



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Tainara Nunes da Cruz

**A saúde mental de familiares que cuidam de pacientes com Doença de
Alzheimer: revisão integrativa**

Juiz de Fora
2025

Tainara Nunes da Cruz

**A saúde mental de familiares que cuidam de pacientes com Doença de
Alzheimer: revisão integrativa**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Faculdade de Enfermagem
da Universidade Federal de Juiz de Fora,
como requisito parcial à obtenção do grau
de bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Dr^a Angela Maria Corrêa Gonçalves

Juiz de Fora

2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

da Cruz, Tainara Nunes.

A SAÚDE MENTAL DE FAMILIARES QUE CUIDAM DE PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER / Tainara Nunes da Cruz. -- 2025.

51 p.

Orientador: Angela Maria Corrêa Gonçalves

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem, 2025.

1. Doença de Alzheimer. 2. Cuidador. 3. Cuidador familiar. 4. impacto emocional e Físico. 5. Enfrentamento diante do diagnóstico..
I. Gonçalves, Angela Maria Corrêa , orient. II. Título.

Tainara Nunes da Cruz

**A saúde mental de familiares que cuidam de pacientes com Doença de
Alzheimer: revisão integrativa**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à
obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 25 de julho de 2025.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Angela Maria Corrêa Gonçalves - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.ª Dr. Dionasson Altivo Marques – membro efetivo
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Ms. Carolina Alves Matos de Menezes – membro efetivo
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico essa vitória à Deus, à minha avó Maria, aos meus pais, Rosemere e Gabriel, à minha irmã Daiana, à minha sobrinha Maria Clara e ao meu namorado João Paulo.

AGRADECIMENTOS

Começo a minha tão sonhada vitória, agradecendo a Deus, autor da vida e da minha história, por tudo que Ele fez para mim, pois sem Ele eu não teria chegado até aqui. Como diz a palavra de 1 Samuel 7:12 “até aqui o Senhor nos sustentou”. É pela fé em Deus que hoje eu consigo estar aqui: Ele abriu tantas portas, me deu forças para enfrentar todos os desafios até o momento.

Dedico esse trabalho a flor mais bela do meu jardim, minha querida avó Maria! Com ela aprendi sobre o amor e como ele supera até mesmo as barreiras do Alzheimer. Ela está marcada em minha vida, minha pele e agora em minha trajetória acadêmica, pois me inspirei em nossa história familiar para falar do meu trabalho de finalização de curso. Hoje ela se encontra no céu, juntamente com meu tio e padrinho Francisco a quem também dedico esse trabalho. Tenho certeza que intercedem à Deus por mim e estão orgulhosos da minha caminhada na Terra.

Aos meus pais, Rosemere e Gabriel, e irmã, Daiana, sem vocês eu nada seria. Vocês sempre acreditaram, desejaram e rezaram para que o melhor ocorresse em minha vida. Espero um dia poder retribuir um pouco de tudo que vocês já fizeram por mim. Obrigada por serem meu apoio, por acreditarem em mim, por se esforçarem tanto por mim e por me darem forças para viver meu grande sonho de cursar uma faculdade na Universidade Federal de Juiz de Fora.

À minha sobrinha Maria Clara, desde que soube de sua existência, você trouxe luz para minha vida.

Ao meu namorado, João Paulo, que escutou minhas lágrimas e conquistas durante essa trajetória. Além disso, me mostrou a enfermagem sem capa de super heroína, me fazendo entender a realidade da profissão, mas também me ajudando a entender que esse sempre foi o meu sonho: cuidar de pessoas.

Às minhas amigas que me acompanharam ao longo da faculdade, sem vocês seria impossível me formar! Obrigada pelo apoio, brincadeiras e conversas.

E aos meus familiares e amigos que verdadeiramente torceram e vibraram por mim durante todo esse tempo.

Por fim, agradeço a minha orientadora Angela pela condução desse trabalho.

RESUMO

Os avanços das tecnologias aumentaram a expectativa de vida no Brasil e no mundo, como consequência disso, houve o aumento das doenças crônicas e degenerativas, sendo a Doença de Alzheimer uma delas. Essa enfermidade é um subtipo das doenças demenciais, caracterizada por perda de memória, de funções cognitivas, corporais e espaciais, a qual leva à dependência do idoso. Sendo assim, a evolução da doença afeta não apenas o idoso, mas também toda a sua família. **Objetivo:** Identificar o impacto da tarefa de cuidar na qualidade de vida do cuidador de paciente com Alzheimer. Apontar os desafios e as estratégias de enfrentamento na tarefa de cuidar de paciente com Alzheimer. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de Literatura em que os dados foram coletados em bases de dados como Scielo, Lilacs, Pubmed, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), DOAJ, Latindex, Bireme e Portal de Periódicos CAPES. Os dados foram coletados entre os anos de 2015 a 2025. **Resultados:** A Doença de Alzheimer afeta não apenas o enfermo, mas também os familiares cuidadores. Há diversos impactos físicos e psicológicos enfrentados, bem como desafios pessoais e sociais, mas esses efeitos são mitigados de acordo com as formas de enfrentamento utilizadas pelos cuidadores. **Considerações finais:** Verificou-se que o processo saúde-doença ocasiona mudanças em todo núcleo familiar, sendo o cuidador principal o maior afetado. Na maioria das situações esse cuidador não tem com quem compartilhar suas demandas e sentimentos, bem como não é reconhecido pelo papel de cuidador, não sendo assistido pelo serviço de saúde e órgãos públicos.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Cuidador. Cuidador familiar. Impacto Emocional e Físico.

ABSTRACT

Advances in technology have increased life expectancy in Brazil and around the world. As a result, there has been an increase in chronic and degenerative diseases, including Alzheimer's disease. This disease is a subtype of dementia, characterized by loss of memory, cognitive, physical and spatial functions, which leads to dependence in the elderly. Therefore, the progression of the disease affects not only the elderly, but also their entire family. **Objective:** Identify the impact of the task of caring for a patient with Alzheimer's on the quality of life of the caregiver. Point out the challenges and coping strategies in the task of caring for a patient with Alzheimer's. **Methodology:** This is a literature review in which data were collected from databases such as Scielo, Lilacs, Pubmed, Virtual Health Library (BVS), DOAJ, Latindex, Bireme and CAPES Periodicals Portal. Data were collected between 2015 and 2025. **Results:** Alzheimer's disease affects not only the patient, but also their family caregivers. There are several physical and psychological impacts faced, as well as personal and social challenges, but these effects are mitigated according to the coping methods used by caregivers. **Final considerations:** It was found that the health-disease process causes changes in the entire family nucleus, with the main caregiver being the most affected. In most situations, this caregiver has no one to share their demands and feelings with, and is not recognized for their role as caregiver, and is not assisted by the health service or public agencies.

Keywords: Alzheimer's Disease. Caregiver. Family Caregiver. Emotional and Physical Impact.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1	O ENVELHECIMENTO E A DEMÊNCIA	13
2.2	A DOENÇA DE ALZHEIMER	19
2.3	O TRABALHO DE CUIDADOR	22
3	METODOLOGIA	26
3.1	TIPO DE ESTUDO	27
3.2	QUESTÃO DE PESQUISA	27
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	27
3.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	27
3.5	RISCO	27
3.6	BENEFÍCIOS	28
3.7	QUESTÃO ÉTICA	28
3.8	ANÁLISE DOS DADOS	28
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	34
4.1	O IMPACTO DA TAREFA DE CUIDAR NA QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR DE PACIENTE COM ALZHEIMER	35
4.2	OS DESAFIOS E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NA TAREFA DE CUIDAR DE PACIENTE COM ALZHEIMER	39
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
6.	REFERÊNCIAS	46

1 INTRODUÇÃO

O aumento considerável da população acima de 60 anos de idade vem sendo objeto de observação em todo mundo, inclusive no Brasil em face do aumento da expectativa de vida. Esse envelhecimento populacional se deve, entre vários fatores, ao desenvolvimento tecnológico, principalmente na medicina e na melhoria da infraestrutura sanitária, que acaba por auxiliar na redução da mortalidade e, conseqüentemente, proporciona melhor qualidade de vida (Dadalto; Cavalcante, 2021).

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde de 2015 revela que a porcentagem de pessoas com idade acima dos 60 anos no Brasil cresce acima da média mundial. Enquanto a quantidade de idosos vai duplicar no mundo até o ano de 2050, no Brasil ela quase triplicará. Segundo esse mesmo relatório, em 2025 o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas (OMS, 2015).

O processo de envelhecer é considerado como algo natural do crescimento humano, que se inicia com o nascimento e termina com a morte. Segundo Pimenta *et al.* (2013), o processo de envelhecimento gera mudança significativa nos padrões de morbimortalidade. De acordo com os dados da OMS (2015), “o principal impacto negativo do envelhecimento populacional é o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que são as principais causas de mortalidade e incapacidade em todo o mundo” (Silva *et al.*, 2017). Os idosos tornam-se frágeis e dependentes em função das doenças crônicas degenerativas, ocasionada especialmente pelas síndromes demenciais.

No Brasil, estima que, em 2019, 1,85 milhão de brasileiros viviam com doença de Alzheimer (DA) e outras demências, e as projeções indicam que esse número triplicará até 2050 e podendo atingir 6,7 milhões de pessoas afetadas, resultando em um aumento acima de 200%. milhão (Brasil, 2024). Em nosso país, o cuidado com o idoso tende a ser de base familiar ou institucional, cabendo principalmente à família a responsabilidade por auxiliar o idoso com dependência física e/ou cognitiva, sendo que esta atenção promovida por familiares conta com pouco apoio do Estado (Camarano; Mello, 2010).

Observa-se que a doença de Alzheimer, mais prevalente, compromete de forma significativa a memória e também outras funções cognitivas, com intensidade suficiente para produzir perda funcional, incluindo até, eventualmente, a perda de funções ligadas a atividades da vida diária ou o reconhecimento de pessoas e lugares (Dadalto; Cavalcante, 2021, p.7).

Os cuidadores são pessoas próximas ao paciente (familiares, amigos ou vizinhos) que, na maioria das vezes, prestam os cuidados de forma voluntária, motivados por sentimentos de obrigação, retribuição, dependência, amor ou por não conseguir pagar um cuidador formal (dos Anjos *et al.*, 2017).

A demência por ser um processo irreversível de deterioração progressiva requer assistência em tempo integral de um cuidador familiar que pode vir a ser um “paciente oculto”, devido a necessidade de cuidados a ser dispensado (Silva *et. al.*, 2023)

Diante desse contexto, surge a função dos cuidadores dos idosos que necessitam de auxílio para determinadas atividades devido à dependência e incapacidade. A dedicação em tempo quase integral direcionada ao cuidado pode contribuir para o desgaste e adoecimento dos cuidadores, pois se afastam de suas atividades laborais e até mesmo do lazer.

A doença de Alzheimer impacta na qualidade de vida e saúde dos cuidadores, podendo engendrar o desenvolvimento de morbididades nessa população, bem como o sofrimento psíquico e/ou desgaste físico e emocional. Ao contrário do que acontece com outras doenças crônicas, a demência leva ao desenvolvimento de necessidades especiais, de apoio e cuidados, muitas vezes em fases iniciais da doença, que requerem supervisão e vigilância constantes. É um processo longo e que sofre alterações conforme a progressão da doença, provocando um enorme desgaste junto do cuidador (Barbosa; Mota, 2023).

Nesse sentido questionamos: qual o impacto na qualidade de vida do cuidador de paciente com Alzheimer?

Partimos do princípio que a tarefa de cuidar pode trazer benefícios ou resultados positivos, tais como satisfação pessoal, habilidade para enfrentar novos desafios e até sentimento de retribuição, mas também pode comprometer a saúde mental do cuidador.

Desse modo traçamos como objetivo desse estudo: 1) Identificar o impacto da tarefa de cuidar na qualidade de vida do cuidador de paciente com Alzheimer; 2) Apontar os desafios e as estratégias de enfrentamento na tarefa de cuidar de paciente

com Alzheimer.

