


A DOENÇA DE ALZHEIMER E OS DESAFIOS NO CUIDADO FAMILIAR

ALZHEIMER'S DISEASE AND THE CHALLENGES IN FAMILY CARE

LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y LOS DESAFÍOS EN EL CUIDADO FAMILIAR

 <https://doi.org/10.56238/arev7n11-350>

Data de submissão: 27/10/2025

Data de publicação: 27/11/2025

Claudineia Costa dos Anjos

Graduanda em Enfermagem

Instituição: CEUNI-FAMETRO

E-mail: claudiaanjos407@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-5009-6245>

Marcos Vinicius da Silva Menezes

Graduando em Enfermagem

Instituição: CEUNI-FAMETRO

E-mail: marcosmenezes782@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-8023-1216>

Graciana de Sousa Lopes

Mestre em Enfermagem

Instituição: CEUNI-FAMETRO

E-mail: gracilopess@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3615-9040>

Mirelia Rodrigues de Araujo

Doutora em Saúde Coletiva

Instituição: CEUNI-FAMETRO

E-mail: mirelia.araujo@fametro.edu.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6000-6840>

RESUMO

OBJETIVO: Destacar as questões enfrentadas pelos cuidadores que lidam diariamente com pacientes diagnosticados com Alzheimer, estudar os métodos terapêuticos. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo, e de pesquisa narrativa, exploratório do tipo relato de experiência. A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de matérias já elaborados como livros, teses e artigos científicos (Gil, 2008). **RESULTADOS:** As dificuldades enfrentadas pelos cuidadores ficam evidente, o desgaste físico e emocional que a doença de Alzheimer provoca não afeta apenas no idoso com DA, mas também os familiares, especialmente naquele que assume a responsabilidade pelos cuidados. **CONCLUSÃO:** Cuidar de idosos com DA é desafiador, especialmente porque priorizar o cuidado ao idoso e negligenciar o auto cuidado, comprometendo a qualidade de vida. Dessa forma, ocorrem danos à saúde mental, física e social, na vida e no cotidiano dos cuidadores.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Qualidade de Vida. Apoio Familiar.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Highlight the issues faced by caregivers who deal daily with patients diagnosed with Alzheimer's disease and explore therapeutic methods. **METHODOLOGY:** This is a descriptive and narrative exploratory study based on an experience report. The bibliographic research was developed from previously prepared materials such as books, theses, and scientific articles (Gil, 2008). **RESULTS:** The difficulties faced by caregivers are evident. The physical and emotional strain caused by Alzheimer's disease affects not only the elderly person with AD but also their family members—especially those who take on the responsibility of care. **CONCLUSION:** Caring for elderly individuals with AD is challenging, especially because prioritizing the patient's care often leads to neglect of self-care, thereby compromising quality of life. As a result, there are negative impacts on the caregivers' mental, physical, and social health, affecting their daily lives.

Keywords: Alzheimer's Disease. Quality of Life. Family Support.

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar los problemas que enfrentan los cuidadores que atienden diariamente a pacientes con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer y estudiar métodos terapéuticos. **METODOLOGÍA:** Se trata de un estudio descriptivo, narrativo y exploratorio, de tipo relato de experiencia. La investigación bibliográfica se basa en materiales ya existentes, como libros, tesis y artículos científicos (Gil, 2008). **RESULTADOS:** Las dificultades que enfrentan los cuidadores son evidentes; el estrés físico y emocional que causa la enfermedad de Alzheimer afecta no solo a la persona mayor con EA, sino también a sus familiares, especialmente a quien asume la responsabilidad del cuidado. **CONCLUSIÓN:** El cuidado de personas mayores con EA es un desafío, especialmente porque prioriza el cuidado de la persona mayor y descuida el autocuidado, comprometiendo la calidad de vida. Esto conlleva daños a la salud mental, física y social en la vida y la rutina diaria de los cuidadores.

Palabras clave: Enfermedad de Alzheimer. Calidad de Vida. Apoyo Familiar.

1 INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) constitui uma das formas de demência mais frequentes e amplamente reconhecidas. É uma enfermidade de caráter progressivo, degenerativo e irreversível, resultante de múltiplos fatores, entre eles o envelhecimento, predisposições genéticas, influências ambientais, doenças crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial, além de possíveis traumas cranianos. O avanço da doença provoca deterioração gradual das funções cognitivas, acompanhada de modificações no comportamento emocional e afetivo (SANTOS et al., 2017).

As doenças neurodegenerativas são patologias caracterizadas pela destruição irreversível de determinados neurônios, resultando na perda progressiva e incapacitante de determinadas funções do sistema nervoso. Algumas delas são hoje consideradas as maiores causas de demência no mundo (Burns, 2009).

A doença de Alzheimer (DA) é atualmente a forma mais comum de demência em idosos. Não existem muitos dados sobre a incidência da DA no Brasil, porém estima-se que um milhão de pessoas no país tenham esta doença; Como a taxa de diagnóstico de DA é baixa no Brasil, há necessidade de melhorar esses dados (Ferri, 2012; Herrera et al., 2002)

O psiquiatra e neuropatologista alemão Alois Alzheimer publicou o primeiro estudo descrevendo o distúrbio há mais de um século. Os sintomas relatados incluem perda recente de memória, paranoia, problemas comportamentais e de linguagem e encolhimento do cérebro mostrando sinais de depósitos anormais de proteínas (Alzheimer, 1906, apud Falco et al., 2016).

A DA não só impõe elevados custos financeiros aos pacientes e às suas famílias, mas também cria uma grande crise médica. O problema é agravado pela falta de recursos para diagnóstico e tratamento precoces, bem como pela falta de opções de tratamento eficazes após o diagnóstico (Deture; Dickson, 2019).

Segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (Abraz), a DA é uma forma de demência caracterizada por três estágios principais. Começa com esquecimento e leve perda de memória e dificuldade no trabalho. Pode ser confundido com um estado depressivo, que progride com perda de memória mais pronunciada, incapacidade de realizar tarefas complexas como cálculo e planejamento, e tem apresentação em estágio III com comprometimento acentuado das habilidades funcionais e dificuldade para comer, vestir-se e tomar banho.

À medida que a doença progride, o paciente torna-se dependente dos cuidados diários, exigindo que os cuidadores forneçam assistência domiciliar e cuidados adequados para ajudar o paciente a realizar as atividades diárias. No entanto, cuidar de alguém com DA é complexo e árduo porque envolve todos os membros da família e, em muitos casos, os cuidadores abdicam das suas próprias

necessidades dependendo do indivíduo que está a ser cuidado e das exigências que o cuidado lhe impõe (Kucmanski *et al.*,2016).

Assim, os relatos dos familiares dos pacientes com DA identificam claramente as barreiras que eles vivenciam, a começar pela dificuldade do paciente em reconhecer pessoas e lugares, como seus familiares, que não aceitam a doença. Além disso, há dificuldades de higiene, manejo de medicamentos e agressividade desses indivíduos. Além desses fatores e da dedicação total dos cuidadores (e às vezes dos próprios familiares), o estresse e o cansaço começam a fazer parte do seu cotidiano, prejudicando a qualidade de vida do cuidador caso não seja feita a intervenção necessária (Ilha *et al.*,2016).

