



Sentimentos e sobrecarga da família no cuidado de idosos com Alzheimer: revisão integrativa da literatura

Luma Maria Machado da Cruz¹, João Henrique de Moraes Ribeiro^{2*}.

¹Pós-graduação em Saúde Coletiva com ênfase em Saúde da Família na Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil. ²Graduação em Enfermagem na Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO

Identificar na literatura científica nacional quais as dificuldades que a família enfrenta no cuidado de idosos com Doença de Alzheimer (DA).

MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura realizada entre os meses de março e setembro de 2020 no Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no diretório de revistas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) utilizando descritores contidos no DECS e palavras-chave, respeitando as características do portal e do diretório.

RESULTADOS

Quinze estudos foram selecionados, lidos na íntegra e criadas duas categorias por similaridade de conteúdo, a saber: (1) Desgaste dos cuidadores familiares - Do sentimento de prisão à sobrecarga gerada pelo cuidado; (2) Relações familiares e sentimentos relacionados ao cuidado.

CONCLUSÕES

O cuidado se baseia em amor, afeto, reconhecimento e retribuição. Criar uma rede de cuidados para toda família faz-se necessário a fim de amenizar o sofrimento de toda família.

DESCRITORES

Idoso, Doença de Alzheimer, Cuidado familiar, Relações familiares, Emoções.

Corresponding author:

João Henrique de Moraes Ribeiro.
Graduação em Enfermagem da Universidade Santo Amaro (UNISA). Rua David Eid, 1907 - Apto 51 - Bloco 12. Vila do Castelo, São Paulo, SP, Brasil, 04.438-000.

E-mail: jhribeiro@prof.unisa.br

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-6411-8839>.

Copyright: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons

Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original author and source are credited.

DOI: <https://doi.org/10.56242/globalhealth;2021;1;4;10-15>

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida ocorre devido ao reflexo de mudanças culturais e avanços relacionados às condições de saúde. A transição demográfica é resultado principalmente da redução da taxa de fecundidade, da diminuição da mortalidade infantil, do aumento da qualidade de hábitos alimentares e cuidado com o corpo¹.

Em contrapartida, a possibilidade do idoso ser acometido por doenças crônicas degenerativas o tornando dependente de cuidados de alguém e o distanciando de sua autonomia é maior, fazendo com que o trabalho do cuidado ganhe mais espaço na sociedade brasileira^{1,2}.

A queda da taxa de mortalidade e de natalidade, fez com que significativas alterações ocorressem na estrutura etária do Brasil, levando ao crescimento da população idosa em alta escala, esse processo é denominado transição demográfica. Em 1920 a expectativa de vida era baixa no Brasil, sendo essa de 35,2 anos e a população idosa ocupava 4,0% dos cidadãos brasileiros, representando 11 idosos para cada 100 crianças³.

Em 2010 a expectativa de vida dos cidadãos brasileiros representava quase o dobro, ou seja, 74 anos e 10,8% dessa tinha idade igual ou superior a 60 anos, o que mudou a composição da pirâmide etária, neste momento o índice de envelhecimento no Brasil começa a crescer e com isso estima-se que haverá a inversão entre a população jovem com a população idosa, sendo 153 idosos para cada 100 jovens menores de 15 anos^{3,4}.

Para 2020 as projeções indicaram que a população idosa atinja aproximadamente 30,9 milhões de pessoas, sendo 14% da população brasileira, sendo oito vezes maior se comparado ao crescimento da população jovem. Para 2030 estima-se que o total da população idosa brasileira ultrapassará o número de jovens entre 15 e 29 anos^{1,4}.

Com a transição demográfica do país o perfil epidemiológico vivenciado pela população apresenta modificações, apesar de números significativos de morbidade do Brasil, as interações por doenças do aparelho circulatório, respiratório e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas diminuíram significativamente, podendo essa diminuição ser reflexo da qualidade e da expansão dos serviços de saúde dispostos pela atenção básica de saúde do país. Por outro lado, é possível identificar crescente e significativas interações por neoplasias e causas externas, o que reforça o quadro epidemiológico do Brasil³.