Aos profissionais da saúde, conhecer e entender essa realidade permite um maior planejamento para implementar programas de capacitação e suporte social aos cuidadores e às suas famílias. Assim, o estudo se justifica pela invisibilidade do tema nas políticas públicas, pois a família sozinha não deve arcar com o ônus de cuidar de seu ente querido dependente, devendo ser compartilhado entre a família, o Estado e a sociedade civil. Durante a trajetória na Graduação de Enfermagem, nos identificamos com o cuidado de idosos e assim justificamos a escolha do tema.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 O ENVELHECIMENTO E A DEMÊNCIA

O envelhecimento é um fenômeno que atinge todos os seres humanos, independentemente. Sendo caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (Brito; Litvoc, 2004).

O envelhecimento populacional é um reflexo das transformações tecnológicas que possibilitaram o aumento da expectativa de vida em todo o mundo. De acordo com o Relatório Mundial de envelhecimento e Saúde, uma criança nascida no Brasil hoje tem uma expectativa de vida de 20 anos a mais que uma criança nascida há 50 anos (OMS, 2015).

Todavia, essa mudança não pode ser vista meramente como um processo biológico, mas também como um ato sócio-histórico, político e econômico, que tem características multifatoriais, heterogêneas e sinuosas, culminando em um envelhecimento diferente para cada classe social, raça, etnia, gênero e região geográfica (Lourinho; Ramos, 2019; Escorsim, 2021).

A velhice foi interpretada de diversas formas ao longo da existência humana, sendo vista como sinônimo de pobreza, inutilidade, fragilidade, insegurança, mas para alguns povos ela representou a sabedoria e o poder. O conceito propriamente dito de velhice surgiu a partir do século XIX com a medicina moderna e a gerontologia, mas foi ao final do século XX que esse grupo ganhou reconhecimento social como categoria e direitos. A velhice é vista como última etapa da vida independentemente do seu estado de saúde, carregada de sentimentos, de medos e de inseguranças, sendo vivida de maneira pessoal e cronológica. Dessa maneira, a velhice é uma fase da vida, sendo o envelhecimento o processo pelo qual a pessoa idosa passa durante a velhice (Dardengo; Mafra, 2018).

A imagem que se tem da velhice, através de fontes históricas, varia de cultura, de tempo e de lugar. Não existe uma concepção única ou definitiva da velhice, mas sim concepções incertas, opostas e variadas através da história.

Como enfatiza Dardengo e Mafra (2018, p. 14):

Alguns autores tais como Debert (1998) e Bosi (1994), definiram o termo “velhice” como sendo a última etapa do ciclo da vida, independente de condições de saúde e hábitos de vida, podendo ser acompanhado de perdas

psicomotoras, sociais e culturais. Outros autores, como Guimarães (1997) e Messy (1999), descreveram a velhice como sendo uma experiência subjetiva e cronológica, associada às perdas, decorrentes da trajetória individual, da forma devida, da genética, de eventos biológicos e psicológicos, sociais e culturais.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2020) o envelhecimento é uma mudança biopsicossocial, fisiológica e ambiental do ser humano que pode gerar declínios cognitivos, aumento da suscetibilidade a doenças, fragilidades e incapacidade.

Já para Escorsim (2021) o envelhecimento sócio-histórico, político-social:

Reflete o modo como se viveu da infância à vida adulta. Se as condições objetivas e subjetivas de vida possibilitaram suprir as necessidades físicas, psíquicas e sociais de indivíduos e grupos, certamente, estes conseguirão alcançar maior longevidade, a qual pode ser desfrutada com mais saúde e satisfação pessoal. Contudo, o inverso é verdadeiro, na insuficiência de atendimento às condições essenciais à vida, a condição de penúria acentua o sofrimento físico e psíquico, o que pode resultar na interrupção prematura da existência (Escorsim, 2021, p. 434).

O envelhecimento está proporcionando uma reavaliação do modelo enrijecido de vida (OMS, 2015). Para Hayflick (1997), o envelhecimento é resultado das interações de fatores genéticos, ambientais e estilo de vida.

Desse modo é possível destacar o envelhecimento biológico que envolve o sistema cardíaco, o sistema respiratório, envelhecimento do sistema nervoso e o envelhecimento músculo esquelético (Souza et al 2024).

Para De Vitta (2000), modificações tornam-se também evidentes com o envelhecimento no sistema músculo esquelético com a respectiva diminuição no comprimento, elasticidade e número de fibras. Também é notável a perda de massa muscular e elasticidade dos tendões e ligamentos (tecidos conectivos) e da viscosidade dos fluidos sinoviais.

Já o sistema biológico mais comprometido com o envelhecimento é o Sistema Nervoso Central (SNC), responsável pelas sensações, movimentos, funções psíquicas (vida de relações) e pelas funções biológicas internas (vida vegetativa) (Cançado; Horta, 2002).

Essa é uma das situações que pode afetar o desenvolvimento das atividades durante a fase senil é a prevalência de comorbidades, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis e degenerativas (Lourinho; Ramos, 2019).

Dentre as doenças degenerativas, destacam-se as **Demências**, ou seja, um

conjunto de doenças que possuem como ponto em comum a perda das funções cognitivas como memória, praxia, linguagem e raciocínio (Talhaferro *et al.*, 2016).

As demências são subdivididas em: Demência de Alzheimer, Demência por corpos de Levy, Demência Frontotemporal, Doença vascular e Demência parkisoniana. Nessas doenças, os fatores de risco variam de acordo com a história individual e os estressores genéticos e ambientais (Araújo; Nicole, 2010; OPS, 2020). Dentre eles, destacam-se a baixa escolaridade, estilo de vida, sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, depressão, baixos níveis de vitamina D, tabagismo, hipercolesterolemia, além do isolamento social e inatividade cognitiva (Santos *et al.*, 2020).

A demência afeta cada pessoa de forma diferente, dependendo da doença de base e das características do próprio indivíduo. Não é apenas o dano cerebral que determina como a demência afeta alguém, mas também outros fatores como a personalidade da pessoa, eventos de vida e ambiente onde se insere (OMS, 2019).

Todas as demências são progressivas e degenerativas, mas o tempo em que esses fatos ocorrem dependem de cada subtipo (Grand *et al.*, 2011).

A progressão da doença pode ser dividida em **três fases** (OMS, 2019):

- 1) Na **fase inicial** da doença, os sintomas passam muitas vezes despercebidos ou são frequentemente desvalorizados, uma vez que as pessoas exibem essencialmente problemas de memória (dificuldade para realizar novas aprendizagens ou para recordar informação recente), que são tradicionalmente associados ao próprio processo de envelhecimento. Todavia, nesta fase inicial podem ainda surgir dificuldades ao nível da orientação temporal (confundir o dia ou o mês) e espacial (perder-se em alguns locais), assim como dificuldades em tomar decisões.
- 2) Na **fase intermédia**, os sintomas tornam--se mais claros, podendo incluir dificuldades ao nível da comunicação, da resolução de problemas e no reconhecimento dos outros. Podem também surgir alterações do humor, mudanças do comportamento como maior desinibição ou deambulação persistente, assim como dificuldades claras em atividades diárias como tomar a medicação ou no arranjo pessoal.
- 3) Na **fase avançada**, as pessoas com demência provavelmente terão

grandes dificuldades para reconhecer os seus familiares ou amigos próximos, assim como podem apresentar um comportamento que pode ser perturbador e angustiante para as pessoas à sua volta. Essencialmente, esta fase é caracterizada por uma deterioração severa das funções mentais, inatividade e dependência.

Embora as demências tenham grande impacto no envelhecimento populacional, essa doença ainda é muito negligenciada no Brasil. De acordo com o Relatório Nacional de Demência (2024) poucos são os estudos, no país, acerca da incidência e prevalência dessa doença. Consequentemente, há uma subnotificação dos casos de demência no país. Enquanto os índices mundiais de subnotificação chegam a 50%, no Brasil, essas estimativas alcançam cerca de 80% em geral.

Geralmente, as características da Demência são classificadas em três etapas ou fases. É importante salientar que algumas pessoas não apresentam todas as características ou passam por todas as fases. De qualquer forma, esta continua a ser uma descrição útil da progressão geral da demência (OMS, 2019).

Quadro 1- Sinais e Sintomas

Fases	Sintomas
Fase inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Parecer mais apática, ter menor vivacidade; • Perder o interesse em passatempos e atividades; • Apresentar relutância em fazer coisas novas; • Ser incapaz de adaptar-se à mudança; • Apresentar discernimento reduzido e tomar más decisões; • Demorar mais tempo na compreensão de ideias complexas e na realização de trabalhos de rotina; • Acusar outras pessoas de “roubarem” coisas perdidas; • Tornar-se mais egocêntrica e menos preocupada com os outros e com os sentimentos destes; • Tornar-se mais esquecida dos detalhes de acontecimentos recentes; • Ser mais propensa a repetir-se ou a perder o fio da conversa; • Ficar mais irritada ou aborrecida se falhar em alguma coisa; • Ter dificuldade em lidar com dinheiro

Fase intermedia- diaria	<ul style="list-style-type: none"> • Esquecer-se facilmente de acontecimentos recentes. A memória do passado distante é geralmente melhor, mas alguns detalhes podem ser esquecidos ou confundidos; • Ficar confusa em relação ao tempo e ao espaço; • Perder-se, se estiver afastada de ambientes familiares; • Esquecer-se de nomes da família ou amigos, ou confundir um familiar com outro; • Esquecer-se de panelas e cafeteiras no fogão ou deixar o gás ligado; • Deambular pelas ruas, possivelmente durante a noite e, às vezes, perder-se; • Comportar-se inadequadamente, por exemplo, ir de pijama para a rua; • Ver ou ouvir coisas que não existem; • Tornar-se muito repetitiva; • Negligenciar a higiene ou a alimentação; • Ficar zangada, aborrecida ou angustiada devido a um sentimento de frustração
Fase avançada	<ul style="list-style-type: none"> • Ser incapaz de lembrar-se de situações ocorridas poucos minutos antes, por exemplo, esquecer-se que acabou de comer; • Perder a capacidade de compreensão ou de utilizar a linguagem; • Ficar incontinente; • Não reconhecer amigos e família; • Precisar de ajuda para comer, lavar-se, tomar banho, arranjar-se e vestir-se; • Ser incapaz de reconhecer objetos que fazem parte do seu cotidiano; • Ficar perturbada durante a noite; • Ficar inquieta procurando, por exemplo, um parente falecido há muito tempo; • Ficar agressiva, especialmente quando se sente ameaçada; • Ter dificuldade em andar e ficar dependente de uma cadeira de rodas para deslocar-se; • Ter movimentos incontrolados

Fonte: (OMS, 2019)

O diagnóstico pode representar uma dificuldade, principalmente em países em desenvolvimento, como o Brasil, em que não há instrumentos padronizados, treinamento profissional e tempo de consulta adequados para diagnosticar a doença. Além disso, o estigma sobre a doença e a crença de que os sintomas são comuns ao envelhecimento, corroboram para o subdiagnóstico (Brasil,2024). Dessa maneira, há uma dificuldade no tratamento das demências visto que ele extrapola a abordagem síndrome médica. Sendo assim, o manejo dessa doença requer um trabalho

multidisciplinar envolvendo profissionais da área da saúde como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas, como também de outras áreas como os assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais, utilizando-se de métodos farmacológicos e não farmacológicos. Além disso, o tratamento não é apenas do doente, mas deve envolver toda a família e a rede de apoio (Grand *et al.*, 2011).

Muitos são os estigmas que permeiam a patologia tanto em relação à população em geral quanto aos profissionais da saúde. Uma pesquisa feita com esse público, no Brasil, demonstrou que parte dos entrevistados acreditam que a demência é um processo natural do envelhecimento e muitos não confiam no diagnóstico precoce, devido à falta de sintomas estereotipados. Ademais, muitos acreditam que os idosos devem se submeter às ordens dos cuidadores, que eles não conseguem mais socializar, por isso devem ficar segregados e que já não possuem sentimentos, pois foram transformados pela doença, ocasionando em a desumanização e a infantilização do paciente (Grand *et al.*, 2011).