Partindo da teoria de que a demência torna os pacientes vulneráveis e implica na necessidade de cuidados devido à perda de memória e à deterioração cognitiva, é necessário destacar as questões envolvidas para os cuidadores que lidam diariamente com pacientes diagnosticados com doença de Alzheimer.

O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre cuidadores e pacientes com doença de Alzheimer e como essa relação interfere no cuidado domiciliar. Relatar aos leitores as experiências vivenciadas no cotidiano com os cuidados do paciente, o impacto no âmbito familiar e suas dificuldades no dia a dia.

Argumentar experiências da vida do paciente, como sua vida antes da doença de Alzheimer e como impactou em toda sua trajetória de vida. É o cuidador que fica grande parte do tempo ao lado do paciente, seja ele um amigo, familiar ou profissional contratado pela família, com dedicada atenção aos cuidados desse paciente nas áreas de higiene, alimentação, prevenção a complicações e acidentes, comunicação e administração de medicamentos (Bodachine, 2004).

Considerando que a demência torna os pacientes vulneráveis e dependente de cuidados devido a perda de memória e ao declínio cognitivo, este estudo tem como objetivo destacar as questões enfrentadas pelos cuidadores que lidam diariamente com pacientes diagnosticados com Alzheimer.

2 REFERENCIAL TEORICO

2.1 FISIOPATOLOGIA E ASPECTOS GENETICOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

A Doença de Alzheimer (DA) recebeu esse nome em referência ao médico que a descreveu pela primeira vez em 1906. Ele estudou e publicou o caso de sua paciente, Auguste Deter, uma mulher de 51 anos que, até então saudável, desenvolveu um quadro progressivo de distúrbios de linguagem, perda de memória, desorientação e dificuldades de expressão e compreensão do ambiente ao seu redor. Aos 55 anos, Auguste faleceu, e o Dr. Alzheimer examinou seu cérebro, descrevendo as alterações que observou, as quais hoje são reconhecidas como características da doença (Monteiro, 2018).

Ribeiro (2010) aponta que existem diversas teorias patogênicas que tentam explicar a evolução cerebral da DA, como alterações vasculares, a falha na evolução de certos sistemas neurotransmissores, fatores metabólicos e a vulnerabilidade celular de neurônios específicos. Caixeta *et al.* (2012) afirmam que a DA é um transtorno neurodegenerativo progressivo, caracterizado pela degradação cognitiva, especialmente da memória, além de outros sintomas comportamentais. Esta doença afeta mais de 10% dos adultos com 65 anos ou mais e cerca de 40% daqueles com mais de 80 anos.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), a Doença de Alzheimer (DA) é um transtorno neurodegenerativo, progressivo e fatal, caracterizado pela deterioração cognitiva e perda de memória, o que compromete gradualmente a capacidade de realizar as atividades cotidianas. O diagnóstico pode ser feito a partir dos diversos sintomas neuropsiquiátricos e alterações comportamentais observados.

A DA é uma proteopatia que envolve anomalias no enovelamento de proteínas. Embora suas causas e evolução ainda não sejam totalmente compreendidas, a doença está associada ao dano causado pelas placas senis e pelos novos neurofibrilares no cérebro. As placas de proteínas Beta Amiloide ($A\beta$), com enovelamento anormal, acumulam-se no cérebro e são formadas por pequenos peptídeos com 39 a 43 aminoácidos de comprimento (Monteiro, 2018).

Os betas amilóides são fragmentos de uma proteína maior denominada proteína precursora de amiloide (APP), uma proteína transmembranar que penetra a membrana dos neurônios. A APP é essencial para o crescimento, sobrevivência e reparação de lesões dos neurônios (Monteiro, 2018).

As características histopatológicas observadas no parênquima cerebral de indivíduos com Doença de Alzheimer (DA) incluem depósitos fibrilares amiloides localizados nas paredes dos vasos sanguíneos, associados a diferentes tipos de placas senis, aglomerações anormais da proteína TAU responsáveis pela formação de novos neurofibrilares, bem como pela perda de neurônios e sinapses, além de inflamação. A fisiopatologia da DA começa com a clivagem da proteína precursora amiloide (APP), o que resulta na produção, agregação e deposição da substância β -amiloide ($A\beta$) e das placas senis (Falco *et al.*, 2016).

Segundo Falco *et al.* (2016), histopatologicamente, a DA é caracterizada pela perda de sinapses e morte neuronal em áreas cerebrais responsáveis pelas funções cognitivas, como o córtex cerebral, o córtex entorrinal (área envolvida na consolidação da memória), o hipocampo e o estriado ventral.

De acordo com Guimarães *et al.* (2018), os cérebros dos portadores da DA apresentam degeneração neural colinérgica, com redução dos marcadores colinérgicos e diminuição da atividade da colina acetiltransferase e da acetilcolinesterase no córtex cerebral.

Algumas mudanças estruturais observadas nos portadores de DA incluem alterações nos enovelados neurofibrilares, nas placas neuríticas, no metabolismo amiloide, bem como nas perdas

sinápticas e morte neuronal. As alterações nos sistemas neurotransmissores estão relacionadas com as mudanças estruturais patológicas decorrentes da doença (Caixeta *et al.*, 2012).

Embora os fatores genéticos da DA não sejam completamente compreendidos, sabe-se que um número limitado de famílias apresenta predisposição à doença. Os membros dessas famílias herdam a parte do DNA responsável pela doença de um dos pais, e, em média, metade dos filhos de um pai afetado desenvolverá a DA (Monteiro, 2018).

A DA se manifesta de forma lenta e progressiva, e seu diagnóstico é contínuo, podendo durar vários anos. Embora não haja cura para a doença, o tratamento medicamentoso alivia os sintomas e, em certa medida, retarda o encaminhamento dos pacientes mais idosos para clínicas em estágios avançados da doença (Ribeiro, 2010).

O fator genético é considerado como preponderante na etiopatogenia da doença de Alzheimer. Além do componente genético, foram apontados como agentes etiológicos a toxicidade a agentes infecciosos, ao alumínio, a substâncias reativas de oxigênio (ROS) e a aminoácidos neurotóxicos, e a ocorrência de danos em microtúbulos e proteínas associadas. É importante também salientar que esses agentes podem ainda atuar por dano direto no material genético, levando a uma mutação somática nos tecidos (Lima, 2006).

Cerca de 1/3 dos casos de doença de Alzheimer apresenta familiaridade e se comporta de acordo com um padrão de herança monogênica autossômica dominante. Esses casos, em geral, são de acometimento precoce, e famílias extensas têm sido periodicamente estudadas. Os pacientes afetados pela doença de Alzheimer têm 50% de chance de ter filhos também afetados pela patologia (Lima, 2006).

2.2 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As manifestações clínicas da Doença de Alzheimer (DA) são inicialmente subclínicas, uma vez que o diagnóstico se desenvolve de forma gradual, evoluindo até afetar as funções cognitivas e comportamentais do paciente (Cavalcanti; Engelhardt, 2012).

