



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ANNA PAULA COSTA GOMES

**O CUIDAR DE UM FAMILIAR COM ALZHEIMER: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA**

GOIÂNIA – GO

2023

ANNA PAULA COSTA GOMES

O CUIDAR DE UM FAMILIAR COM ALZHEIMER:

UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências Sociais da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para obtenção de nota parcial para conclusão do curso.

Linha de pesquisa: Teorias, métodos e processo do cuidar

Orientador: Dra. Marina Aleixo Diniz Rezende

Goiânia – GO

2023

DEDICATÓRIA.

Dedico este trabalho à mulher extraordinária que é minha avó. Este TCC é uma expressão do amor, da resiliência e da perseverança que aprendi contigo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus, aquele que é digno de toda honra, que me faz forte todos os dias para seguir em frente com coragem, amor e fé.

A conclusão deste trabalho marca não apenas o término de uma etapa acadêmica, mas também o resultado de muito esforço e de apoio. Neste momento, gostaria de expressar minha profunda gratidão a todos que contribuíram para a realização deste tão sonhado TCC.

Cada página escrita carrega um pouco do seu legado, da sua presença que transcende o tempo, agradeço por ser a fonte de inspiração que me impulsiona a superar desafios.

Que este trabalho seja uma singela homenagem a você, minha avó, e a todos os valores que carregamos juntos ao longo dessa jornada.

Agradeço imensamente toda a minha família, em especial meus pais, que esteve ao meu lado durante todo esse percurso, agradeço pelo apoio incondicional, compreensão e incentivo constantes. E ao meu filho que é o meu maior incentivo todos os dias.

Obrigada professora Dra. Marina Aleixo Diniz pela orientação dedicada e pelos ensinamentos valiosos ao longo deste processo. Sua orientação foi fundamental para moldar e aprimorar este relato.

Aos amigos e colegas que compartilharam experiências e conhecimentos, obrigada por sempre estarem ao meu lado.

Não posso deixar de reconhecer a importância da comunidade acadêmica, professores, profissionais de saúde e de todos que, de alguma forma, colaboraram para conclusão deste ciclo.

Agradeço a banca avaliadora, Professora Dra. Rayana Loreto e a Professora Mestre Jamilly Brito, por aceitarem meu convite e contribuírem com meu relato.

Por último, agradeço a mim mesma, por persistir, aprender e crescer ao longo dessa jornada. Este trabalho é o resultado do meu comprometimento e dedicação.

A todos, meu muito obrigada.

Anna Paula Costa Gomes.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURASE SIGLAS	7
RESUMO	6
ABSTRACT	7
1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVOS	11
3. REVISÃO DA LITERATURA / REFERENCIAL TEÓRICO	12
4. METODOLOGIA	17
5. RESULTADOS	18
6. DISCUSSÃO	25
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS.....	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADI	Alzheimer's Disease International
DA	Doença de Alzheimer
DV	Demência Vascular
FRCV	Fatores de risco cardiovasculares
TC	Tomografia do Crânio
AVC	Acidente Vascular Encefálico
UBS	Unidade Básica de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

RESUMO

GOMES, A.P.C. **O Cuidar De Um Familiar Com Alzheimer: Um Relato De Experiência.** 2023. 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso de Enfermagem da Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia Goiás, 2023.

INTRODUÇÃO: A demência é uma das principais causas de incapacidade em grupos populacionais mais envelhecidos. Segundo o Ministério da Saúde a Doença de Alzheimer (DA) é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta pela deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. **OBJETIVO:** Relatar a experiência vivenciada no cuidado de um familiar idoso com doença de *Alzheimer*. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência de uma observação da realidade, sobre as repercussões na vida do cuidador familiar e do idoso com Doença de *Alzheimer*. **RESULTADOS:** Após a observação da realidade do cuidador familiar com o familiar idoso com DA foi relatada a vivência, dificuldades, aprendizados e mudanças na vida do cuidador e a pessoa com DA. O cuidador tem um papel fundamental na assistência a pacientes com Alzheimer, e desempenhar o cuidar gera muitas limitações às suas próprias necessidades pessoais. A falta de preparo, desconhecimento sobre a doença, exigências em relação a segurança desse paciente e a evolução da demência interferem no vínculo familiar e nos cuidados prestados. As alterações de quem sobreviveu ao AVC impactam negativamente o desempenho das atividades. **CONCLUSÃO:** Este relato proporcionou uma visão aprofundada das diversas dificuldades do cuidado a pessoa com DA, destacando não apenas os desafios, mas também a capacidade humana de adaptar-se e crescer frente às adversidades.

Palavras-chaves: Doença de Alzheimer; Cuidador Familiar; Carga do Cuidar; Acidente Vascular Cerebral.

ABSTRACT

GOMES, A.P.C. **Caring for a Family Member with Alzheimer's: An Experience Report.** 2023. 35 f. Course Completion Work – Nursing Course at the School of Social and Health Sciences of the Pontifical Catholic University of Goiás – Goiânia Goiás, 2023.

INTRODUCTION: Dementia is one of the main causes of disability in older population groups. According to the Ministry of Health, Alzheimer's Disease (AD) is a progressive and fatal neurodegenerative disorder that is manifested by cognitive and memory deterioration, progressive impairment of activities of daily living and a variety of neuropsychiatric symptoms and behavioral changes.

OBJECTIVE: To report the experience of caring for an elderly family member with Alzheimer's disease. **METHODOLOGY:** This is an experience report of an observation of reality, about the repercussions on the lives of family caregivers and elderly people with Alzheimer's Disease.

RESULTS: After observing the reality of the family caregiver with the person with AD, the experiences, difficulties, learning and changes in the lives of the caregiver and the person with AD were reported. **DISCUSSION:** The caregiver has a fundamental role in assisting patients with Alzheimer's, and providing care generates many limitations to their own personal needs. The lack of preparation, lack of knowledge about the disease, demands regarding the patient's safety and the evolution of dementia interfere with the family bond and the care provided.

Changes in those who survived a stroke negatively impact the performance of activities. **CONCLUSION:** This report provided an in-depth view of the various difficulties in caring for people with AD, highlighting not only the challenges, but also the human capacity to adapt and grow in the face of adversity.

Keywords: Alzheimer's; caregiver; stroke; Caregiver Burden; Caregivers

1. INTRODUÇÃO

Apesar de não afetar apenas pessoas idosas, a demência é uma das principais causas de incapacidade em grupos populacionais mais envelhecidos. Existem diferentes formas de demência e com manifestações clínicas distintas, sendo as mais comuns a doença de Alzheimer perfazendo 60 a 70% dos casos (OMS, 2019).