A fim de diminuir essa reputação, muitos idosos não contam sobre o diagnóstico para todos os conhecidos, minimizam e normalizam a demência e buscam enfatizar a capacidade de viver. Apesar de ser um estudo único, os resultados apresentados demonstram como o Brasil ainda precisa pesquisar, capacitar e conscientizar a população acerca da doença do século (Brasil, 2024).

Diante dos preconceitos presentes em relação à doença, o cuidado ao paciente sofre intercorrências. Diversos são os atores responsáveis por esse cuidado que envolve as dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, a sistêmica e a societária. Mas, infelizmente, o manejo fica restrito a consultas médicas para tratamento medicamentoso e os cuidados de familiares, sendo que o próprio indivíduo perde a sua autonomia de decisão e cuidado quando recebe o diagnóstico. Além disso, a falta de implementação das políticas públicas para pessoas idosas torna o processo de cuidado ainda mais difícil, sendo assim, há uma sobrecarga dos familiares que por vezes não conseguem arcar com custos de um cuidador formal e abdicam de suas vidas para cuidar do ente querido com demência (Nascimento; Figueiredo, 2019).

A Doença de Alzheimer (DA) é a mais prevalente dentre as demências, com cerca de 70% dos casos (American Psychiatric Association, 2014).

2.2 A DOENÇA DE ALZHEIMER

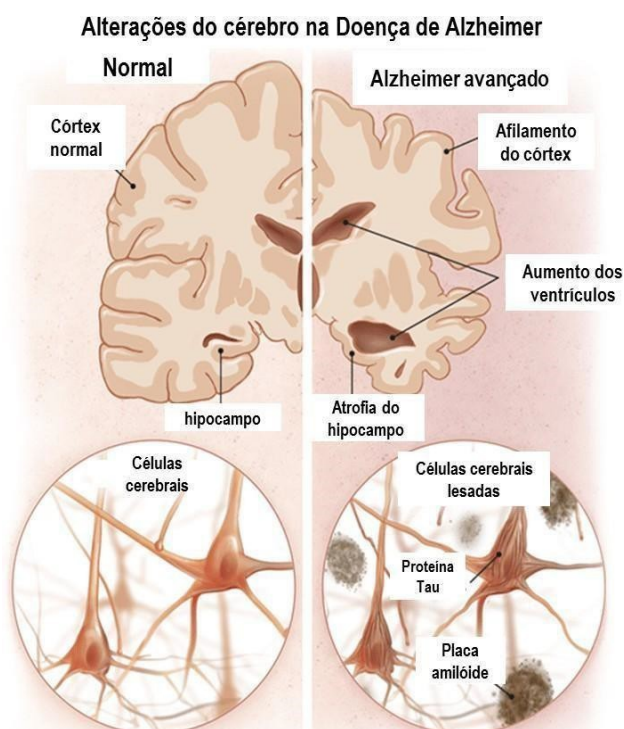
A doença foi descoberta por Alois Alzheimer, um alemão que avaliou no cérebro de uma paciente sinais do que, hoje, chamamos de DA. Ela é uma doença neuropática, caracterizada pela perda de memória, de funções cognitivas, corporais e espacial (Veloso *et al.*, 2024).

Muitos estudos são feitos a fim de descobrir a sua fisiopatologia, a qual ainda não é completamente conhecida. As pesquisas indicam que o comprometimento do Sistema Nervoso Central, é responsável pelos sinais e sintomas da doença. Assim como a fisiopatologia, as causas ainda não são bem conhecidas, mas baseiam-se em fatores de riscos como predisposição genética, estilo de vida, estresse, tabagismo, altos níveis de colesterol, hipertensão arterial, diabetes, deficiência de vitaminas e depressão (Souza *et al.*, 2021).

Durante as três fases de demência devido ao Alzheimer, as manifestações são diferentes. Na fase leve, o paciente ainda possui um grau de dependência, precisando de suporte para algumas atividades a fim de otimizar a sua independência. O estágio moderado, geralmente o mais longo, é caracterizado pela afasia, podem ter incontinência vesical e fecal, além de alterações de personalidade e de pensamentos que podem estar acompanhadas de agitação e desconfiança (Alzheimer's Association, 2020).

Por fim, no estágio grave da doença destaca-se pela necessidade de cuidados integrais, pois não conseguem mais executar as atividades instrumentais e básicas de vida. Nessa fase, o paciente pode ficar acamado e torna-se mais vulnerável a outras doenças e condições (Alzheimer's Association, 2020).

Figura 1 - Alterações no cérebro na doença de Alzheimer



Fonte: Vanfísio (2025).

Além dos sintomas cognitivos, de 60 a 90% das pessoas com Alzheimer podem apresentar sintomas comportamentais e psicológicos da demência (BPSD). Dentre esses sintomas inclui:

apatia, depressão, ansiedade, distúrbios do sono, psicose, agitação, agressão, perambulação e manifestações motoras, desinibição e muitos outros. Além disso, as formas graves de BPSD como delírios, alucinações, agitação, agressão e condições motoras aberrantes são mais comuns na demência moderada a grave (Brucki *et al.*, 2022 p.104).

Ademais, algumas comorbidades podem estar associadas ao paciente com Alzheimer como disfagia (de Oliveira *et al.*, 2024), sarcopenia (Kim *et al.*, 2024), miastenia (Marques *et al.*, 2022), além disso, nos estágios avançados da doença é comum o aumento de infecções pulmonares e no trato urinário, lesões por pressão, desnutrição, queda e problemas dentários. Entretanto, cuidar dessas comorbidades é um desafio, visto que muitas vezes há uma dificuldade do paciente em explicar as suas queixas ou há a sua desvalorização, ademais, o próprio diagnóstico traz consigo a discriminação que culmina no não diagnóstico e não tratamento das doenças paralelas (Brucki *et al.*, 2022).

O **diagnóstico** dessa doença é clínico, mas utiliza-se de exames complementares para ratificá-lo. Antes da anamnese do paciente, é necessário

descartar outras doenças possíveis como Doença Vascular Cerebral. Além disso, o diagnóstico não deve ser aplicado em casos de doença cerebrovascular que se relacione com o início dos sinais e sintomas; quando há possibilidade de ser outro tipo de demência; afasia progressiva primária; doença neurológica, não neurológica ou quando há o uso de medicamentos que interferem na cognição (Schilling *et al.*, 2022).

A avaliação neuropsicológica utiliza-se de instrumentos de rastreamento (ex: Fluência Verbal, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) etc), avaliação dos diferentes domínios cognitivos, visando monitorar a memória episódica verbal; memória não verbal, linguagem, atenção e função executiva, habilidades visuais-espaciais e visuais-construtivas. Ademais, a funcionalidade é analisada por meio das AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária) e ABVD ((Atividades Básicas da Vida Diária) e o estadiamento da demência. Além disso, os exames laboratoriais podem contribuir para descartar outras possibilidades de declínio cognitivo. Outro componente importante no diagnóstico é a Ressonância magnética e a Tomografia Computadorizada que descartam possíveis lesões e avalia o padrão de atrofia cerebral que afeta os pacientes com Alzheimer (Schilling *et al.*, 2022).

A doença de Alzheimer é irreversível, sendo assim, o tratamento visa minimizar os sintomas e promover uma melhor qualidade de vida para os pacientes (Souza *et al.*, 2021). Diante de um cenário de surpresa, medo e temor para os familiares, que precisam lidar com diagnóstico e, muitas vezes, com o manejo do paciente (Talhaferro *et al.*, 2016), a terapêutica deve ser iniciada, visando compreender os desejos e capacidades do paciente e seus familiares (Moreira; Moreira, 2020).

O tratamento não farmacológico pode ser aplicado de diversas maneiras. A psicoterapia, nos estágios iniciais, visa atender as necessidades psíquicas e emocionais do paciente, pois nesse estágio, o doente percebe as alterações cognitivas que ele está sofrendo, além da mudança do senso de si (Nascimento; Figueiredo, 2019).

O estímulo cognitivo por meio da leitura, jogos, vídeos podem contribuir para a manutenção da autonomia além de reduzir os níveis de ansiedade e depressão e melhorar a qualidade de vida do paciente. A fisioterapia e o exercício físico são grandes aliados na manutenção da capacidade física do doente, melhora na percepção, memória, raciocínio, recuperação de laços afetivos e sociais, sendo que

essas atividades devem ser realizadas de acordo com as necessidades e capacidade do indivíduo (Souza, 2019).

As Práticas Integrativas e Complementares a Saúde (PICS), por sua vez, como arteterapia, musicoterapia, aromaterapia, bem como a horticultura e as abordagens sensoriais demonstraram-se eficazes no controle do estresse, ansiedade, distúrbio de humor, e disfunções cognitivas (Moreira; Moreira, 2020).

A prestação de cuidados é fundamental para corresponder às necessidades do doente e para manter a sua dignidade. É fundamental que o cuidador possua a informação e apoio necessários para garantir a adequabilidade dos cuidados prestado (Moreira; Moreira, 2020).

2.3 O TRABALHO DE CUIDADOR

Com a neurodegeneração causada pela DA, os idosos tornam-se, gradualmente, dependentes de cuidados e esses, por muitas vezes, são promovidos pela família, a qual exerce uma função essencial no manejo da doença (Talhaferro *et al.*, 2016). A alta dependência gerada por essa patologia, faz com que os cuidadores sejam responsáveis tanto pelas atividades básicas de vida diária quanto as instrumentais, além de promoverem os cuidados em saúde como administrar as medicações e promover a higiene pessoal. Todavia, essas atribuições ocorrem de maneira inesperada e de forma despreparada, ocasionando a sobrecarga familiar (Silva *et al.*, 2022).

Os cuidados podem ser divididos em formais (exercido por um profissional capacitado) e informal (prestado pela família e amigos), sendo que o segundo ainda se subdivide em primário, secundário e terciário. O cuidador primário é aquele que fica responsável integralmente por todas as demandas do paciente; o secundário possui demandas similares ao primário, mas não as responde por tempo integral; já o terciário ocasionalmente contribui para as demandas do idoso (Azevedo *et al.*, 2022).

Os cuidadores informais geralmente prestam os cuidados por amor, compaixão, gratidão, sentimento de obrigação ou por falta de condições de pagar um profissional (Silva *et al.*, 2022). Estudos demonstram que o papel primário é desenvolvido, principalmente, pelas mulheres, sejam elas filhas ou esposas e que, em relação aos homens, elas sofrem mais consequências em decorrência dessa função. Isso porque além do cuidado, elas exercem as funções domésticas e o cuidado de si (Cesário *et al.*, 2017; Coutinho, 2021).

O ato de cuidar passa pelo conhecimento e desenvolvimento de habilidades necessárias para garantir a qualidade de vida do idoso. Dessa maneira, o responsável deve ser capaz de compreender sobre a doença e desenvolver a capacidade de julgamento e de decisão. Todavia, essas habilidades são bem limitadas entre os cuidadores, pois ou eles não são capacitados para lidar com essa patologia ou a capacitação promovida pelos profissionais da saúde limitam-se a rápidas consultas. Dessa maneira, o manejo é desenvolvido de forma empírica, visando desenvolver práticas que garantam a manutenção do cuidado, a segurança, a qualidade de vida e o enfrentamento das dificuldades advindas da doença (Queiroz *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2022).

Diante das diversas demandas do paciente, é inegável que os efeitos da DA atingem toda a família, principalmente no cuidador principal, o qual fica mais suscetível a morbidades. Esses fatos estão relacionados à intensa convivência com a doença, a qual traz consigo instabilidade, inseguranças e desgastes. Dessa forma, os cuidadores são afetados nas dimensões biopsicossocial, emocional e financeira (Cesário *et al.*, 2017; Albuquerque *et al.*, 2019).