Com essa alteração de cenário epidemiológico grandes desafios são postos em nosso meio, pois os estudos apresentam que no terceiro estágio da transição epidemiológica as principais causas de mortalidade serão as doenças crônicas não transmissíveis, como: doenças cardíacas, cerebrovasculares e neoplasias, sendo essas as principais causas de cuidado da área da saúde no Brasil, que apesar de realizar importantes ações de prevenção ainda continua enfrentando o desafio da realização de ações para cuidado com a saúde desses idosos^{3,5}.

O processo do envelhecimento traz consigo patologias características da idade, como por exemplo a Doença de Alzheimer (DA). Descrita pela primeira vez em 1906, pelo neuropatologista Alois Alzheimer, a DA foi definida como uma doença neurológica não reconhecida, sendo uma demência que acarreta o déficit de memória, alterações comportamentais e a incapacidade de realizar atividades cotidianas^{4,5}.

“Em 1910 recebeu a denominação de ‘Doença de Alzheimer’ pelo médico Emil Kraepelin, ao descrever os achados de Alois Alzheimer em seu ‘Manual de Psiquiatria’”⁴.

A DA é definida como uma doença degenerativa e insidiosa, que causa o declínio progressivo das funções cognitivas, relacionada à percepção, o aprendizado, a memória, o raciocínio, o funcionamento psicomotor e a quadros neuropsiquiátricos com manifestações graves⁴.

Possui etiologia ainda desconhecida, porém, evidencia-se íntima relação com fatores predisponentes como: histórico familiar, idade acima de 60 anos, baixa formação educacional, traumatismo craniano e depressão de início tardio. O diagnóstico definitivo desta patologia só pode ser feito mediante a análise histopatológica do tecido cerebral post-mortem. Dessa forma, o diagnóstico tem sido realizado pela avaliação da história clínica do paciente associada a exames como tomografias, ressonâncias e laboratoriais, utilizados para apoiar a hipótese diagnóstica⁴.

A DA tem início insidioso, além de ser uma patologia progressiva e irreversível, a DA acomete cerca de 10% das pessoas idosas acima de 65 anos, e está entre as causas mais comuns de demências senis, sendo, portanto, uma doença crônico-degenerativa⁵.

As estatísticas referentes ao índice da DA no Brasil são imprecisas. Porém estima-se que cerca de 500 mil pessoas sejam acometidas por essa patologia, causando impacto social, devido aos custos diretos envolvidos no cuidado aos idosos com a DA. Acredita-se que os custos com a DA chegam a 200 bilhões de reais e que em 2050 os gastos chegarão a 1.1 trilhões de reais/ano(3). Esses fatores colocam a DA, como importante problema de saúde pública em todo o mundo⁴.

A rotina familiar sofre significativas alterações com a chegada da DA, o comportamento desse idoso portador muda completamente e isso tem uma repercussão muito forte no ambiente em que ele está inserido, exigindo maior demanda física, emocional e social dos cuidadores, podendo os tornar mais deprimidos e estressados, afetando principalmente o cuidador principal, sendo esse o que assume com maior intensidade a rotina de cuidados, podendo comprometer sua saúde física e mental^{2,6}.

Os cuidados por sua maioria são prestados por familiares cuidadores, que o fazem de maneira desassistida e desprotegida de apoio governamental e sem suporte social, na maior parte esses são obrigados a renunciar de seu emprego e atividades cotidianas e em algumas vezes se ausentar de suas relações familiares. Essas mudanças inesperadas podem levar a sobrecargas físicas, emocionais e financeiras⁶.

É notável o despreparo dos cuidadores para lidar com a responsabilidade e a sobrecarga que o cuidado traz, vindo que há um desconhecimento sobre a doença demencial, sobre como agir, como entender o idoso portador e os seus sentimentos, o que acaba produzindo o desgaste do responsável e para a família, isso se dá principalmente pela longa duração do tratamento e pela perda das funções cognitivas do idoso, causando maior dependência e exigindo maiores cuidados e dedicação da parte de quem presta esses cuidados⁶.