De acordo com os dados publicados pela *Alzheimer's Disease International* (ADI), em 2019, mais de 50 milhões de pessoas vivem com demência em todo o mundo. Este número deve aumentar para 152 milhões em 2050 (World Alzheimer Report, 2019).

Considera-se, desta forma, “Doença de Alzheimer Tardia” quando ocorre em indivíduos com uma idade superior a 65 anos e “Doença de Alzheimer Precoce” em indivíduos entre os 40 e os 65 anos. Ainda assim, é difícil perceber quando é que a doença se inicia (Souza, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde a Doença de Alzheimer (DA) é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que se manifesta pela deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades de vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. A doença instala-se quando o processamento de certas proteínas do sistema nervoso central começa a ter uma disfunção (Brasil, 2022).

Surgem, então, fragmentos de proteínas mal cortadas, tóxicas, dentro dos neurônios e nos espaços que existem entre eles. Como consequência dessa toxicidade, ocorre perda progressiva de neurônios em certas regiões do cérebro, como o hipocampo, que controla a memória, e o córtex cerebral, essencial para a linguagem e o raciocínio, memória, reconhecimento de estímulos sensoriais e pensamento abstrato (Brasil, 2022).

A DA é dividida em três estágios onde o evento clínico de maior magnitude é o prejuízo na memória. Nos estágios iniciais, geralmente encontramos perda de memória episódica e dificuldades na aquisição de novas habilidades, evoluindo gradualmente com prejuízos em outras funções cognitivas, tais como julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e habilidades viso espaciais. Nos

estágios intermediários, pode ocorrer afasia fluente, apresentando-se como dificuldade para nomear objetos ou para escolher a palavra adequada para expressar uma ideia, e apraxia. Nos estágios terminais, encontram-se marcantes alterações do ciclo do sono vigília; alterações comportamentais, como irritabilidade e agressividade; sintomas psicóticos; incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados pessoais (Gallucci *et al.*, 2005).

Observa-se que os fatores genéticos representam cerca de 70% do risco de desenvolvimento da DA, apresentando, esta doença, uma transmissão autossômica dominante, ou seja, é expressa da mesma forma em homens ou mulheres, homozigotos ou heterozigotos. Desta forma, o filho de um progenitor afetado pela doença tem 50% de probabilidade de ser afetado pela mesma doença (Silva *et al.*, 2019)

Os fatores de risco cardiovasculares (FRCV) são sabidamente relacionados com a doença cerebrovascular dentro do espectro da DA, contribuindo para surgimento de sintomas cognitivos. Porém, a fisiopatologia por trás desse processo ainda não é bem entendida, e diversos estudos mostram resultados conflitantes em relação ao papel dos FRCV para a evolução da patologia da DA (Ros, 2021)

Segundos os autores Freitas, Santos, Bezerra e Nascimento (2021), altas concentrações de alumínio no corpo humano põem em risco a saúde da população, o que torna esta suscetível ao Alzheimer ou a uma desordem na capacidade de memorizar. Contendo o corpo celular do neurônio, o córtex é responsável pelo processamento mais sofisticado: linguagem, memória, atenção, percepção, consciência. Já o hipocampo é considerado a sede da memória, sendo também responsável pelo aprendizado e emoções.

Para um diagnóstico preciso da DA geralmente envolve uma abordagem interdisciplinar baseado em uma junção de informações anamnéticas e familiar/cuidadores, apresentação de sintomas, testes cognitivos, exame somático e exames estruturais e funcionais do cérebro (Dulewicz *et al.*, 2022).

Os sintomas neurocognitivos da DA, e os sinais clínicos mais comuns são perda de memória e, às vezes, depressão e apatia. Os sintomas do estágio intermediário e posteriores incluem desorientação, confusão, alterações comportamentais e problemas com a fala ou linguagem (Knapskog *et al.*, 2021).

Com o progresso da DA dentro do contexto familiar, interações dinâmicas, demandas de cuidado e atividades dos cuidadores participantes, são constantemente modificadas; se desdobram em um crescente acúmulo de funções, responsabilidades e envolvimento do cuidador; que geram sobrecarga e fadiga (Marins *et al.*, 2016).

O cuidador responsável pelo cuidado de uma pessoa com DA enfrenta demandas extensas em sua própria saúde física e mental, tempo pessoal e importantes mudanças no estilo de vida. Com o passar do tempo, à medida que a sobrevivência da pessoa idosa se torna comprometida, a nova situação vivenciada assume demandas mais complexas sobre a pessoa que presta o cuidado integral (Manoel *et al.*, 2013).

Um dos motivos que levam os familiares a assumirem a função de cuidador, o mais frequente é a ausência de outras pessoas que pudessem desenvolver essa tarefa. Cuidar, portanto, surgiu como uma obrigação, e não uma opção de vida. A carga emocional envolvida na relação familiar entre mãe e filho influencia diretamente nessa função que oscila entre obrigação e gratidão. O ser filho (a) determina a responsabilidade de assumir o cuidado (Manoel *et al.*, 2013).

2. OBJETIVO

Relatar a experiência vivenciada no cuidado de um familiar idoso com doença de *Alzheimer*.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DOENÇA DE ALZHEIMER

Ao olhar a população brasileira é importante observar o crescimento da expectativa de vida e da população idosa. Segundo dados do IBGE, ao compararmos 1940 a 2019, a expectativa de vida cresceu 31 anos, uma pessoa na década de 40, ao completar 50 anos tinha a expectativa de viver em torno de 19 anos a mais, já em 2019, esses números passaram para 31 anos. Assim, com o aumento da expectativa de vida, os dados indicam que em 2030, o país ocupará o 5º lugar dentro dos países com maior população idosa e os idosos ultrapassarão o número de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos (IBGE, 2021).

O processo de transição demográfica, que resultou num aumento da longevidade, veio acompanhado de alterações no perfil epidemiológico, em que as doenças crônicas degenerativas passaram a ocupar um lugar de destaque, em detrimento às condições infectocontagiosas. Uma das consequências do envelhecimento populacional foi a maior prevalência de condições crônicas, dentre as quais, podemos destacar as demências (Gouveia, 2021).

A demência é uma diminuição, lenta e progressiva, da função mental, que afeta a memória, o pensamento, o juízo e a capacidade para aprender, os sintomas progridem de tal forma que as pessoas não podem realizar suas tarefas sozinhas, tornando-as totalmente dependentes dos outros (Brasil, 2015).

Em geral, demência refere-se a uma síndrome em que há ocorrência de sintomas causados por alterações cerebrais resultantes de declínios cognitivos progressivos, como comprometimento da memória e outras funções cognitivas, redução de sua capacidade funcional, refletida no âmbito social, ocupacional, pessoal e autocuidado e em magnitude suficiente para interferir em prejuízos no desempenho das atividades diárias (Alzheimer's Association, 2022).