No âmbito da saúde, os cuidadores acabam negligenciando o autocuidado em prol do manejo do idoso. Sendo assim, situações de estresse, solidão, impotência, raiva, tristeza, culpa, angústia, medo, negação, ansiedade e depressão tornam-se comuns no cotidiano dessas pessoas, principalmente pela tristeza de não conseguirem mudar a realidade vivida, ainda que tentem mudar as suas condutas. Do mesmo modo, outras comorbidades podem estar associadas a carga estressante de cuidar, como hipertensão arterial, distúrbio do sono, gastrite e desordem respiratória. Adicionalmente, a área social e o autocuidado ficam comprometidos, visto que não possuem tempo para dedicar-se ao lazer, a visitar os amigos ou passear. Por fim, o aspecto financeiro também sofre impactos, pois com a dedicação exclusiva e integral ao idoso, muitos cuidadores não possuem tempo para dedicar-se às funções laborais, reduzindo a jornada, quando possível, ou abandonando os seus serviços (Azevedo *et al.*, 2022; Albuquerque *et al.*, 2019; Coutinho, 2021).

O cuidador poderá ficar sobrecarregado, muitas vezes quando assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados. Soma-se a isso, ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida. Diante dessa situação é comum o cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, entre outras alterações. Além de procurar cuidados médicos, é necessário destacar

que o cuidador também precisa cuidar da sua saúde física e mental, contando com o apoio de familiares e/ou amigos para dividir as tarefas no dia a dia (Voigt; Leal, 2023).

A fim de minimizar esses impactos, algumas medidas são tomadas pelos cuidadores. A busca por intervenções depende de fatores como sexo, escolaridade, nível de atenção informal. Algumas formas de enfrentamento são a espiritualidade, os treinamentos cognitivos e psicoeducativos, a prática de yoga e meditação, a psicoterapia, a atividade física e técnicas de gerenciamento de estresse. Ademais, ter momentos de lazer, de recreação e de socialização minimizam a sobrecarga (Dadalto; Cavalcante, 2021; Silva *et al.*, 2023; Marques *et al.*, 2024).

Diante desse cenário de medo, de insegurança e frustração, o pensamento sobre a institucionalização do idoso permeia o familiar. Primeiro, porque ele acredita que não é capaz de cuidar de forma eficaz do doente, segundo porque pensa que a institucionalização acarretaria numa melhor qualidade de vida para o paciente e para o cuidador. Mas, ao mesmo tempo, essa atitude é pensada como um ato egoísta, permeada pelo sentimento de culpa, rejeição e abandono. Outro ponto analisado, é que a institucionalização, apesar de devolver a autonomia do responsável, não tira dele o dever do cuidado (Nass *et al.*, 2016). Além disso, afastamento do idoso de sua casa e das relações interpessoais criadas durante a vida é um dos principais motivos que fazem as famílias repensarem a institucionalização, optando por essa decisão quando o idoso já não lembra mais da sua vida ou até quando os cuidadores conseguem exercer a ocupação (Cerqueira, 2018).

O paradoxo do cuidar gerou movimentos internacionais e nacionais que visam introduzir o cuidador no tratamento, a fim de reduzir a morbidade e o estresse nesse grupo, também chamado de paciente oculto, em como garantir a assistência efetiva e eficaz ao paciente. Todavia, apesar de toda a mobilização em prol de cuidar de quem cuida, nota-se que a maioria dos cuidadores não recebem o tratamento assim como os pacientes, pois, o modelo biomédico, o qual ainda se insere na sociedade brasileira, não vê a DA como uma doença que atinge toda a família e rede de apoio, mas somente como mais uma doença a ser tratada com terapia medicamentosa. Além disso, os cuidadores não conseguem acessar aos serviços de saúde para palestras e capacitações, pois muitas vezes não conseguem outros cuidadores para ficar com o idoso (Coutinho, 2021).

A fim de mudar o modelo biomédico e dessa forma garantir tratamento digno

ao paciente e ao cuidador, foi sancionada a Lei 14.878, DE 04 DE JUNHO DE 2024 a qual institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências. Essa lei visa ratificar os princípios do SUS de integralidade, universalidade e equidade, garantindo que os pacientes com DA e familiares tenham acesso a um tratamento digno, integrado, com profissionais capacitados que deverão executar as ações em todos os níveis de atenção (Brasil,2024).

Sendo assim, a Atenção Primária à Saúde (APS) exerce um papel de suma importância nesse sentido, pois é a partir dela que será estabelecida a linha de cuidado do paciente e seus familiares. Isso porque ela tem como função promover a saúde, prevenir as doenças e agravos, diagnosticar, reabilitar, reduzir danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Consequentemente, cabe os profissionais das APS buscar ativamente os idosos, promover a sua avaliação global, diagnosticar os declínios cognitivos, apoiar e tratar a família, promover o atendimento domiciliar e referenciar para os demais níveis de atenção, como a atenção especializada e multidisciplinar (Ceará, 2024).

3 METODOLOGIA

A metodologia proposta é uma revisão bibliográfica integrativa (RI), mediante o levantamento da produção científica brasileira, a qual estão relacionadas aos cuidados aos pacientes com DA. É importante destacar que na revisão integrativa é possível incluir estudos que têm metodologias diferentes (Sousa *et al.*, 2017). Foi construída com base em artigos científicos de estudos teóricos e empíricos, captados por meio de bases eletrônicas, utilizando leituras exploratórias e seletivas.

A revisão integrativa, é a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Combina também dados da literatura teórica e empírica, além de incorporar um vasto leque de propósitos: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos de um tópico particular (Botelho *et al.*, 2011).

Para o desenvolvimento desta revisão serão percorridas 6 etapas, de acordo com Botelho *et al.* (2011) a saber:

- 1º etapa - identificação do tema e seleção da questão de pesquisa;
- 2º etapa - estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão;
- 3º etapa - identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados;
- 4º etapa - categorização dos estudos selecionados;
- 5º etapa - análise e interpretação dos resultados;
- 6º etapa - apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

A pesquisa se deu nas fontes de informação LATINDEX, DOAJ, MEDLINE, PUBMED, LILACS, DIADORIN, BVS - Bireme e Portal de Periódicos CAPES. Elencaram-se os descritores de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), realizando as buscas da seguinte maneira: “idoso debilitado” “AND “saúde idoso”, AND “idoso dependente”; “cuidador informal” AND “desgaste do cuidador”.

Os artigos selecionados no período de 2015 a 2024, que compõem a amostra dessa RI, estão apresentados no quadro 2, a seguir, contendo informações como: fonte, título, autor, objetivo, periódico, ano. Estão organizados conforme o ano de

publicação.

3.1 QUESTÃO DE PESQUISA

Sendo assim, para dar continuidade a essa construção, foi formulada a seguinte questão condutora: qual o impacto na qualidade de vida do cuidador de paciente com Alzheimer?

3.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: artigos nos idiomas português com recorte temporal de 2015 a 2024, textos completos disponíveis eletronicamente e de forma gratuita. Os artigos disponíveis em mais de uma base de dados foram incluídos apenas uma vez. Após a leitura dos resumos foi selecionado os artigos para a realização da pesquisa.

3.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos estudos documentais, carta editorial, artigos repetidos e incoerentes com a temática em questão e também os que não responderam às perguntas norteadoras e também aqueles publicados fora do período estabelecido.

3.4 RISCO

A pesquisa não oferece riscos por se tratar de um estudo de revisão integrativa que utiliza dados secundários.

3.5 BENEFÍCIOS

Os achados poderão sensibilizar a equipe de enfermagem nas práticas de saúde, especialmente o enfermeiro durante as consultas de enfermagem, direcionando intervenções eficazes e eficientes que permitam uma assistência holística e adequada ao portador de DA. Também fornecer subsídios para o desenvolvimento de novas investigações e evidências em saúde.

3.6 QUESTÃO ÉTICA

Esta pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por ser um estudo do tipo revisão integrativa. Todavia, foi garantida a ética por meio da lealdade às informações abrangidas nos artigos de citação da fonte. As ideias dos autores foram descritas respeitando-se a forma como originalmente foram descritas, sendo citadas conforme as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), e também sob a luz da lei de número 9.610 de 1998, que consolida a legislação sobre os direitos autorais no Brasil (Brasil, 1998).

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Os dados dos documentos foram analisados e organizados através de leituras interpretativas complexas, proporcionando entendimento e compreensão correspondente ao problema para o qual se esperava resposta. Em seguida, a caracterização dos artigos teve suas informações dispostas em um quadro para melhor visualização e compreensão dos dados. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva possibilitando observar, descrever e classificar os dados, com o intuito de reunir o conhecimento produzido sobre o tema exposto na revisão e formar categorias de análise.

Após a análise e agrupamento dos temas por similaridade surgiram as seguintes categorias para análise:

- O impacto da tarefa de cuidar na qualidade de vida do cuidador de paciente com Alzheimer;
- Os desafios e as estratégias de enfrentamento na tarefa de cuidar de paciente com Alzheimer.

Quadro 2 – Apresenta os artigos que compuseram a amostra deste estudo

Artigo	Fonte	Título do Artigo	Autores	Objetivo	Periódico	Ano
A1	SCIELO	Da Autonomia ao Declínio da Vida: Impasses Familiares na Experiência com a Doença de Alzheimer	Elisângela Maia Pessôa, Ednalva Maciel Neves	Trazer alguns elementos que compõem as experiências de pessoas cuidadoras vinculadas às associações de Alzheimer em seus respectivos estados	Mediações	2024
A2	DOAJ - Director y of Open Access Journals	Qualidade de vida do cuidador familiar da pessoa idosa com doença de Alzheimer: revisão integrativa	Bianca Carolaine Oliveira Rocha , Ana Carolaine de Souza Batista , Laura Emamannuela Lima Costa , Rosany Cláudia Dantas Pereira , Júlia de Souza Soares da Silva , Rudval Souza da Silva , Juliana Anjos e Anjos , Manuela Bastos Alves	Realizar uma revisão integrativa de literatura sobre os impactos do cuidado à pessoa idosa com Doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador familiar	Revista Amazônia Science & Health	2024
A3	SCIELO	Qualidade de vida, estresse, enfrentamento e sobrecarga de cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer *	Chia Chen Lin, Izabela Vitória Pereira Marques, Grazieli Covre da Silva, Eduardo Quadros da Silva, Agnes Vítório Colombari, José Roberto Andrade do Nascimento Junior, Daniel Vicentini de Oliveira	Comparar a qualidade de vida, percepção de estresse e estratégias de enfrentamento em função do nível de sobrecarga de cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer	Fisioterapia em movimento	2024
A4	SCIELO	Estresse e estratégias de enfrentamento de cuidadores de pessoas idosas com Doença de Alzheimer *	Izabela Vitória Pereira Marques, Chia Chen Lin, Eduardo Quadros da Silva, José Roberto Andrade do Nascimento Júnior, Daniel Vicentini de Oliveira	Comparar os sintomas de estresse e as estratégias de enfrentamento de cuidadores de pessoas idosas com Doença de Alzheimer em razão das	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	2024