Ainda quando se refere a quem cuida, na maioria das vezes esse cuidado é prestado por pessoas que não apresentam bom estado de saúde, a maioria desses cuidados são prestados por pessoas com algum vínculo familiar, na maioria das vezes mulheres, sendo respectivamente em maior demanda esposas, filhas, noras e irmãs, as mulheres apresentam-se como atrizes principais do cuidado, e em grande parte sem nenhum tipo de apoio. O cuidado ainda apresenta o cenário da maioria dos cuidadores serem pessoas acima de 50 anos, ou seja, idosos cuidando de idosos, os quais a capacidade funcional é insuficiente, e apresentam problemas de saúde como: dores lombares, depressão, pressão alta, artrite e reumatismo, problemas cardíacos e diabéticos. Os idosos portadores de DA necessitam de uma atenção de 24 horas, que demanda trabalho, tempo, energia, recursos financeiros, carinho, esforço, boa vontade e

paciência, tarefas as quais necessitam de divisão de trabalho, não devendo ser exercida por apenas uma pessoa. É necessário que o trabalho do cuidador seja refletido e reorganizado, pensando em dividir melhor as tarefas a modo de atender melhor às necessidades como um todo desse idoso portador de DA e dos cuidadores^{1,3,5}.

O objetivo desse trabalho foi identificar na literatura científica nacional quais as dificuldades que a família enfrenta no cuidado de idosos com DA.

MÉTODOS

Revisão Integrativa da Literatura, abordagem metodológica mais ampla referente às revisões que provê uma concepção mais abrangente de determinado fenômeno ou problema de saúde do qual se deseja pesquisar. Além disso, compreende análise de pesquisas relevantes que servirão de suporte à tomada de decisão e melhoria da prática clínica^{7,8,9,10}.

Para tanto, foram empregadas cinco etapas metodológicas¹⁰ na estruturação deste estudo, quais são:

Etapa 1: Identificação do problema.

A partir do momento que um indivíduo idoso é diagnosticado com a Doença de Alzheimer (DA), a rotina e o ambiente familiar sofrem significativas mudanças que geram impacto nos cuidadores familiares, tanto no campo físico quanto no emocional e social deixando-os mais vulneráveis à depressão e estresse devido a intensidade dos cuidados diários. Nesse contexto, emerge a questão da pesquisa: Quais as dificuldades que a família enfrenta no cuidado aos idosos com DA?

Etapa 2: Busca de literatura.

O levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de março e setembro de 2020 no Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e no diretório de revistas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) utilizando descritores contidos no DECS e palavras-chave, respeitando as características do portal e do diretório, sintetizados no quadro abaixo.

Quadro 1. Estratégia de busca segundo as características das bases de dados. São Paulo, 2020.

Recurso Eletrônico	Estratégia de Busca
BVS	tw:(mh:(idoso)) AND (mh:(“doença de Alzheimer”)) AND (tw:(“cuidado familiar”)) OR (tw:(“relações familiares”)) OR (tw:(emoções)) OR (tw:(“Efeitos psicossociais”)) AND (full-text:(“1” AND la:(“pt”)) AND (year_cluster:[2010 TO 2020])
SciELO	“cuidado familiar” [All indexes] and idoso [All indexes]