Demência é uma deterioração mais grave das capacidades mentais, que piora com o tempo. As pessoas com um envelhecimento normalmente podem perder coisas ou esquecer detalhes, mas as que sofrem de demência podem esquecer por completo alguns acontecimentos. As pessoas que têm demência têm dificuldade de executar tarefas diárias normais como dirigir, cozinhar e lidar com as finanças. A perda de memória nos idosos não é necessariamente um sinal de demência ou de início da doença de Alzheimer (Brasil, 2015).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, os transtornos mentais representam cerca de 15% da carga global de doença, sendo a DA a forma mais prevalente de demência em idosos. Estima-se haver cerca de 35,6 milhões de pessoas com demência no mundo e este número poderá chegar a 115,4 milhões em 2050 (Andrade, 2021).

O psiquiatra alemão, Alois Alzheimer, apresentou pela primeira vez a caracterização desta doença, em 1907, através da análise de todos os testes clínicos e exames pós morte do cérebro de um indivíduo de 51 anos. Devido ao seu importante trabalho de investigação nesta área, mais tarde, o seu nome foi atribuído à patologia que hoje é conhecida como doença de Alzheimer (Šerý et al., 2013).

A DA é uma afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta perda da memória e diversos distúrbios cognitivos. Em geral, a DA de acometimento tardio, de incidência ao redor de 60 anos de idade, ocorre de forma esporádica, enquanto a DA de acometimento precoce, de incidência ao redor de 40 anos, mostra recorrência familiar (Smith, 1999)

Não se sabe por que a Doença de Alzheimer ocorre, mas são conhecidas algumas lesões cerebrais características dessa doença. As duas principais alterações que se apresentam são as placas senis decorrentes do depósito de proteína beta-amilóide, anormalmente produzida, e os emaranhados neurofibrilares, frutos da hiperfosforilação da proteína tau (Abraz, 2023).

Outra alteração observada é a redução do número das células nervosas e das ligações entre elas, com redução progressiva do volume cerebral. Quando diagnosticada no início, é possível retardar o seu avanço e ter mais controle sobre os sintomas, garantindo melhor qualidade de vida ao paciente e à família (Abraz, 2023).

A DA possui alta incidência no Brasil, principalmente na região Sudeste, em pacientes do sexo feminino, na faixa etária de 70 anos ou mais. Apesar de ser uma doença de início tardio, ela causa prejuízos na qualidade de vida dos pacientes, uma vez que causa comprometimento das funções cognitivas superiores. Sendo importante que os órgãos de saúde criem campanhas de

alerta quanto à existência da doença e quais são os seus sintomas (Araújo *et al.*, 2023).

As mulheres correspondem a 65% dos casos de Alzheimer no Brasil entre 2013 e 2022. Isso corrobora com o que diz as pesquisas mais atuais, que afirmam que o risco estimado de uma pessoa desenvolver a doença ao longo da vida é cerca de uma a cada cinco para mulheres e um a cada 10 para homens (Garre-Olmo, 2018).

Os cientistas apontam a idade, o histórico familiar, a genética, eventual traumatismo craniano, conexão coração-cérebro, o isolamento social e a baixa escolaridade são os principais fatores indicados por especialistas como capazes de desenvolver ou potencializar o desenvolvimento da doença de Alzheimer (Barros, 2022).

3.2 O CUIDADO E O CUIDADOR DE UM IDOSO COM DOENÇA DE ALZHEIMER

A DA afeta a vida não apenas do idoso que possui a doença, mas também a de seus familiares. Quando se instala no seio familiar, compromete o seu relacionamento afetivo e causa desgastes físicos e emocionais, gerando problemas que podem ser assistidos pela equipe de saúde e, em especial, pela equipe de enfermagem (Figueiredo, 2010).

O tratamento da DA é constituído por dois grupos principais de medicamentos: os inibidores da acetilcolinesterase, que atuam na inibição das enzimas que degradam a acetilcolina, aumentando sua disponibilidade sináptica e melhorando os sintomas cognitivos, indicados para tratar as fases leve a moderada e um antagonista do receptor NMDA, a memantina, para as fases mais graves (Oliveira *et al.*, 2019).

Essa abordagem terapêutica tem como objetivo reduzir os sintomas e infelizmente não impedem a progressão da doença, visto que a DA não tem cura. Por essa razão, são necessárias novas terapias de tratamento eficazes, onde a imunoterapia direcionada para as proteínas beta-amiloide e tau tem apontado para bons resultados (Santos, 2016).

Segundo Pavarini, em estudos realizados no Brasil foi verificado que a maioria da família de idosos com DA investigados manteve uma boa funcionalidade familiar diante de situações de dependência e vulnerabilidade do idoso (Pavarini, 2011).

As intervenções não farmacológicas, como a estimulação cognitiva são uma das prescrições de enfermagem mais recomendadas, após os diagnósticos de Enfermagem em pacientes com DA. Isso porque é uma intervenção que pode ser utilizada em todos os estágios da doença visando não só tratar, como também promover saúde e bem-estar a este idoso, reduzindo seu grau de dependência do cuidador e prolongando sua autonomia (Souza, 2022).

Ao pensar no envelhecimento é necessário pensar em qualidade de vida desta população, que em sua fase economicamente ativa tanto produziu para o país e agora necessita de bem-estar, cuidados e merece ter seus direitos garantidos (Souza, 2022).

A enfermagem pode atuar juntamente com o cuidador para identificar os fatores que levam a tais sentimentos, ajudando os cuidadores a reconhecê-los e auxiliando no planejamento de alterações na rotina que possam contribuir para a diminuição da tensão emocional. Podem ainda realizar atividades educativas e encaminhamentos para o apoio psicológico. Trabalhar a relação desse cuidador com seus sentimentos e buscar capacitá-lo para novas percepções sobre o cuidado seria uma boa lógica de ação para a equipe de saúde, em especial para a enfermagem (Ilha *et al.*, 2016).

Os cuidadores, com o tempo, assumem uma posição diferente no grupo familiar e social e, na tentativa de dar novo significado à vida, deixa-se o posto de membro da família para assumir o de cuidador. Quando o sujeito coletivo apresenta o abandonar um pouco da própria vida para cuidar de uma pessoa com DA, demonstra que o cuidado com o idoso retira de sua vida valores que é importante para sua satisfação pessoal, ele deixa de fazer parte da vida, deixa de ter a autonomia de ir e vir perder a liberdade de escolha do que fazer, quando fazer, e passa a se situar à margem da vida do idoso (Cesario *et al.*, 2017).