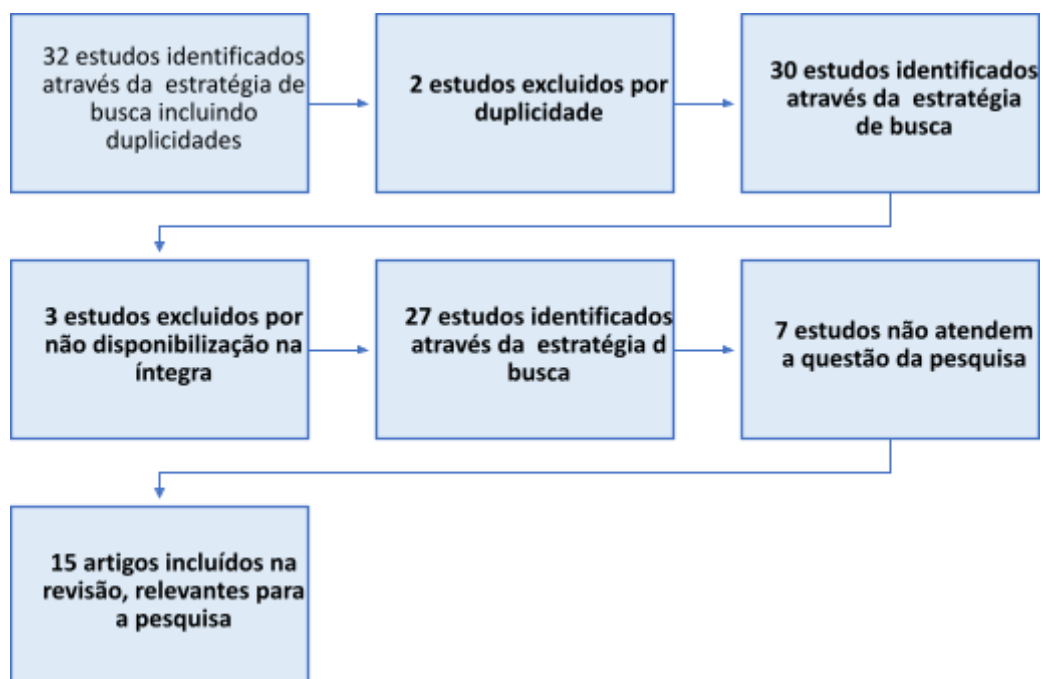
				variáveis sociodemográficas, de saúde e de atuação profissional		
A5	BVS	O cuidado do idoso com alzheimer e a resiliência do cuidador informal *	Alex Ribeiro da Silva, C, Amanda Ribeiro Campos, Ícaro Gabriel Carvalho da Cruz; Suelen Silva Araújo; Kellen Rosa Coelho; Flávia de Oliveira	Compreender o cuidado com o idoso com a doença de Alzheimer e a resiliência do cuidador informal	J nurs Health	2023
A6	SCIELO	“ A gente não é de ferro”: vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil *	Girliani Silva de Sousa, Raimunda Magalhães da Silva, Amanda Márcia dos Santos Reinaldo, Sônia Maria Soares, Denise Machado Duran Gutierrez, Maria do Livramento Fortes Figueiredo	Compreender a vivência dos(as) cuidadores(as) familiares com a pessoa idosa dependente no Brasil, bem como entender as consequências dos cuidados de idosos dependentes na vida do cuidador familiar.	Ciência & Saúde Coletiva	2021
A7	SCIELO	O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos	Eliane Varanda Dadalto, Fátima Gonçalves Cavalcante	Analisar fatores que influenciam o impacto sobre cuidadores familiares com doença de Alzheimer	Ciência & Saúde Coletiva	2021
A8	SCIELO	Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares	Emanuela Bezerra Torres Mattos, Maria Julia Kovácsb	Conhecer aspectos singulares da experiência do cuidar na perspectiva de cuidadoras familiares de idosos com DA, a partir de abordagem qualitativa.	Psicologia USP	2020
A9	BVS	Qualidade de vida de familiares/cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer: contribuição do grupo de apoio	Thamires Ineu de Oliveira, Bruna Rodrigues Maziero, Daniela Buriol, Paloma Horbach da Rosa, Silomar Ilha	Analisar a qualidade de vida de familiares/cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer e a influência do grupo Assistência Multidisciplinar aos cuidadores de pessoas com a doença de Alzheimer neste processo	Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental	2020

A10	LATINDEX	Os desafios dos cuidadores familiares de pacientes com Alzheimer no cotidiano familiar *	Katiusse Tanara Alves Cruz, Mayara Candida Pereira	Identificar os desafios vivenciados por cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer e descrever a importância do profissional enfermeiro nos cuidados do paciente com Alzheimer	Revista JRG de Estudos Acadêmicos	2019
A11	SCIELO	Uso do tempo por cuidadores familiares de idosos com demência: revisão integrativa	Elcyana Bezerra Carvalho, Anita Liberalesso Neri	Descrever a evolução das medidas utilizadas para a avaliação do uso do tempo por cuidadores familiares de idosos com demências, entre 1993 e 2016, e conhecer os padrões de uso do tempo identificados por essa literatura.	Revista Brasileira de enfermagem	2017
A12	SCIELO	Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer	Vanovya Alves Claudino Cesário, Márcia Carréra Campos Leal, Ana Paula de Oliveira Marques, Karolyny Alves Claudino	Analisar a relação entre o estresse e a qualidade de vida do cuidador familiar de idosos portadores da doença de Alzheimer	Saúde debate	2017
A13	SCIELO	Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador	Aline Miranda da Fonseca Marins, Cristina Gonçalves Hansel, Jaqueline da Silva	Identificar principais mudanças comportamentais em idosos com Doença de Alzheimer e distinções na sobrecarga imposta ao cuidador.	Escola Ana Nery	2016
A14	PUBMED	Representação social da doença de Alzheimer para cuidadores familiares: estressante e gratificante*	Aline Duarte Folle , Helena Eri Shimizu , Janeth de Oliveira Silva Naves	Compreender o conteúdo das Representações Sociais (RS) de cuidadores familiares de portadores de Alzheimer.	Revista Escola de Enfermagem USP	2016
A15	SCIELO	Sintomas neuropsiquiátricos do idoso com doença de Alzheimer e o desgaste do cuidador familiar	Luana Baldin Storti, Débora Teles Quintino, Natália Michelato Silva, Luciana Kusumota, Sueli Marques	Analisar a relação entre o desgaste do cuidador familiar e a presença de sintomas neuropsiquiátricos em idosos com doença de Alzheimer ou demência mista	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2016

A16	BVS	Percepção de cuidadores de pessoas com Doença de Alzheimer sobre suas perspectivas de futuro	Edite Lago da Silva Sena, Mirella Newma Ribeiro Souza, Luana Machado Andrade	Desvelar a percepção de cuidadores de pessoas com Doença de Alzheimer sobre suas perspectivas de futuro.	Revista Kairós Gerontologia	2016
A17	BVS	Fatores associados à resiliência do cuidador familiar de pessoa com demência: revisão sistemática	Carlene Souza Silva Manzini, Allan Gustavo Brigola, Sofia Cristina Iost Pavarini, Francisco Assis Carvalho Vale.	Identificar possíveis fatores associados ao desenvolvimento da resiliência em cuidador familiar de pessoa com demência e os desfechos da resiliência para o cuidador e o receptor de cuidados.	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	2016
A18	BVS	O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares	Cinthia Filgueira Maciel Mendes, Anderson Lineu Siqueira dos Santos	Observar e identificar as representações dos cuidadores familiares sobre o cuidado e analisar como influenciam em suas práticas de cuidado	Saúde e Sociedade	2016
A19	BVS	Organização da família no cuidado ao idoso com doença de Alzheimer	Ana Laura Zuchetto Pizolotto, Marinês Tambara Leite, Leila Mariza Hildebrandt, Marta Cocco da Costa, Darielli Gindri Resta	Analisar como a família se organiza para prestar cuidados ao idoso com doença de Alzheimer no espaço domiciliar	Revista espaço para a saúde	2015
A20	SCIELO	A dinâmica familiar diante da doença de Alzheimer em um de seus membros	Barbara Alana Vizzachi, Celina Daspett, Maria Goreti da Silva Cruz, Ana Lúcia de Moraes Horta	Compreender a dinâmica familiar quando há um membro com Alzheimer em domicílio	Revista Escola de Enfermagem USP	2015

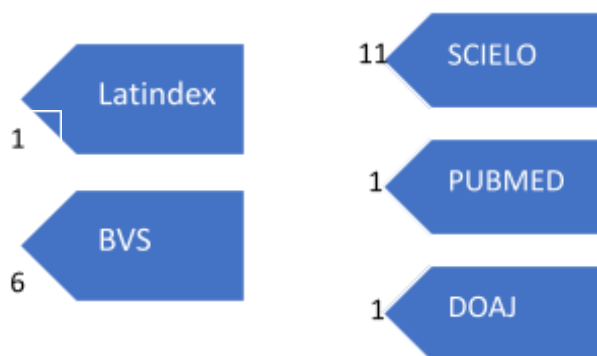
Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Figura 2 – Processo de seleção dos artigos que compuseram a amostra deste estudo



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

Figura 3 - Panorama quantitativo dos artigos encontrados nas bases de dados pesquisadas



Fonte: Elaborado pela autora (2025).

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

As mudanças ocasionadas pela Doença de Alzheimer (DA) no enfermo geram uma mudança na autoridade familiar, a qual reestrutura o papel da responsabilidade do cuidar (Pessoa; Neves, 2024).

Com as estruturas familiares cada vez menores, o papel do cuidador familiar torna-se mais difícil uma vez que a probabilidade de divisão ou de revezamento do cuidado pode diminuir, pela falta de membros familiares disponíveis para tal atividade, tornando o diagnóstico de Doença de Alzheimer um cenário desafiador para as famílias (Costa *et al.*, 2021).

Diante desse cenário, geralmente apenas um dos membros da família torna-se responsável pelo cuidado, fato que gera a sua sobrecarga (Rocha *et al.*, 2024)

Para Pessoa e Neves (2024) o processo de saúde-doença relaciona-se com as características de cada família. Dessa maneira é necessário considerar os aspectos como: acesso a bens e serviços, estabilidade emocional, rede de apoio, renda familiar. Sendo assim, o cuidado não pode ser visto apenas de forma biológica, mas de maneira biopsicossocial que impacta em todo núcleo familiar.

Segundo Folle *et al.* (2016) o trabalho relacionado ao idoso, gera impactos físicos e emocionais nos tutores bem como ocasiona uma ambiguidade de sentimentos durante o cuidado.

De acordo com Borges (2010) para o cuidador desempenhar sua tarefa com excelência é primordial cuidar primeiramente de sua saúde para assim ter condições reais de ser um bom cuidador. Todavia, muitos familiares negligenciam sua própria saúde, devido à rotina intensa (Lin *et al.*, 2024).

Em uma pesquisa realizada por Lin *et al.* (2024) feita com 126 participantes em que era avaliado o grau de sobrecarga e as estratégias de enfrentamento, demonstrou que 52,4% sentiam-se intensamente sobrecarregados, 24,6% sentiam sobrecarga mediana, enquanto 23% não se sentiam sobrecarregados. Essas variáveis dentro do cuidar só são possíveis devido a perspectiva e possibilidade de cada cuidador. Aqueles que sentiam-se menos sobrecarregados possuíam mais tempo para atividades que promovessem a qualidade de vida e tinham as estratégias de enfrentamento. Enquanto os participantes com altos índices de sobrecarga tiveram média inferior em todos os domínios de qualidade de vida analisados e possuem poucas estratégias de enfrentamento devido à rotina.

O apoio emocional e físico, a divisão das tarefas, a rede de apoio, a escuta ativa e os momentos de desabafo oferecidos aos cuidadores podem ser uma estratégia de enfrentamento pelo fato de diminuir a sobrecarga, o estresse, a ansiedade e podem contribuir para o não aparecimento de algumas doenças no cuidador (Marques *et al.*, 2024; Rocha *et al.*, 2024).

4.1 O IMPACTO DA TAREFA DE CUIDAR NA QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR

Cuidar de um idoso com Alzheimer é um processo longo e que se diferencia em cada fase da doença (Pavarini *et al.*, 2008).

Diante disso, o uso de medidas de qualidade de vida vem sendo frequentemente utilizado para mensurar impactos que os cuidadores sofrem nas esferas da saúde e sociais ao cuidar de indivíduos com doenças crônicas degenerativas e incapacitantes como as que acometem pessoas idosas (Ferreira *et al.*, 2011).

Investigar o impacto do apoio social na saúde mental dos cuidadores de idosos é crucial para entender como as redes de suporte familiar, de amigos e da comunidade influenciam o bem-estar desses cuidadores (Ferreira *et al.*, 2011).

Os impactos no cuidador familiar iniciam-se desde o descobrimento da doença de Alzheimer com questionamentos sobre o porquê do acometimento dessa enfermidade em seu familiar, gerando a inquietação, o medo, a confusão e a busca de uma justificativa da gênese da doença. Além disso, inicia-se um rompimento na biografia do enfermo, ocasionando a comparação de “antes” e “depois” da doença e o sentimento da perda do papel social do ente querido. Todos esses aspectos podem levá-lo à vivência do luto antecipado à medida que a doença progride. (Pessôa; Neves, 2024; Lin *et al.*; 2024).