De acordo com Caixeta et al. (2012), os sintomas da DA se caracterizam pela perda de memória recente e pelo comprometimento de outras funções cognitivas, conforme a doença progride.

Miranda e Silva (2010) descrevem que a DA é dividida em sete estágios. O estágio 1 é assintomático, mas o paciente já apresenta alterações químicas e patológicas, como o acúmulo de amiloide nas células cerebrais, embora não haja sinais evidentes de problemas de memória. Essa fase pode durar de 10 a 20 anos antes do início dos sintomas visíveis da doença.

No estágio 2, começam a surgir sintomas leves de perda de memória, frequentemente confundidos com os lapsos de memória típicos do envelhecimento. O paciente pode esquecer números de telefone, locais onde guardou objetos ou até o nome das pessoas, mas essas alterações ainda não são detectadas em exames médicos (Caixeta *et al.*, 2012).

O estágio 3 representa um declínio cognitivo leve, no qual familiares e amigos começam a notar dificuldades no dia a dia devido aos esquecimentos. Testes de memória e concentração são aplicados, facilitando o diagnóstico pelo neurologista (Miranda; Silva, 2010).

Nos estágios 4 e 5, o declínio cognitivo é moderado, com esquecimento de eventos recentes, dificuldades para resolver problemas matemáticos, dificuldade em realizar tarefas cotidianas simples, como pagar contas e recordar histórias pessoais, além de um comportamento mais quieto e apático. O estágio 6 é classificado como severo, com perda de memória mais acentuada, dificuldades motoras, insônia, falta de higiene e delírios (Miranda; Silva, 2010).

No estágio 7, a demência atinge um nível severo, acompanhada de comprometimento motor e cognitivo. O paciente perde a capacidade de se locomover e falar, tornando-se totalmente dependente de familiares para realizar atividades diárias como se alimentar, tomar banho e vestir-se. Muitos desses indivíduos deixam de sorrir devido à rigidez muscular aumentada, e a mobilidade corporal é severamente afetada, assim como o aumento da tonicidade muscular. Em alguns casos, há também dificuldades de deglutição, o que leva à necessidade de inserção de tubos gástricos para garantir a função digestiva (Caixeta *et al.*, 2012).

Além disso, ocorre um comprometimento da conectividade, do metabolismo e da capacidade de regeneração neuronal. A apoptose e a perda de sinapses são responsáveis pela morte neuronal, e essas mudanças estruturais contribuem para o desenvolvimento dos sinais clínicos e para a evolução lenta e severa da doença. Outros mecanismos também causam diversos distúrbios celulares, afetando a estrutura, o metabolismo e a função das proteínas no organismo, seja por causas genéticas ou patológicas (Miranda; Silva, 2010).

A causa exata da DA ainda é desconhecida, mas diversos fatores são considerados relevantes no seu desenvolvimento, como os genéticos, epigenéticos (alterações no desenvolvimento, morfologia e propriedades bioquímicas que alteram as características físicas do indivíduo), metabólicos, reações inflamatórias, a cascata patogênica mitocondrial, o estresse oxidativo, proteínas plasmáticas e cerebrais, o fator neurotrófico derivado do cérebro (polipeptídeos responsáveis pela sobrevivência, manutenção e desenvolvimento das células do sistema nervoso), deficiências de estrogênio e fatores ambientais (Huang; Mucke, 2012).

2.3 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Entre as doenças neurodegenerativas que provocam demência, a Doença de Alzheimer (DA) está entre as mais comuns, sendo responsável por aproximadamente 50% a 70% dos casos. A DA apresenta características clínicas e fisiopatológicas específicas, o que torna a avaliação clínica fundamental para um diagnóstico preciso na maioria dos casos (80-90%). Nos cérebros dos pacientes com DA, são observadas atrofia difusa nas regiões temporal, frontal e parietal. As alterações histológicas estão diretamente relacionadas ao declínio cognitivo observado na demência, onde a morte neuronal ocorre juntamente com a degeneração sináptica cortical. Dois tipos de lesões típicas da DA são facilmente detectados: as placas senis extracelulares e os feixes neurofibrilares intracelulares (Passeri *et al.*, 2022).

A farmacoterapia mais utilizada atualmente para tratar pacientes com DA tem como objetivo minimizar as perdas cognitivas (como memória e aprendizagem), assim como as alterações de humor e comportamento, além de preservar a qualidade de vida, promovendo melhorias na função e na independência. Isso é feito por meio de medicamentos que inibem a enzima acetilcolinesterase (AChEI), resultando no aumento das concentrações de acetilcolina no sistema nervoso central (SNC) (Devita *et al.*, 2021).

Dada a complexidade da Doença de Alzheimer (DA), o tratamento efetivo dos pacientes continua sendo um desafio. As opções farmacológicas aprovadas para melhorar a cognição e os sintomas relacionados à doença se limitam ao uso de inibidores da acetilcolinesterase (AChEI), memantina ou uma combinação desses medicamentos. No momento, não existe nenhum agente que modifique efetivamente a progressão da doença (Khan.; Barve; Kumar, 2020).

A degeneração dos neurônios colinérgicos e a perda de neurotransmissão são as principais causas do declínio cognitivo em pacientes com DA. Por isso, uma das abordagens terapêuticas é aumentar os níveis de acetilcolina por meio da inibição da acetilcolinesterase (AChE). Além disso, os AChEI têm a capacidade de aumentar a função das células neurais ao elevar a concentração de acetilcolina. No entanto, esses medicamentos podem induzir sintomas psicóticos, e o efeito cumulativo do uso de AChEI em idosos é caracterizado pela redução do córtex cerebral e pelo aumento do volume ventricular (Holmes, 2017)

O donepezil é utilizado para tratar a DA em estágios leves e moderados, mas apresenta vários efeitos adversos, como insônia, náuseas, diarreia, dor muscular e fraqueza. A rivastigmina, por sua vez, inibe tanto a AChE quanto a butirilcolinesterase (BChE) no cérebro. Essa inibição dupla aumenta significativamente a atividade da acetilcolina em áreas como o hipocampo e o córtex temporal, onde a ação da AChE é geralmente baixa. A rivastigmina foi aprovada em 2000 para tratar DA leve e

moderada, bem como pacientes com doença de Parkinson associada à demência. No entanto, a inibição dupla apresenta desvantagens, como epigastria, perda de peso, vômitos e diarreia. Também se sabe que a overdose de rivastigmina pode causar alterações na frequência cardíaca e respiratória (Nguyen, 2021).

A galantamina é usada para tratar os sintomas cognitivos da Doença de Alzheimer (DA). Ela é bem tolerada com o aumento da dosagem, mas pode causar efeitos adversos, como convulsões, confusão mental, náuseas, fraqueza e lacrimejamento excessivo (Nguyen, 2021).

A memantina, um antagonista do receptor N-metil-D-aspartato, é aprovada para o tratamento de DA severa ou como segunda linha de tratamento após o uso de inibidores da acetilcolinesterase (AChEI). Contudo, estudos recentes indicam que a monoterapia com memantina, ou a combinação dela com AChEI, está associada a um declínio cognitivo e funcional mais rápido, quando comparado aos pacientes que não utilizam esses medicamentos (Devita *et al.*, 2021).