O cuidador familiar de uma pessoa com DA muitas vezes se encontra despreparado para lidar com as situações advindas do cuidado. Toda a sua história de vida, seus desejos pessoais, seus ideais e perspectivas, suas dificuldades e conflitos são evidenciados, exacerbados, negados, esquecidos. O familiar precisa reaprender a lidar com o mundo e com seus idosos adoecidos e mudar suas perspectivas de vida, se readequando à situação que se lhe impõe (Mendes, 2016).

O cuidador sobrecarregado tende a ter reações que podem causar estresse, sentimento de culpa e perda da paciência. O sofrimento emocional e afetivo parece ser o que mais pesa no cuidador familiar e passa a influenciar de modo negativo o seu cotidiano, transformando sua vida e o contexto familiar (Dadalto *et al.*, 2021).

A maioria dos cuidadores familiares não trabalha, pois o idoso com Alzheimer precisa de uma programação diária e necessita do cuidador em tempo integral, além disso, outros membros da família podem não estar interessados nos cuidados, o que contribui para a carga física e psicológica do cuidador (Silva *et al.*, 2018).

4. MÉTODO:

Trata-se de um relato de experiência de uma observação da realidade, sobre as repercussões na vida do cuidador familiar e do idoso com Doença de *Alzheimer*.

O presente relato foi desenvolvido a partir da vivência dos cuidadores familiares (filha e neta) de forma ativa com o idoso, de 2012 até julho de 2023.

A paciente desse relato era uma idosa que apresenta todos os comprometimentos cognitivos, emocionais e físicos. Residia em Senador Canedo no estado de Goiás, Brasil.

A relevância desse relato deve-se desde o momento da comprovação do diagnóstico, no foco da realização do cuidado e mudança no cotidiano. Foram realizadas conversas diárias com observação ativa, auxílio nas atividades do cuidado e conversa com o cuidador.

Durante a realização desse estudo, a idosa veio a falecer, surgindo então um novo momento de observação, sendo este o luto familiar.

Por este estudo se tratar de um auto relato de experiência foi dispensado um parecer ético do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

5. RESULTADOS

O.P.C, 79 anos, residente em Senador Canedo-GO, Brasil, viúva, mãe de quatro filhos, avó de seis e bisavó de 13. Sempre foi uma mulher forte e resiliente, que enfrentou inúmeros desafios ao longo de sua vida. Seus filhos eram sua maior prioridade, cuidar e protegê-los foi sua missão por muitos anos.

Desde cedo, teve que trabalhar muito para sustentar sua família. Ela enfrentou longas horas de trabalho em seu açougue e muitas vezes teve que fazer sacrifícios para garantir que seus filhos tivessem o essencial. Apesar das dificuldades financeiras, sempre fez questão de transmitir amor, apoio e valores mesmo sendo muito brava.

Ao longo dos anos, enfrentou uma série de dilemas em seu casamento. Seu marido lutava contra problemas pessoais, o que acabou afetando a estabilidade familiar. No entanto, ela nunca desistiu de lutar por sua família e não permitia que seu marido fizesse mau a nenhum de seus filhos. Infelizmente seu marido veio a falecer.

Em 2006, enfrentou a maior tragédia de sua vida: a perda de seu filho mais novo que ainda morava com ela. Foi um momento de dor profunda e angústia, que abalou toda a família. Ela se viu em meio a uma tempestade emocional e de muita solidão.

No ano 2007 ela se casou novamente, então o seu marido começou a privá-la das suas atividades diárias, não permitia mais que ela fosse conversar com suas vizinhas, não podia ter mais acesso com as contas bancárias, sair para outros lugares que não fosse para igreja com ele, não podia ficar muito tempo nem na casa da sua filha que morava ao lado e nem mesmo fazer salgadinho e laranjinha que era uma das suas fontes de renda, uma mulher que sempre teve um estilo de vida muito ativo e independente teve sua liberdade limitada.

Em 2012, após alguns anos de casamento começou apresentar sintomas leves, pequenos episódios de esquecimento e se perdia na própria fala, nisso o seu esposo falava que ela estava doida e a mandava sempre calar a boca. Em decorrência desses sintomas sua filha resolveu levá-la a Unidade Básica de Saúde, o clínico geral da unidade então à encaminhou para um especialista. O neurologista passou alguns exames como: eletroencefalograma, TC (Tomografia do Crânio) e exames laboratoriais. Onde teve o diagnóstico da Doença de

Alzheimer.

Após a confirmação do diagnóstico de DA começou a fazer uso diário de Donipezila de 10mg, uma cápsula ao dia, mesmo com o uso do medicamento os sintomas não pararam de evoluir. No ano de 2013 ela já estava no estágio intermediário da doença, estava apresentando dificuldade para nomear objetos ou para escolher a palavra adequada, não sabia mais onde guardava objetos, dinheiro e até mesmo a chave de casa, começou a sair de casa e não conseguia voltar, entre outros.

Com o agravo diário dos sintomas começaram as brigas entre o marido e sua filha que não aceitava a forma que ele a tratava, após meses de brigas sua filha resolveu colocar um fim no casamento, por ele ser idoso e sua mãe não ter condições de se cuidar sozinha, ele foi morar com os filhos e sua mãe veio morar com ela e sua família.

Com o passar dos dias os cuidados se intensificavam cada dia mais, pois ela não podia mais ficar sozinha, começou então uma mudança radical na vida dos familiares, a sua filha passou a ter que se desdobrar pois tinha que cuidar da sua mãe, família e trabalho. Em 2014 nos mudamos para uma chácara onde ela teria mais espaço e conforto, ela passou a andar o dia inteiro ao redor da casa e sempre procurando pelo seu bisneto, sempre a mesma pergunta, caso alguém respondesse algo que ela não gostasse ficava bastante irritada, xingava e até chegava a bater.

Ficamos dois anos nessa chácara e voltamos para uma casa na cidade, por conta do movimento na rua ela ficava mais dentro de casa. Os sintomas pioraram, voltou a ser uma pessoa muito nervosa como era quando mais nova, e não aceitava o uso de fraldas, com isso passou a fazer suas necessidades fisiológicas na própria roupa, no quarto ou onde estivesse mesmo. Nesse período o cuidado já era dividido entre a filha e uma das netas.

Mesmo tendo duas pessoas para cuidar dela estava muito cansativo pois ela não aceitava o cuidado. No ano de 2016 ela foi passar um ano com sua outra filha numa vila totalmente isolada no estado do Pará, Brasil. Durante esse ano ela ficou sem acompanhamento do neurologista e de qualquer outro médico e também ficou alguns meses sem o uso do seu remédio, o que ocasionou o avanço da DA. Quando voltou para Goiânia em 2017 foi diagnosticada com

Diabetes *mellitus* tipo 2 e estava muito acima do peso, aí ela já estava num estágio da doença bem avançado, não lembrava quem era seu genro, suas netas só lembrava que tinha uma filha mas não a reconhecia sempre. Passou a querer fugir de casa falando que não morava lá e que queriam roubar ela, e sempre as histórias mudavam.