Associado aos supracitados, pode haver também a infantilização do idoso, conforme Silva *et al* (2022, p 19) relata em seus estudos ao dizer que “cuidadores estão propensos a compreender a dependência não como um declínio biológico, mas como uma regressão à infância e conseqüentemente passa a tratar os pacientes de maneira infantilizada”

A insegurança é um sentimento que afeta diretamente a saúde mental do cuidador. Em estudos feito ppor de Souza *et al.* (2021) e Lin *et al.* (2024), os entrevistados relataram insegurança por não conhecerem a doença, não saberem o

prognóstico dela e as formas de manejo com o ente querido, o que lhes resultam em aflição e nervosismo.

Rocha *et al.*, (2024), alertam que a rotina exacerbada dos cuidadores faz com que eles sofram grandes impactos físicos e psicológicos. Estudos realizados pelo mesmo autor demonstram que o cuidador de um paciente com DA expõe-se “ao risco maior de desenvolver doenças crônicas a exemplo Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Dislipidemia”. As mesmas pesquisas apontam, ainda, que complicações as quais essas comorbidades podem gerar, podem comprometer tanto a saúde do cuidador quanto o processo de cuidado, visto que o cuidador se torna incapaz, ou com capacidade reduzida, de cuidar do seu ente querido.

Identifica-se, outros impactos físicos comuns, devido ao ônus da tutela como “depressão do sistema imune, a cefaleia, a artralgia e quadros de hiperglicemia” (Rocha *et al.*, 2024) “lombalgia, varizes, diminuição do sono” (Souza *et al.*, 2021).

Os impactos também se estendem para o campo psicológico. A exaustiva tarefa de cuidar faz com que os tutores fiquem mais vulneráveis “a depressão, a tensão, a ansiedade e os pensamentos negativos” (Rocha *et al.*, 2024). Ademais, muitas vezes o cuidador precisa lidar com os abalos da doença, superestimando os sentimentos do doente e desprezando o seu próprio pensamento. Essa falta de drenagem dos próprios sentimentos pode causar imensuráveis efeitos na saúde mental do cuidador que pode desenvolver doenças psicossomáticas (Rocha *et al.*, 2024).

Em um estudo realizado por Marins, Hansel e Silva (2016), a principal inquietação dos cuidadores se dá pelo comprometimento da segurança física do portador de DA. Isso porque, evidencia-se que há riscos de acidentes com fogo, queimaduras, além de escapular e desaparecer, de andar sozinho pelas ruas e de atropelamento. Sendo assim, salienta-se que os cuidadores precisam não só criar estratégias que diminuam as possibilidades de risco aos idosos, mas também serem orientados de forma adequada pelos serviços de saúde para desenvolver estratégias eficazes, evitando, desse forma, sofrimento, medo, preocupação e estresse aos tutores.

Um estudo realizado por da Silva *et al.* (2016) corrobora com a pesquisa supracitada ao associar diretamente a sobrecarga do cuidador à periodicidade e intensidade dos sintomas neuropsiquiátricos do paciente, ao tempo disposto ao cuidado e às comorbidades do cuidador.

Pessôa e Neves (2024) em um estudo sobre a experiência do cuidado com pacientes com DA retratam que possa haver uma simbiose entre os sintomas do paciente e do cuidador. Dessa forma, os tutores também apresentam sintomas como “dissolução, desorientação, esquecimento, confusão, loucura, estranheza”.

Percebe-se que a exaurida rotina do cuidador, faz com que ele se isole socialmente, abnegue os momentos de lazer em prol do cuidado e dificulte as relações familiares. Além disso, as atividades religiosas, culturais e recreativas podem ser ignoradas. Esse fato pode impactar diretamente em sua qualidade de vida, na resiliência e no tempo de descanso, que pode culminar em negligência de seu autocuidado à saúde, depressão e sentimento de solidão (Silva *et al.*, 2023; Lin *et al.*, 2024; Carvalho; Neri, 2017). Associa-se a isso, os estudos de Mattos e Kovacs (2020, s/p) ao trazerem que a falta do tempo pessoal do cuidador, pode gerar “ a percepção de que elas estão mais susceptíveis ao adoecimento e à morte. Tal percepção pode gerar um círculo vicioso, em que o sofrimento psíquico e emocional leva a mais medo da morte”.

Verifica-se outro efeito no cuidador: o estresse emocional e o esgotamento mental. Eles são causados pelo excesso de atividades exercidas no cuidar, sobretudo em tarefas diurnas e em idosos com maior grau de dependência, ocasionando episódios de impaciência, conflitos e tensão do papel do cuidador (Souza *et al.*, 2021).

Segundo Vizzachi *et al.* (2015) um grande sofrimento para os familiares é o sentimento de culpa diante de outros agravos que permeiam a vida do idoso como risco de queda, de infecções e de lesões, ainda que essas ocorram pela condição de saúde e não por negligência familiar.

A disfunção familiar é um tema apresentado por de Souza *et al.* (2021) como um fator impactante na qualidade de vida do cuidador. Isso ocorre, principalmente, porque os parentes esquivam-se da responsabilidade de cuidar, a qual é onerosa, exige tempo e disposição. Dessa forma, uma só pessoa assume o cuidado integral, sendo geralmente uma mulher (esposa, filha, nora, sobrinhas, netas) que exerce um trabalho invisível sem nenhuma remuneração financeira ou reconhecimento social, sacrificando sua vida e sua liberdade individual.

Outrossim, os tutores muitas vezes, abdicam do próprio trabalho para dedicar-se ao cuidado ou assumem essa responsabilidade na família por estarem desempregados, aumentando ainda mais as necessidades financeiras, as quais são muitas vezes supridas por outros familiares (Lin *et al.*, 2024; Souza *et al.*, 2021).

Sendo assim, a instabilidade financeira também se apresenta como um ponto chave na diminuição da qualidade de vida dos cuidadores. Isso porque, com a progressão da doença, cada vez mais recursos são necessários para manter a assistência de qualidade ao paciente causando ansiedade, insegurança e aflição (Rocha *et al.*, 2024).

Associa-se aos fatos supracitados, a revisão de literatura de da Silva *et al* (2023) ao destacar os gastos gerados pelo avançar da doença como realização de consultas periódicas, uso de medicações e ou o pagamento de cuidadores profissionais.

Denota-se outra grande consequência: o sentimento de aprisionamento relatado em cuidadores que moram com os pacientes, devido a alta carga horária de cuidado, desprendimento entre o tempo do cuidado e a vida pessoal (Rocha *et al.*, 2024).

Estudo qualiquantitativo realizado por Mendes e Santos (2016) demonstrou que uma parcela dos cuidadores vêem o cuidado como uma prisão e como uma contraposição de identidade social. Isso porque, os tutores sentem-se aprisionados em suas rotinas esgotantes, não possuindo tempo para outras atividades. Além disso, há uma troca de papel social, já que o familiar com DA não é mais visto com a mesma função social, mas sim como uma criança, sem consciência, enfermo, desconhecido. Dessa maneira, os entes sofrem com confusão, com tristeza, com irritabilidade e com o comprometimento da assistência.

Por fim, um estudo realizado por de Souza *et al.* (2021) relata o sentimento dos cuidadores frente ao sistema de saúde. Nele, o cuidador não é visto como parte integrante do processo saúde-doença. Sendo assim, ele não recebe o tratamento médico necessário e nem as orientações, suporte educacional e capacitações essenciais.

Corroborar para isso, a revisão de Silva *et al* (2022) ao mostrar que com a progressão da doença, é necessário direcionar um cuidado multidisciplinar, inclusive da enfermagem, também ao cuidador. Sendo assim, é importante orientar o tutor, bem como compreender as suas necessidades a fim de traçar diagnósticos e prescrições e realizar intervenções não farmacológicas.

Verifica-se então, que grandes são os impactos na vida do cuidador. Esses impactos alteram a qualidade de vida do tutor, afetam a sua auto percepção, a percepção familiar, social e a visão da doença. Além disso, os impactos financeiros,

físicos, estruturais e de cuidado impactam grandemente na vida do cuidador, adoecendo-o. Ademais, as consequências interferem também nos cuidados com a pessoa com DA, visto que uma pessoa esgotada psicologicamente e com comodidades não consegue garantir um cuidado de excelência.

4.2 OS DESAFIOS E AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NA TAREFA DE CUIDAR DE PACIENTE COM ALZHEIMER

Cuidar de uma pessoa com DA pode tornar-se uma tarefa muito desafiadora e desgastante. São observados os mais diversos desafios enfrentados pelos cuidadores na assistência a esses pacientes podendo ser uma experiência emocionalmente desafiadora e fisicamente exaustiva. Os cuidadores muitas vezes enfrentam altos níveis de estresse e são suscetíveis à depressão devido às demandas constantes e ao impacto psicológico de cuidar de alguém com uma doença neurodegenerativa (Silva *et al.*, 2009).

Vale ressaltar que, grandes são os desafios enfrentados pelos cuidadores. Segundo Silva *et al* (2023) um deles é a multifuncionalidade que eles exercem durante o cuidado. Isso porque, eles não apenas zelam pela vida do ente querido, mas também precisam administrar as finanças, cuidar da casa e de seus afazeres, cuidar da rotina alimentar e, por vezes, cuidar de mais de um enfermo.

Uma revisão de literatura realizada por Dadalto e Cavalcante (2021) demonstrou que a sobrecarga do cuidador está relacionada, também, ao desafio de se desprender do processo de cuidar. Para o tutor, sua ação virou um hábito que, somente ele é capaz de exercer corretamente, sentindo-se auto suficiente ou se negando a deixar o ente querido sob responsabilidade de outra pessoa. Dessa forma, é preciso apoiar esse cuidador para que ele reconheça seus limites e suas necessidades para além do cuidado.

Entretanto, observa-se que nem sempre é possível que o cuidador se desprenda do cuidado. Em um estudo qualitativo de Sousa *et al* (2020) mostra que, embora alguns dos entrevistados consigam se desprender do cuidado a fim de descansar, 46,2% alegam receber ajudas esporádicas e, somente, 25% possuem um rodízio de cuidados.

Para Matos e Kovacs (2020), a falta de conhecimento sobre a DA ser uma

doença crônica, ou seja, sem cura, dificulta que pacientes e familiares se beneficiem dos cuidados paliativos, cuidados de fim de vida a fim de garantir que a dignidade e os desejos do paciente sejam respeitados e que os parentes tenham um diferente processamento da fase terminal e dos pós-morte.

Ainda os mesmos autores relatam sobre como o luto sofrido pelos familiares de pessoas com Alzheimer não é reconhecido socialmente. Dessa maneira, as sucessivas perdas causadas pela doença e o indivíduo portador dela não são valorizados, fazendo com que os familiares passem pelas fases do luto sem apoio.

A fim de melhorar as suas perspectivas sobre a doença, muitas são as formas de enfrentamento buscadas pela família. Estudos realizados por Lin *et al.* (2024) mostram que o enfrentamento pode estar focado no problema, nas emoções e no suporte social.

Salienta-se que o enfrentamento focado no problema tem como objetivo a resolução dos acontecimentos. Os cuidadores que se utilizam do enfrentamento com foco no problema possuem melhor qualidade de vida, visto que buscam solucionar os conflitos de forma prática, criando estratégias seguras de manejo que possibilitam melhor eficácia no cuidado. Com isso, eles sentem que estão fazendo o possível para o ente querido, possibilitando maior contentamento pessoal e maior autoestima (Lin *et al.*, 2024; Marques *et al.*, 2024).

Já o enfrentamento com foco nas emoções o objetivo é visualizar de maneira melhor a realidade que não pode ser alterada. Dessa maneira, ele está associado à redução dos impactos na saúde mental do cuidador, bem como, **a fé e a espiritualidade** promovem o sentimento de intenção do cuidado e esperança (Lin *et al.*, 2024).

Por sua vez, o enfrentamento por meio do suporte social é uma estratégia positiva utilizada principalmente pelas mulheres. Os pesquisadores acreditam que isso ocorra devido à cultura de que a mulher assume os cuidados familiares e com isso se sente mais confortável para buscar o apoio social (Marques *et al.*, 2024).