A memantina age na neurotransmissão glutamatérgica, que, assim como a neurotransmissão colinérgica, é alterada na DA. O glutamato é o principal neurotransmissor excitatório, particularmente em áreas associadas à memória e funções cognitivas, como o córtex temporal e o hipocampo. Durante a progressão da DA, as regiões corticais e subcorticais que contêm neurônios e receptores glutamatérgicos sofrem perdas estruturais e funcionais. O glutamato também pode atuar como uma excitotoxina, levando à morte neuronal quando os níveis elevados são liberados por longos períodos (Devita *et al.*, 2021).

Outra abordagem terapêutica é a redução da neuroinflamação, que pode ser alcançada pela diminuição da via oxidativa das ciclo-oxigenases 2 e a síntese de óxido nítrico. No processo de formação da proteína β -amilóide, ocorrem processos inflamatórios secundários à formação de placas senis. Alguns estudos indicam que medicamentos como o ibuprofeno podem atuar como redutores da formação de amiloide, proporcionando efeitos neuroprotetores (Ozben, T.; Ozben, S., 2019).

Durante esse processo inflamatório, observam-se acúmulos de células microgliais ao redor das placas, além de reações de fase aguda mediadas por citocinas locais e ativação da cascata do complemento. Com base nesses achados, o tratamento anti-inflamatório com anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) demonstrou benefícios em estudos *in vitro* e *in vivo*, ao reduzir a deposição de proteínas Beta-amiloide, embora seu uso ainda seja controverso, sem alterar a progressão da doença (DENG *et al.*, 2023).

A melatonina é um hormônio produzido pela glândula pineal, conhecido por proteger os neurônios da neurotoxicidade causada pelas beta-amiloides. Além disso, essa substância multifuncional regula a produção e a depuração desses peptídeos no cérebro de pacientes com Doença

de Alzheimer (DA). Assim, o uso de melatonina pode ajudar a prevenir a neurodegeneração e o acúmulo de neurotoxinas, possuindo, ainda, baixa toxicidade para o organismo.

No entanto, a melatonina tem uma meia-vida de aproximadamente 40 minutos, o que torna a liberação prolongada uma abordagem mais eficaz para o tratamento da DA. Uma revisão de ensaios clínicos realizada em 2020 indicou que a maioria dos estudos foca nas alterações cognitivas e do sono após o uso de melatonina, mas não observa alterações significativas na concentração de beta-amiloides no líquido. Diante disso, ainda há poucas evidências sobre o efeito da melatonina na patologia associada às beta-amiloides, sendo necessário o desenvolvimento de novas tecnologias de neuroimagem para avaliar melhor a carga do peptídeo e continuar os estudos sobre o uso da melatonina na DA (Li, Yuanming *et al.*, 2020).

Outra estratégia discutida para o tratamento da DA são os bloqueadores de canal de cálcio. Uma revisão publicada no *Brazilian Journal of Health Review* em maio de 2021 analisou ensaios clínicos com pacientes com DA leve a moderada que usaram nifedipina. O estudo demonstrou que esse anti-hipertensivo agiu no hipocampo, reduzindo a pressão sanguínea local, regulando o fluxo e melhorando a função dessa área no cérebro desses pacientes. No entanto, esse medicamento serve apenas para retardar a progressão da DA, pois atua sobre um dos fatores de risco da doença — a hipertensão (presente em 45% dos pacientes com DA) — e não deve ser considerado como um tratamento definitivo para a Doença de Alzheimer (Da Silva *et al.*, 2021).

2.4 A DOENÇA DE ALZHEIMER E OS DESAFIOS NO CUIDADO FAMILIAR

É notável o aumento no número de pacientes com a Doença de Alzheimer nos últimos anos. Com todas as limitações e impactos na qualidade de vida causados por essa condição, há um reflexo direto no aumento da demanda por cuidadores, que podem ser familiares, amigos ou profissionais contratados pela família (Alzheimer's Association, 2016).

Esse cuidado pode ser oferecido por membros da família, profissionais de saúde ou instituições especializadas. Os cuidadores são classificados como formais, no caso dos profissionais de saúde, e informais, que incluem familiares e amigos. Além disso, existem cuidadores secundários e terciários, que oferecem apoio ocasional, como ajuda em atividades de lazer ou suporte relacionado ao nível econômico, entre outros (Kucmanski *et al.*, 2016).

Os cuidadores terciários têm um papel auxiliar, substituindo o cuidador principal por curtos períodos e geralmente realizando tarefas especializadas, como compras, transporte do paciente, recebimento de pensão e pagamento de contas. Embora todos desempenhem papéis importantes no cuidado, é inegável a necessidade de atenção e zelo dedicados ao cuidador primário.

A função do cuidador tem como prioridade garantir que todas as necessidades pessoais, rotinas e o ambiente em que o paciente vive sejam atendidos de forma adequada e normal. Essa responsabilidade, geralmente, é assumida por uma única pessoa. Do ponto de vista sociodemográfico, a maior parte dessa função é desempenhada por mulheres (Falcão *et al.*, 2018).

Assim, observa-se que as mulheres assumem essa atividade de acordo com normas culturais e sociais que atribuem a elas papéis como: organização da vida familiar, cuidado dos filhos e a assistência necessária para a realização das atividades diárias dos pacientes com demência (Almeida *et al.*, 2018). Quando a família aceita o papel de cuidador, isso desencadeia mudanças significativas para todos os envolvidos, afetando diversos aspectos da vida. Além disso, desenvolve-se uma relação única com o paciente, que envolve compromisso e responsabilidade, buscando minimizar todos os fatores que possam acelerar a evolução da doença (Kamada *et al.*, 2018).

As atividades desempenhadas pelo cuidador são consideradas intervenções não farmacológicas e devem ser complementares ao tratamento medicamentoso, sendo, portanto, uma tarefa que exige preparo para lidar com pacientes com Doença de Alzheimer (DA). O conhecimento e a experiência são essenciais para compreender as necessidades do paciente, e nesse contexto da educação em saúde, é crucial para que o cuidador atue de forma eficaz, tanto individualmente quanto coletivamente, na área do cuidado (Dadalto; Cavalcante, 2021).

É importante destacar que o cuidador deve receber orientações da equipe de profissionais de saúde, estabelecendo uma conexão com o profissional, pois o acompanhamento contínuo é necessário, já que estão lidando com uma população vulnerável. Para garantir a organização e a prestação de serviços de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – integralidade, responsabilidade, humanização e equidade – é necessário adotar diferentes meios de ação (Costa *et al.*, 2019).

Para desempenhar as funções que lhe são atribuídas, o cuidador precisa se sentir seguro em relação às diversas manifestações clínicas da demência. Cuidar não é uma tarefa simples; envolve a construção de um relacionamento que demanda interesse e carinho, criando um ambiente em que o paciente tenha autonomia para planejar e reorganizar sua vida com mais segurança e melhor manejo diante da doença (Rodrigues, 2019). Dessa forma, é possível reconhecer e controlar os sintomas psicológicos e comportamentais que podem surgir e dificultar o manejo do paciente.