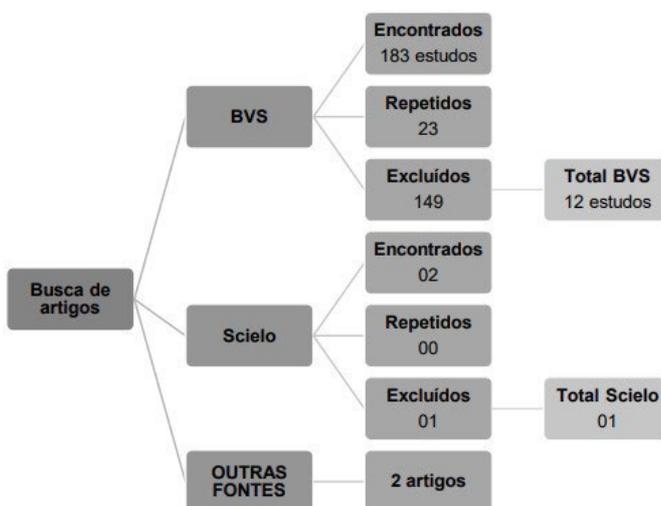
Foram encontrados na BVS 183 artigos e no Scielo dois estudos, totalizando 185 documentos.

Etapa 3: Avaliação de dados.

Os artigos foram selecionados por meio dos títulos e resumos e deveriam responder aos seguintes critérios: publicados nos últimos 10 anos, na língua portuguesa, com acesso livre e que abordassem o cuidado ao idoso com DA no contexto familiar. Foram excluídos estudos repetidos entre os recursos eletrônicos pesquisados, que abordavam as síndromes demenciais sem especificar a DA e aqueles que analisaram o cuidado de idosos com DA em Instituições de Longa Permanência para Idosos.

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram considerados para leitura na íntegra 12 artigos da BVS e dois do *Scielo*. O fluxo de avaliação dos estudos está demonstrado na figura abaixo:

Figura 1. Fluxo de avaliação dos estudos pesquisados nos recursos eletrônicos. São Paulo, 2020.



Por fim, 15 estudos foram lidos na íntegra e excluídas as informações como autor e ano de publicação, objetivos, método utilizado no estudo, população estudada, principais resultados e considerações finais.

Etapa 4: Análise dos dados.

Após a leitura, os artigos foram analisados e organizados em tabelas contendo as principais informações para caracterizar a literatura disponível sobre a temática deste estudo.

Ademais, foram criadas duas categorias por similaridade de conteúdo, a saber: (1) Desgaste dos cuidadores familiares - Do sentimento de prisão à sobrecarga gerada pelo cuidado; (2) Relações familiares e sentimentos relacionados ao cuidado.

Etapa 5: Apresentação.

A síntese dos achados é apresentada em tabela, e a análise se fez a partir das categorias estabelecidas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 15 estudos analisados estão sintetizados na Tabela 1. O período de publicação variou entre 2011 e 2020, com predomínio de publicações em 2016 (26,7%). A maioria dos estudos (93,4%) são pesquisas empíricas com abordagem qualitativa.

Tabela 1. Caracterização dos estudos segundo autor, ano de publicação, tipo de estudo e objetivos. São Paulo. 2020.

Autor	Ano de publicação	Tipo de estudo	Objetivos do estudo
Ilha, S. et al.	2018	Empírica	Identificar gerontotecnologias desenvolvidas pelos familiares/cuidadores como estratégias de cuidado complexo à pessoa idosa/família com doença de Alzheimer.
Engel, C.L	2017	Empírica	Adensar etnograficamente o que se entende por sofrimento quando se fala em Alzheimer e como esse é tratado e cuidado.
Souza, I.P et al.	2017	Empírica	Compreender a modelagem do cuidado familiar ao longo do tempo à idosa que vivencia o Alzheimer, inscrevendo-o no circuito da dádiva.
Pizolotto, A.L.Z et al.	2015	Empírica	Analisar como a família se organiza para prestar cuidados ao idoso com doença de Alzheimer no espaço domiciliar.
Souza, I.P et al.	2016	Empírica	Compreender a arborescência do cuidado na vivência familiar de adoecimento por Alzheimer que, gerado e mantido ao longo do tempo, precisa atender necessidades diversificadas.
Mendes, C.F.M et al.	2016	Empírica	Observar e identificar as representações dos cuidadores familiares sobre o cuidado e analisar como influenciam em suas práticas de cuidado.