Nós estávamos exaustas pois todo cuidado era pouco e por conta dela não aceitar mais ninguém cuidar dela dividimos os horários de cuidado, durante o dia eu cuidava dela e a noite a sua filha, já não comia mais sozinha pois tinha que ser lembrada a todo instante que ela estava comendo porque mesmo com o prato na frente dela não sabia o que estava fazendo. Reduzimos bastante as saídas com ela até mesmo para a igreja pois ela queria bater nas pessoas.

No dia 31 de março de 2018 deixamos ela com uma funcionária e saímos para trabalhar em um evento, passamos todas as recomendações para essa mulher e o que mais pedíamos foi que não deixasse ela sozinha nem um minuto principalmente no banho, a tarde recebemos uma ligação dela falando que minha avó teria caído no banheiro, como estávamos perto não demoramos nem cinco minutos para chegar e levamos ela para o hospital pois tinha batido a cabeça do lado esquerdo, mas felizmente nada de mais grave aconteceu.

Uma semana depois ela estava andando e perdeu os movimentos do lado esquerdo por alguns minutos ficou com a fala arrastada, desorientada e levamos ao pronto socorro, foi realizado uma ressonância onde foi diagnosticado um AVC isquêmico (Acidente Vascular Cerebral). Ela era hipertensa desde 2001.

A partir do diagnóstico de AVC todos os dias ela perdia um pouco dos seus movimentos do lado esquerdo, com dificuldade de deambular e de ficar sentada. Em menos de um mês ela ficou acamada. Comunicamos a UBS (Unidade Básica de Saúde) do que tinha acontecido e solicitamos que o médico e a equipe fossem fazer o atendimento domiciliar, alguns dias depois eles foram e a encaminharam para o programa saúde em casa.

Como foi tudo muito rápido nos deparamos em um momento muito delicado porque não sabíamos como cuidar de uma pessoa acamada e tivemos que nos adaptar rapidamente, aprendemos a trocar fralda, a dar banho no leito é alimentá-la. Por ela ser muito pesada não conseguíamos levá-la todos os dias para o banho no chuveiro.

Cada dia que passava a gente aprendia algo novo com tudo que estávamos vivendo e minha avó cada dia perdia um pouco mais dos seus movimentos, memória e fala. Ela precisava agora de cuidados assistidos e foi onde nós percebemos que ela poderia não progredir. Os profissionais do programa saúde em casa demoraram a vir fazer a primeira visita por este motivo os tratamentos com fisioterapeuta, fonoaudiólogo e outros profissionais demorou meses para começar e quando teve início eles demoravam mais de mês para volta então não foi realizado um tratamento contínuo e não tínhamos condições de pagar particular.

Após um ano já acamada nós já sabíamos como fazer todos os cuidados relacionados a ela, ela começou a apresentar alguns episódios de falta de oxigênio no cérebro o que fazia ela ficar alguns minutos cianótica e com apneia, na primeira vez que isso aconteceu ficamos desesperados e corremos para o pronto socorro onde foi dada essa informação como uma hipótese diagnóstica que acabou sendo confirmada, então tivemos que nos adaptar a esses novos sintomas.

Mesmo o atendimento da equipe sendo pouco já ajudava mas quando começou a pandemia os atendimentos foram suspensos, começamos fazer alguns exercícios com ela na cama mesmo porém sem muito sucesso, além das dores que ela sentia não sabíamos como fazer os exercícios corretamente.

Durante esse período sem atendimento ela perdeu todos os movimentos do corpo dificultando ainda mais os cuidados diários, levá-la ao banheiro se tornou uma luta pois sua perna direita não dobrava e a esquerda não esticava, perdeu peso, o pescoço atrofiou para o lado direito então a orelha dava muita ferida.

Nós viramos de fato cuidadoras, o cuidado passou a ser 24 horas por dia, desde então eu e minha mãe não viajávamos juntas, não saíamos, sempre que uma fosse a outra não podia. O cuidado de banho e trocas de fraldas ficou na minha responsabilidade por ela ser bastante pesada e a cama não ser adequada.

Em 2022 a equipe da saúde em casa veio fazer uma visita e resolveram suspender o atendimento dela, por não se enquadrar no perfil de pacientes atendidos por aquele serviço, por não fazer uso de sondas e não ter lesão por pressão naquele período.

Na metade de 2022 em uma visita médica ela teve diagnóstico de início de um quadro de pneumonia com tosse progressiva, o médico da UBS raramente vinha visitá-la então íamos até lá falávamos para a enfermeira como ela estava e depois voltava para buscar alguma receita de remédios para ela tomar. Por ela não conseguir expelir a secreção não estava tendo melhoras.

A pneumonia se prolongou por muitos meses, mesmo com uso de antibióticos e xaropes prescritos pelo médico, quando finalizava o ciclo de um medicamento acontecia melhoras de algumas semanas e depois voltava os mesmos sintomas.

No início de 2023 ela tinha melhorado da pneumonia mas a tosse com secreção ainda persistia, estava com o corpo totalmente atrofiado, não mexia nada do corpo sozinha, mal abria os olhos, não conversava, raramente conseguia fazer algum barulho para expressar algo que estava sentido, nos víamos o quanto ela estava debilitada e sofrendo.

Em maio de 2023 ela deu novamente uma piorada, a tosse progrediu, pneumonia voltou, muita secreção, fazia uso dos medicamentos, mas pouca melhora. O estado de saúde estava bastante delicado. Aproximadamente no dia 13 de junho ela começou a engasgar com tudo que comia e bebia, para alimentá-la tínhamos que colocar vários travesseiros para ela ficar sentada, mas mesmo assim continuava engasgando, não sabíamos o que era pior uma dieta pastosa ou sólida, até com água acontecia o engasgo.

Solicitamos na UBS a visita de um médico para ver uma possibilidade do uso de uma sonda nasoenteral pois ela não estava conseguindo se alimentar direito, mas infelizmente eles não vieram por não ter carro da secretaria de saúde e não poderia vir com carro próprio nem com o da família.

A pneumonia voltou, tosse estava bem produtiva e intensa, no dia 26 de junho de 2023 ela acordou bem prostrada, não conseguia se alimentar, estava muito sonolenta, nisso ela já tinha voltado tomar os remédios, ela persistiu ruim até dia 29 de junho, quase sem comer e bebendo pouca água. Minha mãe tinha uma viagem marcada para essa semana então ela foi e eu fiquei cuidando da minha avó.