Moreira e Moreira (2020) ressalta que, neste momento, o acompanhamento terapêutico é fundamental tanto para o paciente quanto para a família, ajudando-os a lidar com a situação de forma a manter a calma e o equilíbrio emocional. Também é necessário reconhecer que, com o tempo, é

inevitável o surgimento de cansaço, ansiedade, solidão e a sensação de prisão em meio às tarefas que comprometem a liberdade dos próprios sentimentos e vontades (Bertazone *et al.*, 2016).

Além disso, os cuidadores enfrentam diversos fatores limitantes, como a aceitação do diagnóstico, conflitos familiares, o surgimento de eventos agudos, como quedas e infecções, a condução do idoso aos serviços de saúde e a interação com profissionais de saúde (Guimarães *et al.*, 2020).

Segundo Farfan (2017), cuidar de uma pessoa com uma doença progressiva e incapacitante desperta sentimentos contrastantes em um curto espaço de tempo, como amor e raiva, paciência e intolerância, carinho e tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, medo, insegurança, solidão, dúvida e medo da morte do idoso.

De Oliveira *et al.* (2016), em seu estudo, apontam que os grandes desafios enfrentados pelos cuidadores de idosos estão relacionados principalmente ao avanço da doença, aos conflitos internos gerados por esse processo, à falta de comunicação adequada e, frequentemente, à agressividade por parte dos idosos. A agressividade pode ser desencadeada quando o idoso não consegue atingir seus desejos ou necessidades, gerando sentimento de frustração, apreensão e desconforto, além de sensações físicas desagradáveis e repercussões colaterais (Nascimento; Figueiredo, 2019).

No estudo de Ilha *et al.* (2016), outro desafio significativo para os cuidadores familiares é a resistência dos idosos em tomar a medicação prescrita. Segundo Silveira e Ribeiro (2005) no contexto domiciliar, a adaptação às prescrições médicas apresenta desafios, seja devido a déficits neurocognitivos nos pacientes idosos ou à falta de conhecimento de cuidadores e familiares. Segundo os autores, em certas situações, os idosos não seguem corretamente o tratamento, o que aumenta a complexidade do manejo da medicação em casa.

Segundo Schmidt *et al.* (2018), idosos com Doença de Alzheimer também enfrentam dificuldades relacionadas à mobilidade física, especialmente com a perda de controle dos movimentos, o que aumenta o risco de quedas. Isso gera complicações nas esferas pessoal, emocional e social dos cuidadores, que frequentemente negligenciam o próprio autocuidado para dedicar-se ao bem-estar do familiar com demência.

Percebe-se que cuidadores familiares que atuam nesse papel não conseguem manter uma vida social ativa ou desfrutar de um suporte social satisfatório, pois exigem grande disponibilidade e compromisso com os cuidados diários, além de lidarem com os comportamentos desafiadores dos idosos durante a fase de dependência. Esses fatores podem gerar sentimentos de raiva, dor e frustração, resultando em baixos níveis de satisfação com a vida (De Melo e Pereira, 2023).

As orientações para os cuidadores de idosos são de extrema importância, especialmente no contexto brasileiro, onde os índices de casos de demência, com destaque para a Doença de Alzheimer (DA), têm aumentado significativamente. Uma das abordagens eficazes para o apoio aos cuidadores são as rodas de conversa terapêuticas e lúdicas. Segundo Sá et al. (2019), essas oficinas proporcionam uma troca de experiências entre os profissionais de saúde e os cuidadores, contribuindo para a melhoria do processo de cuidado e, conseqüentemente, para a qualidade de vida dos cuidadores. Ao promover esses momentos de troca, é possível reduzir sentimento de tristeza, medo e ansiedade, e permitir que o cuidador realize sua tarefa de forma mais comprometida e competente.

A participação de profissionais de saúde em grupos de apoio e na orientação de cuidadores e familiares dos idosos cria um espaço qualificado para a intervenção, compreensão e suporte emocional, aspectos fundamentais para garantir um cuidado de excelência aos idosos (De Oliveira *et al.*, 2016).

Lopes e Caixeta (2012), citados por Da Silva *et al.* (2015), destacam que as orientações dadas pelos profissionais de saúde são essenciais para apoiar o familiar no processo de cuidado. Embora essas orientações não sejam farmacológicas, elas são complementares ao tratamento medicamentoso, agregando valor ao processo terapêutico.

Kucmanski *et al.* (2016) também ressaltam a importância de conhecer bem a família do paciente com DA. Compreender a rotina e as atividades diárias dessa família, como o que o paciente faz no seu cotidiano e onde realiza suas tarefas, é essencial para que o cuidador possa adaptar suas ações e reduzir o impacto das dificuldades causadas pela demência. Esse conhecimento permite, ainda, que o cuidador ofereça um suporte mais eficaz, considerando as vulnerabilidades específicas do idoso em cada situação.

Cuidar de um idoso com Doença de Alzheimer, apesar de ser um aprendizado valioso, torna-se uma vivência complexa, muitas vezes trazendo sobrecarga física e emocional para o cuidador. Isso pode levar ao desenvolvimento de transtornos de humor, ansiedade e até esgotamento psicológico, em decorrência dos desafios e impactos do processo de cuidado (De Melo e Pereira, 2023).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório do tipo relato de experiência. O Relato de experiência é um tipo de produção de conhecimento, cujo texto trata de uma vivência acadêmica e/ou profissional em um dos pilares da formação universitária (ensino, pesquisa e extensão), cuja característica principal é a descrição da intervenção. Na construção do estudo é relevante conter embasamento científico e reflexão crítica (Mussi; Flores; Almeida, 2021). Ludke e Cruz (2010) destaca que o RE não é, necessariamente, um relato de pesquisa acadêmica, contudo, trata do registro de

experiências vivenciadas, tais experiências podem ser, por exemplo, oriundas de pesquisas, ensino, projetos de extensão universitária, dentre outras.

O estudo foi desenvolvido durante os meses de novembro de 2024 a março de 2025 em uma residência localizada na zona oeste de Manaus, onde ocorreu visitas domiciliares.

A coleta de dados se deu através do método observacional, com auxílio de diário de campo, desta forma foi possível conversar e elencar todo processo de vivência e cuidados da família com o portador de Alzheimer, a obtenção dos dados, contribuíram para este relato de experiência.

A análise do conteúdo foi realizada a luz de teoria de Wanda Horta, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas é uma abordagem humanística e empírica que visa promover a saúde e o bem-estar dos pacientes. Segundo a teoria de Horta, as necessidades humanas básicas são universais e devem ser atendidas em todas as culturas e em todos os estágios da vida. Os enfermeiros(as) devem avaliar as necessidades individuais de cada paciente e fornecer cuidados de enfermagem que atendam a essas necessidades de maneira holística.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a teoria de Wanda Horta (Necessidade humanas básicas). A adaptação do cuidador e/ou cuidadores no cotidiano do portador de DA, é um desafio que abrange muita dedicação e aprendizado ao longo dos anos.

