpose of this article is to analyze the difficulties of families and their elderly people in the process of dementia, punctuating these issues in order to bring possibilities to make the consequences caused by the syndrome more enjoyable. For that, exploratory studies were used, being defined as bibliographic research and field research, since both were essential and complementary, where after appropriation of the studies, and capitulation of information through observations and interviews, it was possible to verify that the families that live in this reality, most of them are unprepared to deal with their affected entities, due to the precarious support of the State and the occasional support of no governmental entities.

Keywords: Family. Elderly. Dementia

REFERÊNCIAS

ABRAz, Associação Brasileira de Alzheimer. **Demência**. [20--]. Disponível: <<http://abraz.org.br/sobre-alzheimer/demencia>>. Acesso em: 25 set. 2017.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas S.A., 1988.

_____. **Estatuto do Idoso** – Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. São Paulo: Sugestões literárias, 2003.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 8 dez. 1993.

_____. Lei 8.840, 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre organização da Assistência e dá outras providências. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 10 nov. 2017.

BUENO, Silveira. **Minidicionário da língua portuguesa**. 2. ed. São Paulo: FTD, 2007

CALDAS, Célia Pereira. O idoso em processo demencial: o impacto na família. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR., C. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 51-71.

CARVALHO, Ana; FARIA, Sílvia. Demência nos idosos. In: FONSECA, Antônio M. (Org.). **Demência na terceira idade: contributos teóricos, competências a mobilizar e estratégias de intervenção**. Vila Nova de Famalicão: Adrave, 2014. p. 7-25.

GOLDFARB, Delia Catulho. **Demências**. 2. ed. São Paulo: CasaPsi, 2006.

GRATÃO, Aline Cristina M. **Demanda do cuidador familiar com o idoso demenciado**. 2006, 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MASSAIA, Éverton. Dependência e independência do idoso: fenômeno multidimensional. In: TERRA, Newton Luiz et al. (Org.). **Envelhecimento e suas múltiplas áreas de conhecimento**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. p. 165-169.

MOTTA, Alda Britto da. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR., C. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 37-50.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara Amazoneida. Mudanças estruturais, política social e papel da família: critérios ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, Mione Apolinário; MATOS, Maurício Castro de; LEAL, Maria Cristina (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 25-42.

SARTI, Cynthia A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Amália Faller (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015. p. 31-50.

SCANNDOLARA, Luizandra Bendo. **A importância dos vínculos afetivos para o envelhecimento**. In: TERRA, Newton Luiz; BÓS, Ângelo J. G.; CARTILHOS, Nara (Org.). **Temas sobre envelhecimento ativo**. Porto Alegre: Edipucrs, 2013. p. 55-68.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2012.