Na sexta-feira dia 30/06 ela acordou de um jeito que nunca vi, bastante debilitada, não conseguiu nem beber água de tanta tosse, engasgo e secreção,

na noite anterior eu não tinha dado remédio para dormir e mesmo assim ela ficou poucas horas do dia acordada, nesse mesmo dia em ligação com minha mãe relatei o que estava acontecendo e o medo dela morrer.

No dia primeiro de julho era o dia da minha mãe retornar de viagem mais só chegaria a noite, a minha avó acordou muito bem, quase sem tosse, comendo tudo que era ofertado para ela, ela estava totalmente o contrário do dia anterior. Por ela estar bem eu nunca imaginei que seria o pior dia da minha vida, pensei que seria uma melhora dela, pela manhã ela abriu os olhos, tomou um leite, na hora do almoço comeu, tomou água, estava muito boa.

Às 16:00 horas dei um lanche para ela, comeu tudo, sai do quarto para buscar água para ela e nesse tempo eu fui no quarto da minha mãe mas não demorei nem cinco minutos e voltei com a água para o quarto dela, quando entrei ela estava muito amarela os lábios brancos, chamei ela “vó, vó, fala comigo, Ofelina, Ofelina, fala comigo” peguei um oxímetro coloquei no dedo dela, não aparecia saturação e nem batimentos cardíacos, nesse momento continuei chamando-a, eu sabia o que estava acontecendo mas não queria acreditar.

Em menos de cinco minutos uma das minhas irmãs chegou desesperada, eu liguei para a minha outra irmã e disse o que estava acontecendo ela pediu pra ligar para o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), liguei dei as informações perguntei se eu poderia fazer alguma coisa até eles chegarem e eles disseram que não. Eu sabia que a minha vó tinha falecido mas eu ainda estava muito calma de certa forma foi o meu jeito de negar tudo o que estava acontecendo, na minha cabeça só vinha que eu não consegui evitar isso, que eu falhei.

Às 16:30h o SAMU chegou, relatei tudo o que vinha acontecendo nesses últimos dias, a médica examinou ela, não encontrou pulso, o enfermeiro buscou o DEA na ambulância mas infelizmente não foi encontrado um ritmo cardíaco, as 16:40h ela olhou para mim e falou “Infelizmente a sua avó veio a óbito eu sinto muito” nesse momento o meu mundo desabou.

Minha mãe chegou de viagem resolvemos todas as pendências necessárias para o velório, infelizmente sua outra filha não conseguiu vir. Foi um momento doloroso, ao chegarmos em casa sentimos o impacto de perceber que realmente ela não estava aqui mais.

Nossa vida mudou novamente e dessa vez a mudança foi mais dolorosa e vazia, é muito triste perder uma pessoa que era parte da sua vida, e do seu cotidiano, passar na sala e olhar para o quarto e não vê-la era e ainda é muito triste. Tivemos que nos adaptar novamente de não a ter aqui.

O psicológico do cuidador de um familiar com DA fica muito abalado achamos que nunca é o suficiente ou se estávamos fazendo as coisas certas, se ela estava bem, confortável ou se não estava sentindo dor e essas são perguntas que nunca obtivemos respostas, ela já não está mais aqui.

O cuidador responsável pelo cuidado de uma pessoa com DA enfrenta demandas na nossa própria saúde física e mental, tempo pessoal e importantes mudanças no estilo de vida. Um dos motivos que levou a gente a assumir a função de cuidador, foi a ausência de outros familiares que pudessem desenvolver essa tarefa. Cuidar, surgiu como uma obrigação envolvida na relação familiar, com passar dos anos se tornou nossa rotina e por mais cansativo sentíamos prazer em cuidar dela.

6. DISCUSSÃO

A DA é uma doença neurocognitiva progressiva, dividida em três estágios com o aparecimento de sintomas cada vez mais graves decorrentes das suas fases mais avançadas, como, irritabilidade, agressividade e sintomas psicóticos, acabam por gerar conflito no relacionamento entre pacientes e cuidadores, que em sua grande maioria são familiares. A sobrecarga nos cuidados, devido a necessidade de supervisão integral, leva os cuidadores a um intenso desgaste físico e emocional (Cesario *et al.*, 2017).

O cuidador tem um papel fundamental na assistência a pacientes com Alzheimer, e desempenhar o cuidar gera muitas limitações às suas próprias necessidades pessoais. A falta de preparo, desconhecimento sobre a doença, exigências em relação a segurança desse paciente e a evolução da demência interferem no vínculo familiar e nos cuidados prestados. No contexto dos cuidados prestados ao portador da DA, os profissionais de saúde desenvolvem um papel fundamental na assistência, podendo contribuir para que essa missão de cuidar não seja desgastante (Gutierrez *et al.*, 2017).

Durante os cuidados administrados pela família o apoio multidisciplinar pela equipe de saúde foi suspenso, devido ela não se adequar aos critérios de cuidados da Secretaria de Saúde do município. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Portaria SAS/MS nº 1.295 de 21 de novembro de 2013, o tratamento da Doença de Alzheimer deve ser multidisciplinar, envolvendo os diversos sinais e sintomas da doença e suas peculiaridades de condutas, no qual o tratamento medicamentoso vai propiciar a estabilização do comprometimento cognitivo, do comportamento e da realização das atividades da vida diária, com um mínimo de efeitos adversos (Noletto *et al.*, 2022).

A função do cuidador é se adaptar ao padrão de vida do portador de DA, tornando-se, assim, muito difícil, pois será necessário privar-se de sua própria individualidade em benefício do próximo, e ainda acaba se deparando com a falta de informações e adequadas orientações referentes aos cuidados (Leite *et al.*, 2016). As mudanças no cotidiano do familiar cuidador vem rapidamente e de maneira decisiva no cuidar e na vida da pessoa com DA.

Dentre as principais disfuncionalidades presentes nos indivíduos

acometidos por AVC, estão aquelas que acarretam distúrbios neurológicos e físicos como: a fraqueza muscular, os distúrbios na linguagem e a disfagia que podem prejudicar, respectivamente, a locomoção, a comunicação e a alimentação (Perlini *et al.*, 2005).

Essas alterações impactam negativamente o desempenho das atividades básicas de vida diária e a pessoa que sobreviveu ao AVC conseqüentemente precisa de ajuda constante em seu cotidiano. Necessitando assim, de um cuidador informal para desenvolver e auxiliar durante suas atividades (Johann *et al.*, 2015). Na sequência do episódio de AVC ela teve hemiplegia, resultando na paralisia dos membros inferiores e superiores do lado esquerdo.

Após o diagnóstico de DA sua filha e eu passamos a ser suas cuidadoras de tempo integral abdicado muitas vezes de seus compromissos diários. Segundo Falcão (2016) a função do cuidador tem como prioridade contribuir para que todas as necessidades pessoais, rotina e do ambiente em que o paciente vive sejam supridas e normalmente é assumida por uma única pessoa. Sociodemograficamente essa função é executada em sua grande maioria por cuidadoras mulheres (Falcão *et al.*, 2016).