A DA é caracterizada pela dependência dos cuidados gerais do indivíduo acometido. Esta dependência cria a necessidade de cuidadores que possam atender às necessidades da demência. Os familiares muitas vezes assumem o papel de cuidador de referência em tempo integral, seja voluntariamente ou dependendo da estrutura familiar. Ao assumir o papel de cuidador, a pessoa passa a enfrentar diversas dificuldades, inclusive uma falta de compreensão inicial sobre a doença. É fundamental que os familiares recebam orientação profissional para oferecer cuidados humanizados e adequados ao idoso que sofre com a doença. Compreender que a doença possui diferentes fases e que é necessário respeitar não apenas o idoso, mas também o processo de aceitação que a família passa para lidar com as suas consequências (Ferreira, 2016).

As dificuldades enfrentadas pelos cuidadores enfatizam o desgaste físico e emocional que a doença de Alzheimer provoca não apenas no idoso com DA, mas também aos familiares, especialmente aquele que assume a responsabilidade pelos cuidados, é crucial analisar os impactos que a doença causa nas pessoas que cuidam diariamente do paciente portador de DA. Isso é particularmente importante, pois esses impactos podem prejudicar significativamente a qualidade dos cuidados diários que o portador da doença necessita (Gonçalves, 2018). Conforme Relato de um cuidador entrevistado:

“Cuidar de uma pessoa com Alzheimer gera um desgaste fisicamente e mentalmente, agressões verbais e físicas, esquecimentos contínuos, limitações físicas e vulnerabilidades tornam-se desafios difíceis de lidar na rotina diária”

Cuidar de idosos com DA pode ser desafiador, especialmente porque priorizar o cuidado ao idoso e negligenciar o autocuidado pode comprometer a qualidade de vida, decorrendo em danos à saúde mental, física e social na vida e no cotidiano dos cuidadores. Apesar de, na maioria das vezes, os cuidadores sejam de âmbito familiar do idoso, o afeto e o sentimento deles podem ser sobrecarregados pelo cansaço físico e emocional. A doença exige uma dedicação intensa de tempo e atenção para aqueles que a enfrentam (Gonçalves, 2018).

Os familiares de idosos portadores da doença de Alzheimer vivenciam diversas fases desde o diagnóstico até os estágios mais avançados da doença, além de sentimentos de negação e aceitação diante do apego excessivo. As alterações cognitivas provocadas pela DA geram diversos sentimentos no idoso, como impotência, desamparo, fragilidade e falta de perspectiva para o futuro, além da perda de autonomia para cuidar de si mesmo e para manter as relações sociais e familiares (Silva, 2017). De modo geral, é difícil para os familiares avaliarem as mudanças que ocorrerão no seu cotidiano, principalmente quando não conhecem muito sobre a doença, dificultando o cuidado e o gerenciamento do cuidado aos cuidadores, conforme relato familiar: “No início, eram apenas esquecimentos comuns, como um pente, uma caneta ou documentos, mas, com o passar dos dias, esses esquecimentos começaram a gerar estresse e picos de agressividade. A dificuldade para reconhecer os familiares também provoca certa angústia.”

São eminentes alguns aspectos negativos relacionado ao cuidado e apoio aos idosos, como mudanças no cotidiano, abandono do trabalho e da vida afetiva, mudanças na vida social, falta de atividades de lazer, etc. Emoções como dor, tristeza, ansiedade, culpa, arrependimento, irritabilidade e tensão, são alguns dos obstáculos que ocorrem na vida dos cuidadores. Portanto, os relatos de familiares de pacientes com DA comprovam os desafios enfrentados, desde a dificuldade dos pacientes em reconhecer pessoas e locais, até as dificuldades relacionadas à higiene, administração de medicamentos e à agressividade desses indivíduos. Somado a essas condições, a dedicação integral do cuidador, que muitas vezes é o próprio familiar, faz com que o estresse e o cansaço se tornem parte de sua rotina, comprometendo a qualidade de vida do cuidador, caso não haja a intervenção necessária (Ilha *et al.*, 2016).

Transtornos como depressão e ansiedade são comuns entre cuidadores de idosos com DA. Em termos de saúde física, as atividades que causam maior sobrecarga são as atividades de cuidados básicos como banho, higiene íntima, troca de fraldas, transferência e reposicionamento, muitas vezes

sem auxílio de terceiros ou de equipamentos ou infraestrutura. Diante do contexto é evidenciado o relato de cuidador: “A rotina de trabalho e o cuidado em casa tornam-se desgastantes. Após um longo dia de trabalho, ao chegar em casa, é necessário lidar com os esquecimentos, a dificuldade para andar, os efeitos dos medicamentos para tratamento, o trabalho de dar banho, preparar a comida e ter paciência nos momentos de agressividade, o que resulta em desgaste físico e, por vezes, em crises de ansiedade.”

É importante compreender que a maioria dos cuidadores nunca teve contato anterior com a doença. Quando se deparam com a situação de um familiar diagnosticado com Alzheimer, é fundamental que recebam apoio e orientação para evitar erros. Além disso, é necessário destacar que os impactos da doença não são imediatos; por se tratar de uma condição degenerativa, seus sintomas se intensificam com o tempo, resultando em um cansaço físico cada vez mais aprofundado devido à progressão da doença (Borba-Pinheiro *et al.*, 2017).

A saúde mental dos cuidadores também merece a devida atenção, o cuidado excessivo e integral do idoso com Alzheimer pode gerar picos de estresse acima do normal. Isso pode ocorrer tanto pela sensação de inadequação em atender às necessidades do portador da doença quanto pelas situações desafiadoras que a doença impõe a ambos. O enfrentamento do Alzheimer deve ser não apenas em relação ao idoso, mas também ao cuidador, que muitas vezes tem sua identidade pessoal apagada pela função que desempenha na vida do idoso incapacitado pela doença (Belo *et al.*, 2018).

Conforme Pereira (2022), o atendimento de enfermagem para os pacientes com Doença de Alzheimer (DA) deve incluir não só os cuidados físicos, mas também os componentes psicológicos e sociais, atendendo às necessidades fundamentais em todas as etapas da doença. Além disso, é essencial considerar o cuidador, que necessita de suporte e orientações regulares para lidar com os desafios cotidianos, o que ajuda a diminuir a sensação de sobrecarga e a melhorar a convivência no lar.

A confirmação do diagnóstico da doença causa um grande impacto tanto na vida do indivíduo quanto em seu núcleo familiar. Nesse contexto, o enfermeiro exerce um papel fundamental ao proporcionar uma melhor adaptação dos familiares cuidadores à nova realidade, facilitando a relação com a pessoa diagnosticada com Doença de Alzheimer (DA) e orientando sobre a realização dos cuidados necessários, promovendo um cuidado integral e contribuindo para a redução do sofrimento e desgaste (Salles *et al.*, 2011).

Lima (2024) destaca a importância do enfermeiro na promoção da saúde e na prevenção de problemas relacionados à Doença de Alzheimer (DA), visando proporcionar uma qualidade de vida superior para os idosos. Essa função abrange o apoio direto da enfermagem ao cuidador, oferecendo orientações práticas em áreas como nutrição, higiene, administração de medicamentos e manejo de

comportamentos variados. O acompanhamento constante reforça a relação entre o profissional, o paciente e o cuidador, facilitando um atendimento mais eficiente e humanizado durante o avanço da doença.