Souza, T.E.C et al.	2016	Empírica	Compreender o cuidado produzido pelo homem-esposo à idosa que vivencia adoecimento por Alzheimer, apreendendo os potenciais cuidativos nessa relação.
Andrade, L.M et al.	2014	Empírica	A percepção de familiares cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer sobre o suporte familiar recebido para o cuidado, à luz da fenomenologia de Maurice MerleauPonty.
Seima, M.D et al.	2014	Empírica	Interpretar a relação no cuidado entre cuidadores familiares e idosos com Alzheimer, alicerçada na dialética concreta da participação segundo os quatro preceitos de Gabriel Marcel.
Ilha, S. et al.	2014	Teórica	Refletir acerca das dificuldades geradas pela doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso.
Seima, M.D et al.	2011	Empírica	Identificar o nível de sobrecarga do cuidador familiar do idoso com Alzheimer de uma comunidade.
Oliveira, A.P.P et al.	2012	Empírica	Investigar as repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar de idoso com demência de Alzheimer.
Oliveira, T.I et al.	2020	Empírica	Analisar a qualidade de vida de familiares/cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer e a influência do grupo Assistência Multidisciplinar aos cuidadores de pessoas com a doença de Alzheimer neste processo.
Kucmanski, L.S et al.	2016	Empírica	Analisar os desafios enfrentados por familiares no cuidado cotidiano de pacientes com doença de Alzheimer no município de Chapecó, Santa Catarina.
Almeida, L.G.R.S et al.	2014	Empírica	Apreender a percepção do cuidador em relação à experiência de cuidar do idoso com demência do tipo Alzheimer.

Desgaste dos cuidadores familiares: do sentimento de prisão à sobrecarga gerada pelo cuidado

Nessa categoria é possível perceber que a DA não afeta apenas o idoso portador, mas também a estrutura familiar e principalmente a vida do cuidador principal, com o passar dos anos, devido a progressão da doença a rotina de cuidados se torna mais intensa, fazendo com que alterações significativas ocorram na rotina do familiar cuidador, o qual modifica seu modo de viver para se dedicar ao cuidado^{2,4,11,12}.

Nessas circunstâncias, na maioria das vezes esse cuidador abandona sua rotina, seu trabalho que é sua fonte de renda, sua vida pessoal, social, afetiva, seus momentos de autocuidado e lazer, e se dedica de maneira constante ao idoso, o que contribui para a diminuição de sua qualidade de vida. Essas modificações nem sempre ocorrem por vontade própria, e sim pela necessidade, pelo comprometimento, pela fidelidade ao seu familiar, pelo amor ao idoso^{4,6,13,14,15}.

A gente fica como se o cuidador estivesse preso e não pudesse sair dali, porque tem que ficar o tempo todo controlando aquela outra pessoa. Significa que, às vezes, a gente não tem vida própria. O Alzheimer vai mexer com a vida de toda a família, principalmente com a vida daquela pessoa que vai ficar diretamente ligada¹³.

Por terem a responsabilidade sobre a vida do idoso cometido a demanda de atenção, tempo e dedicação pesa muito, e faz com que o esforço além de físico seja também mental, tornando a rotina desgastante, além de ter uma preocupação constante com a vida do outro, fazendo com que se sintam presos por viver em prol ao cuidado e por consequência sobrecarregados, fisicamente, emocionalmente, socialmente e financeiramente^{2,4,14,16}.

O dia a dia do cuidador familiar é desgastante em virtude dos cuidados intensos exigidos pelo idoso com DA e que, por se tratar de rotina, o cuidador sente-se exausto com esta responsabilidade. A rotina foi caracterizada como “cegante” pela impossibilidade de visualizar mudanças nos dias subsequentes, pelo sentimento de prisão perante o cuidado e pela tristeza por viver a vida na sombra do preto e branco¹⁴.

Contudo, é possível perceber que o cuidador vive para o cuidado, se dedica totalmente ao idoso e suas prioridades passam a ser todas voltadas ao portador de DA. Com suas atividades totalmente modificadas, a perda da sua autonomia e independência, sem apoio financeiro governamental, e sem suas atividades cotidianas o sentimento de prisão e sobrecarga se faz cada vez mais presente^{2,14}.