Fica claro que a **motivação para cuidar** é um fator importante de enfrentamento. Em um estudo qualitativo realizado por Silva *et al.* (2021) demonstrou que maioria dos familiares sentem-se responsáveis por cuidar dos entes queridos, pois vêem nisso uma forma de gratidão, reciprocidade e amor por tudo que o enfermo fez pelos familiares ao longo da vida, pela história amorosa e feliz que viveram juntos e também pelo sentimento de piedade. Além disso, o mesmo estudo demonstra

que os cuidadores sentem que o cuidado proporciona o crescimento pessoal o qual permite mudar a forma de enxergar o mundo e as situações.

Como enfatizam Silva *et al.* (2023) **a rede de apoio** qualifica-se como uma pessoa, grupo ou instituição que, mediante a aproximação, ampara física, social e emocionalmente o cuidador. Esse apoio é benéfico para o tutor, visto que com esse auxílio ele se sente menos sobrecarregado e possibilita uma melhor qualidade de vida. Conforme Marques *et al.* (2024) as mulheres possuem uma rede de apoio mais próspera.

Sena *et al.* (2016) relacionam o grau de resiliência, de enfrentamento e de diminuição da sobrecarga do cuidado a fatores como grau de instrução, como renda familiar, como tempo de lazer, como apoio social e como crença espiritual.

Nessa direção, Mazini *et al.* (2016) relacionam outro fator à resiliência como grau de parentesco (filhos(as) são mais resilientes que outros familiares. Os autores, em uma revisão sistemática, demonstram que a resiliência do cuidador proporciona benefícios para si e para quem é cuidado; para esse, melhora na qualidade de vida, diminui as institucionalizações em locais de longa permanência e diminui a mortalidade. Já para os tutores, além de níveis melhores de qualidade de vida e de assistência ao idoso, eles possuem menor morbidade e ônus do cuidado.

Também o estudo qualitativo realizado por Matos e Kovacs (2020) demonstra os efeitos positivos no cuidado, ainda que esses sejam menores. A partir dessa perspectiva, os cuidadores vêem o cuidado como uma forma de ressignificar as lembranças vividas antes da doença, valorizar as atitudes e os momentos diários, perceber as demonstrações de afeto antes não valorizados, além de possibilitar a reaproximação entre pessoas e criação de vínculos com pessoas que eram distantes.

Em um estudo realizado por Silva *et al.* (2023) **a espiritualidade, a religiosidade e a oração** são mencionadas durante o processo de cuidar como sustento e forma positiva de enfrentar as consequências da doença. Elas são utilizadas como suporte em momentos e situações difíceis e em pensamentos negativos. Por meio delas, cria-se o sentido do cuidar e a resiliência para vencer as intempéries do manejo com o enfermo, proporcionando conforto e melhoria na qualidade de vida do cuidador.

Alinha-se a esse estudo, a pesquisa qualitativa de Sousa et al (2021) ao trazer que a igreja doméstica, ir à igreja tradicional bem como as crenças religiosas dão esperança ao cuidador e mostram-se como refúgio diante das adversidades e a razão

do cuidar.

Corroborando para esse estudo, uma pesquisa fenomenológica realizada por Sena *et al.* (2016) mostrou que muitos cuidadores visualizam o cuidado como uma missão divina. Dessa forma, tem-se a crença que, ainda que precisem abdicar de seus sonhos, realizarão seus planos de vida como uma recompensa pelo trabalho feito.

Uma revisão de literatura realizada por Dadalto e Cavalcante (2021) demonstra o resultado positivo de algumas pesquisas de **grupos de intervenções** realizadas. Treinamentos e capacitações sobre a doença e o cuidado, apoio psicológico, técnicas de solução dos problemas e sentimentos, bem como trabalhos psicoeducacionais foram capazes de diminuir os sinais de depressão em cuidadores. A terapia cognitivo comportamental, a prática de yoga tiveram os respectivos impactos: redução nos níveis de cortisol, ansiedade e depressão, melhora na qualidade de vida, atenção e piedade com os portadores de DA. Além disso, a institucionalização do paciente, gerou a maior disponibilidade de tempo para o cuidador, maior autocuidado e redução nos níveis de depressão.

Um estudo realizado por Matos e Kovacs (2020) demonstrou relatos positivos de cuidadores que participam de **grupos de apoio**, pois eles sentem que não estão sozinhos e que outras famílias também passam pelas mesmas dificuldades com o doente.

Ademais, quando os sintomas neuropsiquiátricos das pessoas com demência são tratados corretamente, isso pode reduzir o impacto na sobrecarga do cuidador (Dadalto; Cavalcante, 2021).

Segundo Cruz e Pereira (2019) os profissionais da saúde, sobretudo os enfermeiros, são grandes aliados para a promoção de estratégias de enfrentamento entre os cuidadores de pacientes com Alzheimer. Salienta-se que cabe aos serviços de saúde promover um plano de cuidados que envolvam todos os afetados pela doença, realizando ações de educação em saúde acerca da temática, acompanhando cada etapa do curso da doença, realizando apoio psicológico que resultam em um cuidado mais humanizado e diminuindo os efeitos da doença em toda a família.

Em consonância com os autores, Silva *et al* (2022) traz em sua revisão, ações do enfermeiro que podem corroborar para a redução dos impactos e desafios e melhorar na qualidade de vida do cuidador,

Segundo Gonçalves; Lima (2020, p 1280) as seguintes estratégias e ações promovidas pela enfermagem, contribuem para a readequação

e compreensão do desenvolvimento do núcleo familiar, tais como o desenvolvimento de reuniões, decisões coletivas acerca dos cuidados; estimulação da pessoa com alzheimer diante da negação da higiene por meio de jogos que tenham pontuação e prêmios; manejo com as oscilações que não devem ser consideradas como algo pessoal; acompanhar o tratamento medicamentoso; buscar não os contrariar; ter paciência com esquecimentos; Importância da identificação do paciente através de crachá, com informações gerais (nome, endereço e telefone).

Todavia, apesar do importante papel dos profissionais da saúde, Cesário *et al.* (2017) trazem em seu estudo qualitativo um grande problema enfrentado: a falta de mapeamento dos familiares cuidadores. Dessa maneira, o Estatuto do Idoso em seu artigo 19 da Lei nº10.741, que visa o atendimento e orientação aos familiares, não tem sido cumprido.

Dessa maneira, é imperioso reconhecer que cuidar de uma pessoa com DA é enfrentar diversos desafios desde o diagnóstico até pós-morte do ente querido. Entretanto, as estratégias desenvolvidas pelos cuidadores tornam essa ação menos cansativa, com mais motivação, resiliência e valor na perspectiva de quem cuida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abrangência deste estudo permitiu evidenciar que o ato de cuidar de um ente próximo implica dedicação, participação, comprometimento na promoção do bem-estar e envolvimento na vida da pessoa cuidada.

Verifica-se que os impactos na vida do cuidador iniciam-se juntos ao diagnóstico e prolongam-se até o pós-morte. Os tutores têm suas vidas modificadas, muitas vezes desestruturadas, eles se isolam e abdicam de sua própria história, vida e saúde. Em alguns casos, são abandonados por outros familiares e vivem o fardo do cuidar sozinhos, sem rede de apoio, sem carinho e até mesmo sem condições financeiras para manter um cuidado e vida dignos, além da multifuncionalidade que eles exercem. Esses fatos que podem gerar revoltas em muitos cuidadores que exercem o cuidar, pois eles abdicam de suas vidas enquanto os outros parentes vivem normalmente.

Fica claro que os impactos afetam fisicamente os cuidadores, tornando-os suscetíveis à comorbidades que podem afetar tanto a qualidade de vida do cuidador quanto o cuidado ao paciente com DA, gerando ainda mais sofrimento ao tutor.

Depreende-se que, muitos sofrem efeitos emocionais tanto pelo medo, insegurança, angústia, sentimento de culpa, comprometimento da segurança física causados pelo diagnóstico e prognóstico, quanto pela exaurida carga de cuidado. Dessa maneira, os cuidadores apresentam sintomas de ansiedade e depressão, pensamentos negativos, sobrecarga, estresse, esgotamento, tensão que afetam a qualidade de vida do tutor.

Cabe ressaltar ainda que, exercer a tarefa de cuidar é difícil, mas é muito gratificante, gerando um sentimento de ambiguidade nos cuidadores. Grandes são os desafios tanto quanto são os impactos, principalmente relacionados à multifuncionalidade dos cuidadores, às dificuldades que eles encontram para desprender-se do cuidado, ao desconhecimento da doença e a falta de reconhecimento social.

No entanto, os cuidados são vistos de forma positiva por muitos tutores, principalmente quando eles conseguem realizar tarefas de enfrentamento. A rede de apoio, a motivação do cuidar e a resiliência tornam-se grandes aliados nessa jornada e produzem efeitos positivos diversos na vida do cuidador.

Jno que se refere a fé, a espiritualidade e a oração são, muitas vezes, a única

força encontrada por aqueles que foram isolados da sociedade, encontrando em um ser divino a resposta e o conforto para as suas ações.

Muitos compreendem que os cuidados permitem ressignificação das lembranças e da vida e reaproximação e criação de novos vínculos. Enquanto a terapia cognitivo comportamental, os grupos e rede de apoio e a prática de yoga demonstram ser ações positivas na melhora da qualidade de vida dos cuidadores.

Observa-se que os estudos associados à DA sugeriram que cuidadores familiares experimentaram um processo solitário e doloroso com sofrimento psicológico. Observa-se, também, que apesar do ônus do cuidado, os tutores fazem de tudo para garantir que o cuidado seja exercido da melhor maneira possível e eles possam honrar todo amor e carinho recebidos pelo idoso, ainda que isso lhe custe a sua saúde física e mental.

É possível deduzir, que os cuidadores que conseguem exercer as atividades de enfrentamento, olham o cuidar sob uma perspectiva melhor, fazendo com que eles não abandonem a tarefa.

Infelizmente, a sociedade e os serviços de saúde não reconhecem o trabalho árduo do cuidador, fazendo com que ele não seja remunerado por isso e nem seja assistido pelo serviço de saúde.

Nota-se que apesar de haver um esforço entre as pesquisas para compreender a qualidade de vida do cuidador, há uma lacuna, na maioria dos estudos, entre os achados e propostas realmente implementadas tanto nas estratégias de enfrentamento, quanto em ações que possam diminuir os impactos e os desafios na vida do cuidador de paciente com Alzheimer.

Sendo assim, faz-se necessário que as políticas públicas sejam efetivamente colocadas em prática, com capacitações para os profissionais da saúde, a fim de que eles possam olhar para os cuidadores trazendo acolhimento e conhecimento para o tutor, no serviço de saúde como parte do processo saúde doença.

Além disso, é importante que o enfermeiro, em sua atuação na APS, dedique-se a visitas domiciliares para compreender o panorama das famílias que possuem idosos com DA e por meio disso direcionar o cuidado a todos os envolvidos nesse processo saúde-doença. Torna-se importante realizar grupo de apoio e intervenções que visem melhorar a qualidade de vida do cuidador.

Sugere-se também, a necessidade da ampliação nos investimentos em pesquisas na prevenção do impacto no cuidador.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, F.K. O., *et al.* Qualidade de vida em cuidadores de idosos: uma revisão integrativa. **Revista enfermagem atual in derme**, n.87, v.25, 2019. Disponível em: <https://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/189/91> acesso em: 08 dez. 2024.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. Fatos e números sobre a doença de Alzheimer em 2020. **Alzheimer's & Dementia**.v. 16, n. 3, p. 391–460, 10 mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/alz.12068>. Acesso em: 01 dez. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DMS-5**. Artmed, 5º Edição, 2014. Disponível em: <https://www.institutopebioetica.com.br/documentos/manual-diagnostico-e-estatistico-de-transtornos-mentais-dsm-5.pdf>. Acesso em: 09 nov.2024

ANJOS, K.F., *et al.* Homem cuidador familiar de idosa com doença de Alzheimer. **Saúde Pesquisa**, v.10, n.2, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5750/3058> Acesso em 10 dez.2024.