Esse modelo de organização de cuidados foi descrito e implementado pela primeira vez pela pioneira da enfermagem no Brasil, Wanda de Aguiar Horta. Para estudiosos da área, a ausência da implementação do processo de enfermagem impede a definição de uma abordagem holística, que é fundamental para um cuidado integral. Sem isso, a assistência pode se tornar fragmentada (Barros, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos propostos neste trabalho foram plenamente atingidos, uma vez que foi possível compreender a complexidade da Doença de Alzheimer, bem como os múltiplos impactos que essa enfermidade provoca não apenas no paciente, mas também nos familiares e cuidadores. Constatou-se que a doença vai muito além do comprometimento cognitivo, exigindo atenção integral e contínua, capaz de contemplar as dimensões físicas, emocionais e sociais envolvidas no processo de adoecimento.

Foi evidenciado que, apesar da ausência de cura, os métodos terapêuticos disponíveis desempenham papel relevante ao retardar a progressão dos sintomas e ao oferecer maior qualidade de vida. Da mesma forma, reforçou-se a importância da atuação de equipes multiprofissionais e de políticas públicas voltadas ao cuidado do idoso, especialmente em um cenário de envelhecimento populacional acelerado.

No entanto, este estudo apresentou limitações, entre as quais se destacam a restrição metodológica a uma revisão narrativa, que não permitiu a análise de dados empíricos, e a escassez de publicações recentes sobre determinadas abordagens de cuidado. Tais limitações não invalidam os resultados, mas apontam para a necessidade de investigações mais amplas e aprofundadas.

Considerando a magnitude do problema, vislumbra-se grande probabilidade de continuidade deste estudo em pesquisas futuras, sobretudo no que se refere ao desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas, ao suporte psicológico e social aos cuidadores e ao fortalecimento de políticas públicas voltadas à população idosa. Assim, este trabalho contribui não apenas para a compreensão do fenômeno, mas também para a sensibilização da sociedade e dos profissionais de saúde quanto à importância de um cuidado integral, humanizado e ético frente à Doença de Alzheimer.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Lediane de Pinho Bailon et al. Características sociais e demográficas de idosos cuidadores e motivos para cuidar da pessoa idosa em domicílio. REME-Revista Mineira de Enfermagem, v. 22, n. 1, 2018.
- ALZHEIMER, A. J. N. C. Über einen eigenartigen schweren Erkrankungsprozess der Hirninde. Neurologisches Centralblatt, v. 25, p. 1134, 1906.
- ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL(ADI). World Alzheimer Report. London.2016. Disponível em:<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2016.pdf>.
- Associação Brasileira de Alzheimer. Número de pacientes deve aumentar nos próximos vinte anos [Internet]. São Paulo: ABRAZ; 2010 [acesso em 02 set. 2024]. Disponível em: www.abraz.com.br.
- BARROS, Alba Lucia Bottura Leite de. Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2010. 440 p.
- BELO, Andressa da Silva Costa et al. SOS Cuidador-aplicativo para auxiliar as demandas educativas do cuidador familiar. 2018.
- BERTAZONE, Thaís Mara Alexandre et al. Ações multidisciplinares/interdisciplinares no cuidado ao idoso com Doença de Alzheimer. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 17, n. 1, p. 144-153, 2016.
- BODACHINE, L. Manual de orientações para familiares e cuidadores. Curitiba PR: Novartis, p. 13, 2004.
- BORBA-PINHEIRO, Claudio Joaquim et al. A prática de exercícios físicos como forma de prevenção. O envelhecimento populacional um fenômeno, v. 171, 2017.
- BURNS, A.; ILIFFE, S. Alzheimer's disease. British Medical Journal, v. 338, p. b158, 2009. DOI: 10.1136/bmj.b158
- CAIXETA, L.; PELEJA, A. A. de C.; GHINI, B. G. et al. Doença de Alzheimer. Artmed, Porto Alegre, 2012.
- CAVALCANTI de sá, José Luiz; ENGELHARDT, Elias. Aspectos da fisiopatologia da doença de Alzheimer esporádica. Rev Bras Neurol, v. 48, n. 4, p. 21-29, 2012.
- COSTA, Bruna Guedes Lopes et al. Métodos não farmacológicos para o tratamento do Alzheimer: uma revisão integrativa. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, v. 9, 2019.
- DA SILVA, Luanna Gomes et al. Aspectos emocionais vivenciados por familiares frente à responsabilidade do cuidado ao idoso com alzheimer. Uniciências, v. 19, n. 2, 2015.
- DA SILVA, Yasmin Jawhari; LESSA, Ruan Teixeira; DE ARAUJO, Guilherme Neumann. Avanços no diagnóstico precoce da Doença de Alzheimer e novas perspectivas de tratamento: uma revisão sistemática da literatura. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 3, p. 10121-10135, 2021.

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, n. 01, p. 147-157, 2021.

DE ALZHEIMER, Terapêuticas da Doença. MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE PORTARIA CONJUNTA Nº 13, DE 28 DE NOVEMBRO DE 2017.

DE MELO, Maria Letícia Araújo; PEREIRA, Amanda Carolina Claudino. Impactos e desafios enfrentados pelos cuidadores dos idosos com Doença de Alzheimer no âmbito familiar. *Brazilian Journal of Development*, v. 9, n. 6, p. 20853-20872, 2023.

DE OLIVEIRA, Juliana Silva Capilupi et al. Desafios de cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer inseridos em um grupo de apoio. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 10, n. 2, p. 539-544, 2016.

DENG, Mingzhenlong et al. Anti-neuroinflammatory potential of natural products in the treatment of Alzheimer's disease. *Molecules*, v. 28, n. 3, p. 1486, 2023.

DETURE, Michael A.; DICKSON, Dennis W. O diagnóstico neuropatológico da doença de Alzheimer. *Neurodegeneração molecular*, v. 14, n. 1, p. 32, 2019.

DEVITA, Maria et al. Inibidores da acetilcolinesterase e estimulação cognitiva, combinados e isolados, no tratamento de indivíduos com doença de Alzheimer leve. *Aging Clinical and Experimental Research*, p. 1-7, 2021.

FALCÃO, Deusivania et al. Atenção psicogerontológica aos cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 19, n. 2, p. 377-389, 2018.

FALCO, Anna De et al. Doença de Alzheimer: hipóteses etiológicas e perspectivas de tratamento. *Química Nova*, v. 39, pág. 63-80, 2016.

FARFAN, Anne Elize de Oliveira et al. Cuidados de enfermagem para pessoas com demência de Alzheimer. *CuidArte, Enferm*, p. 138-145, 2017.

FERREIRA, Dharah Puck Cordeiro. Percepções do cuidador familiar do idoso com doença de Parkinson em relação ao processo de cuidar. 2016.

FERRI, Cleusa P. Envelhecimento populacional na América Latina: demência e transtornos relacionados. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 34, p. 371-372, 2012.

FORLENZA, Orestes V. Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 22, p. 87-95, 2000.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. Editora Atlas SA, 2008.

GONÇALVES, Ismael. Doença De Alzheimer. Clube de Autores, 2018.