O “viver para cuidar” é uma realidade demonstrada nas entrelinhas dos depoimentos do cuidador, em que a sua vida passou a ser a vida do idoso sob cuidado. A doação pelo cuidado, na visão do cuidador, impede o atendimento das suas necessidades psicossociais².

O cuidado na maioria das circunstâncias é prestado apenas por uma pessoa, o cuidador principal, que em sua maioria é algum familiar, o qual é responsável por a vida desse idoso como um todo, fazendo com que esse não consiga se dedicar a suas necessidades pessoais, esse cuidado sem revezamento além de causar solidão e sobrecarga em muitas das vezes acarreta o adoecimento físico e mental do cuidador^{2,4,6}.

A doença impõe ao familiar cuidador um rompimento do seu modo de vida, fazendo-o sentir-se como um estranho em seu mundo, situação está, por ele não escolhida. Esta modificação acarreta um estado angustiante e de fragilidade, à medida que assiste o desmoronar de seu cotidiano⁴.

É difícil encontrar situações em que o cuidado seja igualmente dividido entre familiares, e em algumas situações o que costumamos ver são pessoas que tem um poder aquisitivo maior que conseguem contratar pessoas para ajudar a prestar o cuidado, ou que façam a manutenção das tarefas domésticas, essa situação não abrange boa parte da população, o poder aquisitivo é algo que interfere diretamente nesse processo, afetando a qualidade de vida dessas pessoas, que assumem o cuidado sem nem nenhum apoio governamental financeiro ou familiar, o que repercute muito em sua vida e em suas relações familiares^{6,16}.

Observa-se que na maioria das vezes, o cuidado é realizado por um único membro da família, enquanto os demais ‘fingem’ que tudo está bem, que a doença não existe. Porém, se não houver na família uma pessoa que possa revezar com o cuidador primário, a tarefa de cuidar se torna muito mais desgastante⁴.

Relações familiares e sentimentos relacionados ao cuidado

Nessa categoria é possível perceber que as relações familiares nem sempre são as melhores, os cuidadores principais se sentem sobrecarregados pelo cuidado, pelas dificuldades de prestar o mesmo e por se privarem de suas atividades cotidianas enquanto outros familiares não se solidarizam com esses^{11,17,18}.

Com a falta de divisão igualitária entre os membros da família, os laços vão se enfraquecendo, seja por conflitos gerados pela sobrecarga, ou pôr os outros familiares simplesmente não se colocarem como responsáveis também por a vida daquele idoso, sem se prontificarem a ajudar. Os cuidadores ao sentirem sozinhos e responsáveis por esses idosos, se tornam cada vez mais autossuficientes para essa função que lhes foi designada^{16,17}.

Os cuidadores não apenas deixam de necessitar da ajuda dos familiares como passam a não solicitá-la, não porque já se sentem saturados de esperar por um suporte familiar para o cuidado mas, sim, porque descobriram que, no fundo, havia uma esperança de resgatar

*experiências negativas e, desse modo, apresentar-se por cima da situação como um membro heroico e não mais carente e sozinho*¹⁷.

Podemos perceber ainda, o quanto os sentimentos bons e ruins estão ligados ao cuidado. O amor, a gratidão, a reciprocidade, o afeto que aquele idoso tinha com seus familiares, a maneira em que os cuidavam influenciava na maneira em como esse cuidado é prestado, em muitas das vezes esse cuidado aparece como retribuição, fazendo com que no surgimento da doença os familiares se sintam responsáveis por prestar o cuidado, como forma de agradecimento e recompensa de tudo em que outrora o idoso se dispôs a fazer pelo familiar que agora é seu cuidador^{5,13,14,17,19,20}.