ARAÚJO, C.L. O.; NICOLI, J.S. Uma revisão das principais demências que acometem a população brasileira. **Revista Kairós Gerontologia** v. 13, n. 1, São Paulo, junho 2010: 231-44. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4872/3458>. Acesso em: 25 nov. 2024.

ATENÇÃO INTEGRADA PARA A PESSOA IDOSA (ICOPE). **Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária**. Washington, D.C.: Organização PanAmericana da Saúde; 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51974/OPASFPLHL200004A_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 09 nov.2024

AZEVEDO, A.C.F. *et al.* A importância da saúde mental no ambiente de trabalho. **Acervo Saúde**, v. 14, n. 2, p. 1-10, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10339/6156> . Acesso em: 9 dez. 2024.

Barbosa, Italo Everton Bezerra; Mota, Breno de Souza. **Revista Enfermagem Atual In Derme** ; 97(1): 1-14, Jan-Mar./2023. Article em En, Pt | BDENF | ID: biblio-1434979

BORGES, M. **Manual do Cuidador: Convivendo com Alzheimer**. 2010. <http://www.cuidardeidosos.com.br/manual-do-cuidador-alzheimer-2/>Acesso em: 20 jan. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Relatório nacional sobre a demência: epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde,

Departamento de Gestão do Cuidado Integral. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080 .htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 11 dez. 2024.

BRASIL. **Lei nº 14.878 de 04 de junho de 2024.** Institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências. Disponível em: [https://legis.senado.leg.br/norma/38588140#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,Lei%20Org%C3%A2nica%20da%20Assist%C3%A2ncia%20Social\)](https://legis.senado.leg.br/norma/38588140#:~:text=Institui%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,Lei%20Org%C3%A2nica%20da%20Assist%C3%A2ncia%20Social)) . Acesso em: 11 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Nacional sobre a demência: epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras.** Brasília, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_demencia_brasil.pdf Acesso em: 09 nov. 2024/

BRITO, F.C., LITVOC, J. Conceitos básicos. In: BRITO, F.C.; LITVOC, C. (Ed.), **Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde.** São Paulo: Atheneu, 2004.

BRUCKI, S.M.D. *et al.* Manejo Das Demências Em Fase avançada: Recomendações Do Departamento Científico De Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento Da Academia Brasileira De Neurologia. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 16, n. 3 suppl 1, p. 101–120, set. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dn/a/NB9jFC4FtvNPqrzrZXKgrpH/> Acesso em: 20 jan. 2025.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J.L. Introdução. In: CAMARANO, A.A. (org). **Cuidados de Longa Duração para a População Idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA; 2010. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3206/1/livro_cuidadosdelongaduracao....pdf. Acesso em: 8 jan. 2025.

CANÇADO, F.A.X.; HORTA, M.L. Envelhecimento cerebral. In: FREITAS, Elisabeth Viana; Py, Lígia. Néri., CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier, DOLL, Johannes; GORZONI, Milton Luis. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.112-127, 2002. Disponível em: <https://framonmartins.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf> Acesso em: 08 jan. 2025.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas em Gestão do Cuidado Integral à Saúde (COGEC). **Série: Instrumentos técnicos e informativos de apoio ao fortalecimento das Políticas e Cuidado à Saúde.** Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2024/01/RESOLUCAO-207-ANEXO-Linha-do-Cuidado-pessoa-c-Doenca-de-Alzheimer-e-outras-Demencias.pdf> Acesso em: 12 dez. 2024.

CERQUEIRA, T.F.S. **A saúde e qualidade de vida dos idosos institucionalizados com Alzheimer no concelho de Fafe.** Dissertação Mestrado em gerontologia social

aplicada). Universidade Católica Portuguesa, Braga, Portugal, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/server/api/core/bitstreams/afb7ae1b-aa70-455c-b4c1-29dec35278f0/content>. Acesso em: 12 dez. 2024.

COSTA, E.M.D., *et al.* Impactos na qualidade de vida de cuidadores de idosos portadores de Alzheimer. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n.2, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/27847>. Acesso em: 20 jan. 2025.

COUTINHO, A.C.S. **O convívio familiar com idosos portadores da doença de Alzheimer: uma revisão integrativa**. Monografia (Graduação em enfermagem). Universidade Católica de Salvador- UCSAL. Salvador, 2021. Disponível em: <https://ri.ucsul.br/server/api/core/bitstreams/bcfae683-38bb-4032-866b-6316eb26c34e/content>. Acesso em: 20 jan. 2025.

DARDENGO, C. F. R.; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação?. **Revista De Ciências Humanas**, v. 18, n. 2, jul./dez. 2018. Disponível em: https://periodicos.ufv.br/RCH/article/view/8923/pdf_1 Acesso em: 21 nov.2024

DE VITTA, A. Atividade física e bem-estar na velhice. In: NERI, A.L.; FREIRE, S. A. (orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus 2000.

ESCORSIM, M.S. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Serviço Social & Sociologia**, São Paulo, n. 142, p. 427-446, set./dez. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/KwjLV5fqvw6tWsfWVvczcMn/>. Acesso em: 21.nov.2024.

FERREIRA, C. G.; ALEXANDRE, T. da S.; LEMOS, N. D. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 398–409, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/fscxFCQDYc7pnNvGjyLJwqM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2025.

GONÇALVES, Fabiana Cristina Alves; LIMA, Israel Coutinho Sampaio. Alzheimer e os desafios dos cuidados de enfermagem ao idoso e ao seu cuidador familiar. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**; 12: 1274-1282, jan.-dez. 2020. *ilus*

GRAND, J.H.; CASPAR, S.; MCDONALDS, S.W. Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 14, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21655340/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KIM,J.; *et al.* A sarcopenia é um preditor do continuum de Alzheimer e dos resultados

clínicos relacionados. **Scientific Reports**, v. 14, n.1. 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39256402/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

LOUGIUDICE, D. Dementia: an Update to Refresh your Memory. **Internal Medicine Journal**, v. 32, n. 11, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12412937/>. Acesso em: 20 jan. 2025.

LOURINHO, B. B.; RAMOS, W. F. O envelhecimento, o cuidado com o idoso e a doença de alzheimer. **Enciclopédia Biosfera**, Centro Científico, Goiânia, v.16, n.30, 2019. Disponível em: <https://www.conhecer.org.br/enciclop/2019b/o%20envelhecimento.pdf>. Acesso em: 21 nov .2024.

MARQUES, L.R.B.; BARRETO, H.D.; DOMINIQUE, B.A.C.; Estágios da demência de alzheimer e declínio funcional: avaliação da função cognitiva, independência funcional e risco de queda. **Ciências da Saúde, Ciências Exatas e da Terra, Ciências Humanas, Engenharias**, v. 26, ed. 106, 2022. Disponível em: <https://revistaft.com.br/estagios-da-demencia-de-alzheimer-e-declinio-funcional-avaliacao-da-funcao-cognitiva-independencia-funcional-e-risco-de-queda/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

MOREIRA, M.; MOREIRA, S.V. O espectro clínico e laboratorial da doença de Alzheimer: uma perspectiva neurológica. **Psicologia pesquisa** vol.14 no.3, Juiz de Fora, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2020.v14.30649>. Acesso em: 03 dez. 2024.

NASCIMENTO, H.G.; FIGUEIREDO, A. E. B. O cuidado com a pessoa com demência por familiares e por profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.24, v.4, 2019. 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28713> Acesso em: 01.dez.2024

NASS, E.M.A *et al.* A institucionalização do idoso com Alzheimer como consequência da dificuldade no trato com o idoso. **Revista enfermagem UFPE on line.**, v.10, n.11, Recife, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11495>. Acesso em: 12 jan. 2025.

OLIVEIRA, G.D. de; *et al.* **Rastreio de disfagia em idosos com demência: Evidências de validade com base na estrutura interna e fiabilidade do Questionário do Cuidador (RaDID-QC)**. Tese de doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/58712/1/Tese%20-Grazielle%20Duarte.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Resumo**. Geneva: OMS; 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Diretrizes da OMS para reduzir os**

riscos de comprometimento cognitivo e demência. Washington (DC), 2020. Introdução. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583455/> Acesso em: 25.nov.2024

PIMENTA, F.A. P *et al.* Chronic diseases, cognition, functional decline, and the Charlson index in elderly people with dementia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.59, n.4, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/m8JdGWGnGj8Q8p9GcY5rVvR/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

QUEIROZ, J.P.C.; MACHADO, A.L.G; VIEIRA, N.F.C. Alfabetização em saúde de cuidadores informais do idoso com doença de alzheimer. **Revista Brasileira de Enfermagem** v.73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/866sbXySFXrzDzZ5JH8SHfB/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 10 jan. 2025.

SANTOS, C.S.; BESSA, T.A.; XAVIER, A.J. Fatores associados à demência em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p.603-611, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LSgzMKFzzMxBCBH3zZ59r3x/> Acesso em: 25 nov. 2024.

SCHILING, L.P. *et al.* Diagnóstico da doença de Alzheimer: recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. **Dement Neuropsychol**, v.16, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2021-0027>. Acesso em: 02 dez. 2024.

SILVA, A. R *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.66, n.1, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/7z9ymmxmdpCLWvbXmcwKksH/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 10 jan. 2025.

SILVA, D.V.F *et al.* Cuidar de familiares idosos com a doença de alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Psicologia em Estudo**, v.14, n. 4, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122129018>. Acesso em: 10 jan. 2025.

SILVA, M. L.; *et al.* A importância das práticas de gestão na obtenção de vantagens competitivas em organizações hospitalares. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 7, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32245/27313>. Acesso em: 09 dez. 2024.

SILVA, M.R.; *et al.* DOENÇA DE ALZHEIMER: estratégias de cuidado diante das dificuldades ao portador e cuidador. **Brazilian Journal Of Implantology And Health Sciences**, [S.L.], v. 5, n. 4, p. 164-191, 1 ago. 2023. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences. <http://dx.doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p164-191>.

SILVA, P.V.C.; SILVA, C.M.P.; SILVEIRA; E.A.A. A família e o cuidado de pessoas idosas com doença de Alzheimer: revisão de escopo. **Escola Anna Nery**. v.27, 2023 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/87hbjH87Xj9kWxcxhRPJJNs/>. Acesso em: 10 jan. 2025.

SILVA, M.R da.; *et al.* Doença de alzheimer: estratégias de cuidados diante das dificuldades ao portador e ao cuidador. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n.3, 2023. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/380>. Acesso em: 13 jul. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Envelhecimento e longevidade**. Disponível em: <https://sbgg.org.br/envelhecimento-e-longevidade/>. Acesso em: 21 nov. 2024.

SOUZA, E.S., SANTOS, A. M. S., SILVA, A.J.D. Doença De Alzheimer: Abordagem Sobre a Fisiopatologia. **Revista Episteme Transversalis**, Volta Redonda-RJ, v.12, n.2, p.356-381, 2021. Disponível em: <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/c1eaff4d-3053-4244-b7b3-140b8f785dae/content>. Acesso em: 10 jun. 2025.

SOUZA, E. de. **Alzheimer: diagnóstico e tratamento**. Monografia (Graduação em Farmácia). Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Arimarkes, 2019. Disponível em: <http://repositorio.faema.edu.br:8000/jspui/handle/123456789/2471>. Acesso em: 13 jun. 2025.

TALHAFFERRO, B. V.; ARAKAKI, I. de O.; CARRASCO, K. G.O impacto da doença de Alzheimer no familiar cuidador no interior do estado de São Paulo. **Psicologia Revista**, v. 24, n.2, 229–251, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/27797>. Acesso em: 09. Nov. 2024

VELOSO, G.T. *et al.* Doença de Alzheimer,uma revisão. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 3, p. 01-19, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/70350>. Acesso em: 10 jun. 2025.

VOIGT, K.L.; LEAL, Laura M.F. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa**. Núcleo de Saúde da Pessoa Idosa / UCPel. Conselho Municipal da Pessoa Idosa. Prefeitura Municipal De Pelotas. Secretaria Municipal De Saúde. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **iSupport for dementia: training and support manual for carers of people with dementia**. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515863>. Acesso em: 10 jan. 2025.