A partir do momento em que a família se torna cuidadora, desencadeia mudanças significativas para todos os envolvidos e em todos os aspectos. Além disso há o desenvolvimento de relação única com aquele paciente, que inclui compromisso e responsabilidade minimizando os fatores que possam fazer a doença evoluir (Kamada *et al.*, 2018).

O familiar com o passar dos anos nós como cuidadoras começamos a sentir cansaço físico e mental, o cuidado diário e intenso abala o psicológico do cuidador. Bertazzone (2016) descreve que é preciso reconhecer também que é inevitável o aparecimento com o tempo, do cansaço, ansiedade, solidão e a sensação de ser prisioneiro em um papel e ter tarefas que comprometem a liberdade dos seus próprios sentimentos e vontades (Bertazzone *et al.*, 2016).

Uma dificuldade referida pelas cuidadoras está relacionada à higiene corporal da pessoa idosa, visto que algumas se negam a fazer uso das fraldas e negam o cuidado de uma outra pessoa. Em uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo, com objetivo de identificar as atividades de cuidado, facilidades e

dificuldades vivenciadas pelos cuidadores de pessoas idosas com DA, mostrou que as ações de cuidado no cotidiano dos cuidadores desenvolvem, principalmente, as atividades relacionadas à alimentação, higiene e medicação (Sakman *et al.*,2013).

Cuidar de uma pessoa idosa com DA vai além da vontade de querer cuidar, em decorrência da complexidade que o cuidado exige, envolve conhecimento, desenvolvimento de habilidades, iniciativas que exigem paciência, amor e, algumas vezes, renúncia de seu projeto de vida. Esses fatos contribuem para que os familiares cuidadores vivenciem sobrecarga física, emocional e social no cotidiano de cuidados (Floriano *et al.*,2012).

É importante ressaltar que o manejo da doença é multidisciplinar e envolve uma equipe de profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros, trabalhando em conjunto para fornecer a melhor assistência possível aos pacientes e suas famílias (Matos; Ferreira, 2023).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta jornada a reflexão sobre o cuidado a um familiar com Alzheimer, ficou evidente que o enfrentamento dessa realidade desafiadora vai muito além da esfera clínica.

O presente estudo proporcionou uma imersão profunda nas complexidades emocionais, físicas e sociais enfrentadas não apenas pelo paciente, mas também pelos familiares encarregados do cuidado.

O relato de experiência apresentado neste trabalho não apenas trouxe as dificuldades inerentes ao processo de lidar com a pessoa com Alzheimer, mas também destacou a resiliência, o amor e a paciência necessária para oferecer um cuidado compassivo e eficaz.

Os desafios diários, as estratégias improvisadas e as pequenas vitórias ilustram vividamente a dinâmica do cuidado a uma pessoa com demência.

Além disso, a partilha de experiências pessoais neste trabalho visa não apenas informar, mas também estabelecer uma conexão empática com outros cuidadores que possam enfrentar desafios semelhantes.

A comunicação aberta sobre as realidades do cuidado ao Alzheimer é essencial para construir uma rede de apoio e compreensão mútua entre os que vivenciam essa jornada.

Em última análise, este relato proporcionou uma visão aprofundada das diversas dificuldades do cuidado a pessoa com DA, destacando não apenas os desafios, mas também a capacidade humana de adaptar-se e crescer frente às adversidades.

Que este trabalho possa servir como um testemunho do amor incondicional e do comprometimento que permeiam a jornada do cuidado familiar ao enfrentar uma pessoa com DA em sua família e que inspire uma maior conscientização e apoio àqueles que dedicam suas vidas a essa nobre tarefa.

Essa experiência contribui positivamente na minha formação pois através dos conhecimentos teóricos e práticos adquiridos conseguirei realizar um atendimento com mais sabedoria, amor e empatia ao paciente com DA e seu cuidador.

REFERÊNCIAS

AUSTRALIA, D. et al. **Alzheimer's Disease International World Alzheimer Report 2019: Attitudes to Dementia. Alzheimer's Disease International; Alzheimer's Disease International**: London, UK, 2019. Acesso em: 15 de março de 2023.

ABRAZ- Associação Brasileira De Alzheimer. **Sobre Alzheimer**. Brasil: ABRAZ; 2020. Disponível em: [ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer](#) Acesso em: 25 de abril de 2023.

ARAÚJO, Sandra Regina Machado et al. **Doença de Alzheimer no Brasil: uma análise epidemiológica entre 2013 e 2022**. Research, Society and Development, v. 12, n. 2, p. e29412240345-e29412240345, 2023.

ANDRADE, Giovanni Pereira de. **Revisão sistemática acoplada a biologia de sistemas na busca de biomarcadores de Alzheimer 2021**. Grupo de informática e biologia de sistemas aplicada à bioquímica. Salão UFRGS 2021: SIC -XXXIII Salão de iniciação.

BRASIL - Ministério da Saúde. Saúde de A a Z: **Alzheimer. Brasil: MSS**; 2022 Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/alzheimer#:~:text=A%20Doen%C3%A7a%20de%20Alzheimer%20\(DA,neuropsiqui%C3%A1tricos%20e%20de%20altera%C3%A7%C3%B5es%20comportamentais](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/alzheimer#:~:text=A%20Doen%C3%A7a%20de%20Alzheimer%20(DA,neuropsiqui%C3%A1tricos%20e%20de%20altera%C3%A7%C3%B5es%20comportamentais). Acesso em: 19 de março de 2023.

BARROS, E. P. S. **A utilização de ressonância magnética no auxílio do diagnóstico da Doença de Alzheimer**. 54 f. Monografia (Especialização em Imagenologia Biomédica)–Centro de Capacitação Educacional, CCE. Recife, PE, 2017.

CESARIO VAC, Leal MCC, Marques APO, Claudino KA. **Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer**. Saúde debate, Rio de Janeiro, V. 41, N. 112, P. 171-182, JAN-MAR 2017.

DE FREITAS, A. C. B et al. **Revisão sistemática de estudos sobre o alumínio como fator de risco para a doença de alzheimer**. *Revista Processos Químicos*. V. 15 N. 29. 2021 Acesso em:

DULEWICZ M, et al. **Biomarkers for the Diagnosis of Alzheimer's Disease in Clinical Practice: The Role of CSF Biomarkers during the Evolution of Diagnostic Criteria**. Int J Mol Sci, V. 23, N. 15. 2022.

DE FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida; TONINI, Teresa. **Gerontologia: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento**. Yendis, 2006.