*O amor do cuidador familiar pelo idoso é incondicional, e por ser assim possibilita a escolha pela doação, dedicação e abdicção. O sacrifício do cuidador é bastante perceptível, visto que ele escolhe por vivenciar o cuidado junto ao idoso com Alzheimer e tem ciência de que não há possibilidade de reconhecimento e retorno afetivo por parte do portador, é uma paixão desinteressada. Acreditam que o sentimento supremo é o amor, mas que é fundamental desenvolver a habilidade de ser paciente com o outro*¹⁴.

Os familiares compartilham também do sofrimento desse idoso, sofrem ao ver a perda da sua autonomia, a maneira como agora são dependentes do cuidado do outro. As alterações comportamentais, perdas cognitivas e a maneira como se comportam agora, faz com que sentimentos como medo, tristeza, compaixão, culpa se façam presentes também no cotidiano dessa família, tornando assim um conjunto de sentimentos^{13,14,17,21}.

“Os cuidadores referem sentir medo e desespero, em virtude das alterações de comportamento e personalidade do idoso com DA”¹⁴.

Ao viverem essa realidade tão de perto, e saber como todo o processo de adoecimento e envelhecimento funciona, esses cuidadores demonstram também o medo de passar por essa mesma situação, de necessitar de cuidados, de ficar dependente do outro. Relatam ainda sentirem medo de não conseguir prestar o cuidado^{2,14}.

*O medo é uma constância na vida de alguns cuidadores. Cada demonstração de dependência de cuidados pelo idoso doente traz para o cuidador o imenso desejo de não ficar nesta mesma situação, o medo de um dia ser acometido por qualquer doença que o faça perder sua capacidade funcional; que o torne eterno dependente dos cuidados dos outros*².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença de Alzheimer afeta todo o núcleo familiar e em especial a vida do cuidador principal, é essencial ver o cuidado como uma partilha, de sofrimentos e sentimentos. O cuidado se baseia em amor, afeto, reconhecimento e retribuição. Criar uma rede de cuidados onde engloba-se toda a família, é necessário, tentando assim amenizar o sofrimento de todas as partes, não sendo apenas uma só pessoa o responsável por todas as necessidades físicas, psicológicas e afetivas desse idoso.

É importante que a Enfermagem estude sobre o cuidado familiar a fim de melhor orientar e dar suporte a família sobre a patologia em si, orientando sobre a DA e suas alterações na vida do idoso e sobre os cuidados com o portador. É fundamental que os cuidadores tenham uma rede de suporte físico, psicológico, financeiro e governamental, e por mais que não

consigam viver suas rotinas como antes, os cuidados sejam divididos para que possam ter no dia a dia dos mesmos momentos de lazer e de descanso, a fim de diminuir os diversos problemas acarretados pela sobrecarga.

O cuidador deve ser devidamente assistido pela equipe de saúde, tendo a mesma como uma rede de suporte. Há uma necessidade desse cuidador ser atendido, orientado e cuidado, participando assim de planos de cuidado que sejam criados e voltados a esses cuidadores familiares. Oferecer cuidado integral e individualizado é imprescindível para que esse cuidador se sinta acolhido, amparado e mais preparado para lidar com as situações cotidianas enfrentadas por ele.

1. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc. estado. 27(1):165-180. 2012 Jan./Apr. doi: 10.1590/S0102-69922012000100010.
2. Oliveira APP, Caldana RHL. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. Saude soc. 21(3): 675-685. 2012 Jul/Set. doi: 10.1590/S0104-12902012000300013.
3. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol. 19(3): 507-519. 2016 May/June. doi: 10.1590/1809-98232016019.150140.
4. Ilha S, Zamberlan C, Nicola GDO, Araújo AS, Backes DS. Refletindo acerca da doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem. R. Enferm. Cent. O. Min. vol.4(1): 1057-1065. 2014 Jan/Abr. doi: 10.19175
5. Souza IP, Araújo LFS, Bellato R. Experiência do adoecer crônico por alzheimer e a arborescência do cuidado familiar. Ciênc. cuid. saúde. 5(4):599-606.2016 Out./Dez. doi:10.4025/ciencucuidsaude.v15i4.34580.
6. Seima MD, Lenardt MH. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. Textos & Contextos (Porto Alegre). 10(2): 388-398. 2011 ago/dez. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/9901>. Acesso em: 30 ago. 2020.
7. Jensen R, Lopes MHBM. Enfermagem e lógica fuzzy: uma revisão integrativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 19(1): 195-202. 2011 jan./fev. doi: 10.1590/S0104-11692011000100026.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. 17(4): 758-764. 2008 out./dez. doi: 10.1590/S0104-07072008000400018.
9. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 8(1): 102-106. 2010 jan./mar. doi: 10.1590/s1679-45082010rw1134.
10. Whittemore R, Knalf K. The integrative review: updated methodology. Journal of Advanced Nursing. 52(5): 546-553. 2005 dez. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.
11. Pizolotto ALZ, Leite MT, Hildebrandt LM, Costa MC, Resta DG. Organização da família no cuidado ao idoso com doença de alzheimer. REpS - Revista Espaço para a Saúde. 16(4): 41-54. 2015 out/dez. doi: 10.22421/1517-7130.2015v16n4p41.
12. Almeida LGRS, Jardim MG, Franco ECD. O cuidar do idoso com alzheimer: sentimentos e experiências vivenciados por seus cuidadores. Rev Enferm UFSM. 4(2): 303-312. 2014 Abr/Jun. doi: 10.5902/2179769210023.
13. Mendes CFM, Santos ALS. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. Saude soc. 25(1): 121-132. 2016 Jan./Mar. doi: 10.1590/S0104-12902015142591

14. Seima MD, Lenardt MH, Caldas CP. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Rev. bras. enferm.* 67(2): 233-240. 2014 mar./abr. doi: 10.5935/0034-7167.20140031
15. Oliveira TI, Maziero BR, Buriol D, Rosa PH, Ilha S. Qualidade de vida de familiares/cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer: contribuição do grupo de apoio. *R. pesq. cuid. fundam.* Online. 12: 827-832. 2020 jan/dez. doi: 0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.7568.
16. Engel CL. Doença de Alzheimer: o cuidado como potencial partilha de sofrimento. *Estud. interdiscipl. envelhec.* 22(3): 9-27. 2017 abril. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/72427/49687>. Acesso em: 30 ago. 2020.
17. Andrade LM, Sena ELS, Carvalho PAL, Matos ALP, Mercês MC, Oliveira DS. Suporte familiar ao cuidador da pessoa com Doença de Alzheimer. *Revista Kairós Gerontologia.* 17(4): 275-295. 2014 dezembro. doi: 10.23925/2176-901X.2014v17i4p275-295.
18. Kucmanski LS, Zenevycz L, Geremia DS, Madureira VSF, Silva TF, Souza SS. Doença de Alzheimer: desafios enfrentados por cuidadores familiares. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 19(6): 1022-1029. 2016 Nov./Dez. doi: 10.1590/1981-22562016019.150162.
19. Souza IP, Araújo LFS, Bellato R. A dádiva e o cuidado no tempo vivido em família. *Rev Fun Care Online.* 9(4): 990-998. 2017 out/dez. doi: 10.9789/2175-5361.2017.v9i4.990-998
20. Souza TEC, Souza IP, Araújo LFS, Bellato R, Soares JL. Potenciais cuidados na situação crônica do Alzheimer: cenas do cuidado pelo homem-esposo. *Rev Min Enferm.* 20(946): 1-9. 2016. doi: 10.5935/1415-2762.20160028.
21. Ilha S, Santos SSC, Backes DS, Barros E JL, Pelzer MT, Gautério-Abreu DP. Gerontotecnologias utilizadas pelos familiares/cuidadores de idosos com alzheimer: contribuição ao cuidado complexo. *Texto contexto - enferm.* 27(4). 2-11. 2018 Dec. doi: 10.1590/0104-07072018005210017.