GUIMARÃES, Cassio Henrique Souza et al. Demência e a doença de Alzheimer no processo de envelhecimento: fisiopatologia e abordagem terapêutica. *Revista Saúde em foco*, v. 10, p. 942-955, 2018.

GUIMARÃES, Tânia Maria Rocha et al. Assistência de enfermagem aos pacientes com Doença de Alzheimer em cuidados paliativos: revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 38, p. e1984-e1984, 2020.

HERRERA JR, Emilio et al. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, v. 16, n. 2, p. 103-108, 2002.

HOLMES, Clive. Inflamação na doença de Alzheimer. Em: *Demência*. CRC Press, 2017. p. 528-538.

HORTA, Wanda de Aguiar. Enfermagem: teoria das necessidades humanas básicas. *Rev. enferm. novas dimens*, p. 133-6, 1979

HUANG, Yadong; MUCKE, Lennart. Alzheimer mechanisms and therapeutic strategies. *Cell*, v. 148, n. 6, p. 1204-1222, 2012.

ILHA, Silomar et al. Doença de alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. *Escola Anna Nery*, v. 20, p. 138-146, 2016.

JANUS, Christopher; WESTAWAY, David. Modelos de camundongos transgênicos da doença de Alzheimer. *Physiology & behavior*, v. 73, n. 5, p. 873-886, 2001.

KAMADA, Márcio et al. Correlação entre exercício físico e qualidade de vida em pacientes com doença de Alzheimer. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 16, n. 2, p. 119-122, 2018.

KHAN, Sahil; BARVE, Kalyani H.; KUMAR, Maushmi S. Avanços recentes na patogênese, diagnóstico e tratamento da doença de Alzheimer. *Neurofarmacologia atual*, v. 18, n. 11, p. 1106-1125, 2020.

KUCMANSKI, Luciane Salete et al. Doença de Alzheimer: desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano familiar. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 19, p. 1022- 1029, 2016.

LI, Yuanming et al. Melatonina regula o equilíbrio de produção/depuração de A β e a neurotoxicidade de A β : Uma molécula terapêutica potencial para a doença de Alzheimer. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, v. 132, p. 110887, 2020.

LIMA, Juliane Silveira. Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso?. *Revista de Ciências Humanas*, n. 40, p. 469-489, 2006.

LIMA, Vanessa Alves de. Produção científica sobre o plano de disciplinas de enfermagem para a doença de Alzheimer. 2024.

Lindeboom J, Weinstein H. Neuropsychology of cognitive ageing, minimal cognitive impairment, Alzheimer's disease, and vascular cognitive impairment. *Eur J Pharmacol*. 2004;490(1-3):83-6.

LOPES, D. B.; CAIXETA, L.; CAIXETA, L. O estresse dos cuidadores. Doença de Alzheimer. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LÜDKE, Menga; DA CRUZ, Giseli Barreto. Contribuições ao debate sobre a pesquisa do professor da educação básica. Formação Docente—Revista Brasileira de Pesquisa sobre Formação de Professores, v. 2, n. 3, p. 86-107, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social, v. 26, p. 9-30, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: doença de Alzheimer. Portaria nº 1.298, de 21 de novembro de 2013. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Alzheimer. Ministério da Saúde: 2014. Disponível em: <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-de-alzheimer-livro-2013.pdf>. Acesso em: 05 Março de 2025.

MIRANDA, Fonseca Aline; DA SILVA, Jaqueline. Alterações de comportamento do idoso com doença de alzheimer reveladas pelo cuidador-familiar: Contribuições para a enfermagem gerontológica. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 2010.

MONTEIRO, Wallace Henrique Maciel. Doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos. Revista Saberes, Rolim de Moura, v. 8, n. 2, 2018.

MOREIRA, Marcos; MOREIRA, Shirlene Vianna. O espectro clínico e laboratorial da doença de Alzheimer: uma perspectiva neurológica. Revista Psicologia em pesquisa, v. 14, n. 3, p. 83-110, 2020.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. Revista práxis educacional, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.

NASCIMENTO, Hellen Guedes do; FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos. Demência, familiares cuidadores e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 4, p. 1381-1392, 2019.

NGUYEN, Kevin et al. Avaliação da rivastigmina na doença de Alzheimer. Neurodegenerative disease management , v. 11, n. 1, p. 35-48, 2021.

OZBEN, Tomris; OZBEN, Serkan. Neuroinflamação e opções de tratamento antiinflamatório para a doença de Alzheimer. Bioquímica clínica , v. 72, p. 87-89, 2019.

PASSERI, Elodie et al. Doença de Alzheimer: estratégias de tratamento e suas limitações. Revista internacional de ciências moleculares , v. 23, n. 22, p. 13954, 2022.

PEREIRA, Jessica RodrigueS et al. Assistência de enfermagem ao idoso portador de Alzheimer: revisão integrativa. Cadernos ESP, v. 16, n. 2, p. 63-76, 2022.

Raskind MA. Alzheimer's disease: treatment of noncognitive behavioural abnormalities. In: Bloom FE, Kupper DJ. Psychopharmacology: the fourth generation of progress. New York: Raven Press; 1995. p. 1427-35.

RIBEIRO, Cleris Ferreira. Doença de Alzheimer: a principal causa de demência nos idosos e seus impactos na vida dos familiares e cuidadores. 2010.

RODRIGUES, Nathan Miranda et al. Análise da patogênese da doença de Alzheimer: revisão narrativa da literatura. HU Revista, v. 45, n. 4, p. 465-470, 2019.

SÁ, Selma Petra Chaves et al. Oficinas terapêuticas para cuidadores de idosos com demência—atuação da enfermagem no programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da UFF. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 9, p. 101-114, 2019.

SALLES, Ana Cláudia Silveira et al. Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso portador da doença de alzheimer. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2011.

SANTOS, Cristiana et al. Análise dos fatores associados à sobrecarga de cuidadores de pacientes portadores da doença de Alzheimer. Revista de Atenção à Saúde, v. 15, n. 54, p. 29-36, 2017.

SCHMIDT, Melanie Scheneider et al. Desafios e tecnologias de cuidado desenvolvidas por cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 579-587, 2018.

SILVA, Ana Maria da et al. O enfermeiro no processo educativo para cuidadores do mal de Alzheimer. Revista Presença, v. 2, n. 6, p. 1-12, 2017.

SILVA, Lorena Batista; DE SOUZA, Mayra Fernanda Silva. Os transtornos neuropsicológicos e cognitivos da doença de Alzheimer: a psicoterapia e a reabilitação neuropsicológica como tratamentos alternativos. Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas, v. 3, n. 5, p. 466-484, 2018.

SILVA, R.J.R et al. Relações entre a doença de alzheimer e o envelhecimento humano: o que sugerem as pesquisas. Realize Editora, Campina Grande, 2017.

SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. Interface-Comunicação, saúde, educação, v. 9, p. 91-104, 2005.

Zhao Q, Tang XC. Effects of huperzine A on an acetylcholinesterase isoforms in vitro: comparison with tacrine, donepezil, rivastigmine and physostigmine. Eur J Pharmacol. 2002;455(2-3):101-7.https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200002