DADALTO, Eliane Varanda; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. **O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, p. 147-157, 2021.

GALLUCCI NETO, José; TAMELINI, Melissa Garcia; FORLENZA, Orestes Vicente. **Diagnóstico diferencial das demências**. Archives of Clinical Psychiatry. São Paulo, v. 32, p. 119-130, 2005. Disponível em:

GOUVEIA, Anna Sophia Almeida et al. **Biomarcadores no diagnóstico do Alzheimer: seria esse o futuro? Biomarkers in Alzheimer's diagnosis: could this be the future?**. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 3, p. 13690-13698, 2021.

ILHA S, Backes DS, Santos SSC, Abreu DPG, Silva BT, Pelzer MT. **Doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado**. Esc. Anna Nery vol.20no. 1Rio de Janeiro Jan./Mar.2016.

IBGE -Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional sobre a população idosa, Rio de Janeiro**, (BR): IBGE; 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2022-07/contingente-de-idosos-residentes-no-brasil-aumenta-398-em-9-anos>. Acesso em: 10 de maio de 2023.

MARINS, Aline Miranda da Fonseca; HANSEL, Cristina Gonçalves; DA SILVA, Jaqueline. **Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador**. Escola Anna Nery, v. 20, p. 352-356, 2016.

MANOEL, Maria Fernanda et al. **As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar**. Escola Anna Nery, v. 17, p. 346-353, 2013.

MENDES, Cinthia Filgueira Maciel; SANTOS, Anderson Lineu Siqueira dos. **O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares**. Saúde e Sociedade, v. 25, p. 121-132, 2016.

MDS- Manual MDS. **Versão Saúde Para Família, Estados Unidos da América**, (EUA): MDS; 2023. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-cerebrais,-da-medula-espinal-e-dos-nervos/delirium-e-dem%C3%A2ncia/dem%C3%A2ncia> Acesso em: 30 de abril de 2023.

OLIVEIRA, I. A. G. et al. Revisão sistemática de avaliações econômicas acerca do uso da memantina isolada ou combinada com o donepezil para a doença de Alzheimer moderada a grave. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e190002, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n4/pt_1809-9823-rbgg-22-04-e190002.pdf. Acesso em: 06 de jun. 2023.

ROS, Lucas Uglione da. **Fatores de risco cardiovascular interagem de forma sinérgica com a patologia da doença de Alzheimer para promover neurodegeneração e declínio cognitivo.** 2021.

Silva MVF et al. **Alzheimer's disease: risk factors and potentially protective measures.** *J Biomed Sci.* V. 26, n 9, dez. 2019.

SMITH, Marília de Arruda Cardoso. **Doença de Alzheimer.** *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 21, p. 03-07, 1999.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. **Funcionalidade familiar de idoso com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social.** *Rev. Eletrônica Enferm.*, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 361-367, 2011.

SOUZA, Gabriela Alves de. **Estimulação cognitiva no cuidado aos idosos com Alzheimer: revisão integrativa,** 2022.

Šerý O, Povová J, Míšek I, Pešák L, Janout V. **Mecanismos moleculares de Alterações neuropatológicas na doença de Alzheimer: uma revisão.** *Folia Neuropatol.* 2013;1(1):1–9.

SILVA MIS da, Alves ANO, Salgueiro CDBL, Barbosa VFB. Doença de Alzheimer: Repercussões biopsicossociais na vida do cuidador familiar. *Rev Enferm UFPE on line*, Recife, 12(7):1931-39, Jul., 2018.

SOUZA, E; MONTEIRO, M; GONÇALVES, F. **Doença de Alzheimer, gênero e saúde: reflexões sobre o lugar da diferença na produção neurocientífica.** *Saúde e Sociedade*, v. 31, n. 2, mai. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/jRRZyGZg3Lz5scG3svDgLxz/?lang=pt#>. Acesso em: 15 de março de 2023

SOUZA, Maria Margarida Milho et al. **Doença de Alzheimer: a apolipoproteína E como fator de risco.** 2020. Tese (Mestrado) - Curso de farmácia, universidade de Lisboa, Lisboa, 2010. Acesso em: 28 de março de 2023.

SANTOS, J. M. S. C. **Imunomodulação no tratamento na doença de Alzheimer**. 2016. 35 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Farmacêuticas, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016. Disponível em: https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/48455/1/M_Joana%20Santos.pdf. Acesso em: 06 jun. 2023.

World Health Organization. **iSupport for dementia: training and support manual for carers of people with dementia**. 2019. Disponível em: Acesso em: 18 de março de 2023.

CESÁRIO, V.A.C. et al. **Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer**. Saúde em Debate, v. 41, p. 171 - 182. 2017.

GUTIERREZ, L. L. P. G.; FERNANDES, N. R. M.; MASCARENHAS, M. **Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 885-898. Jul-set.2017

PERLINI N. M.O. G.; FARO A. C. M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 2005;2(39): 154-63.

JOHANN A.; BOSCO S. M. D. **Acidente Vascular cerebral em idoso: estudo de caso** [Internet]. Caderno Pedagógico. 2015;12(1):78-86.

NOLETO, Sanny Laryssa Araujo; CORDEIRO, Yanna Loren Cardoso; SANTANA, Martin Dharlle Oliveira. **Cuidados De Enfermagem Em Relação Ao Paciente Com Alzheimer**. Multidebates, v. 6, n. 1, p. 28-35, 2022.

LEITE, C. D. S. M. et al. (2016). **Conhecimento e intervenção do cuidador na doença de Alzheimer: uma revisão da literatura**. J. bras. psiquiatr., 63 (1), 48-56.

FALCÃO, D. et al. **Atenção psicogerontológica aos cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer**. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v.19, n.2,p.377-389.2018.Disponívelem:<<https://www.scielo.br/j/pe/a/PtwGf5KNzHgF7GprhCstv7B/?lang=pt>>.

KAMDA, M. et al. Correlação entre exercício físico e qualidade de vida empacientes com doença de Alzheimer. **Rev Soc Bras Clin Med**, Sobradinho, v.16,n.2.p.119
22.abrjun.2018Disponívelem:<<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/913374/162119-122.pdf>>.

SAKMAN R, Cavalcante MBG, Puggina AC. Facilidades e dificuldades do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer em domicílio. **Revista Enfermagem Atual in Derme**, Rio de Janeiro, 2013; 65.

FLORIANO L.A, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. **Care performed by family caregivers to dependent elderly, at home, within the context of the Family Health strategy. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis. 2012 Jul/Sept; 21(3): 543-8.

MATOS, Ana Pilar Mercly; FERREIRA, Tairo Vieira. CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DA DOENÇA DE ALZHEIMER. **Revista Saúde dos Vales**, Teófilo Otoni, v. 6, n. 1, 2023.