

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO – PPGDC

Katiuscia de Oliveira Francisco Gabriel



**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS CUIDADORES DE PACIENTES
COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER**

UNICENTRO
PARANÁ

IRATI
2016

Katiuscia de Oliveira Francisco Gabriel

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS CUIDADORES DE PACIENTES
COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Desenvolvimento Comunitário, curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da UNICENTRO.

Orientador: Dr. Emerson Carraro

IRATI

2016

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

GABRIEL, Kátiuscia de Oliveira Francisco.
G118a Avaliação das condições de saúde dos cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer / Kátiuscia de Oliveira Francisco Gabriel. – Irati, PR: [s.n.], 2016. 95 f.

Orientador: Prof. Dr. Emerson Carraro
Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. Área de concentração: Desenvolvimento Comunitário. Universidade Estadual do Centro-Oeste, PR.

1. Qualidade de vida – cuidador - dissertação. 2. Estresse. 3. Família. 4. Idoso.
I. Carraro, Emerson. II. UNICENTRO. III. Título.

D 362.6

TERMO DE APROVAÇÃO

Katiuscia de Oliveira Francisco Gabriel

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS CUIDADORES DE PACIENTES COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento Comunitário, Área de Concentração Desenvolvimento Comunitário, Linha de Pesquisa Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários, do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Centro Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a): _____

Prof. Dr. Emerson Carraro
Presidente da Banca: UNICENTRO

Profa. Dra. Daiana Novello
Membro Titular: UNICENTRO

Prof. Dr. Paulo Ghedini
Membro Titular: Universidade Federal de Goiás (UFG)

Irati, 29 de fevereiro de 2016.

A minha filha Rafaela com muito amor e carinho!!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença, benevolência e proteção em todos os momentos desta caminhada.

A Nossa Senhora Aparecida, por estar ao meu lado sempre, pelos milagres realizados na minha família.

Aos meus orientadores e professores Prof Dr Emerson Carraro, Profª Drª Juliana Sartori Bonini pela paciência, confiança, obrigado por me conduzir nesta jornada do conhecimento.

A minha mãe, Neusa, pelo imenso amor e dedicação, exemplo de mãe!

Ao meu marido, Ivan, pela cumplicidade, por acreditar que essa conquista seria possível. Agradeço por ter construído nossa família.

A minha filha, Rafaela (guerreira), razão do meu viver, obrigado por existir em minha vida, com você, a vida torna se mais leve, obrigado por suportar os momentos de ausência e por estar ao meu lado sempre.

A minha grande família, de (Curitiba) especialmente minha prima Amanda, pelo carinho, incentivo e palavras de amor quando mais precisei.

As amigas do mestrado, Neia e Jessica em especial, Jociane Marques Amaral, pelo companheirismo em todos os momentos.

Aos membros do laboratório e pesquisa Neurociência e Comportamento e AEPAPA, pelos momentos de conhecimento compartilhados.

A minha querida e sempre aluna, Milene pelo apoio durante a coleta de dados, você foi essencial.

Aos idosos, por me receberem em suas casas e por acreditarem na importância do trabalho e por transmitirem ensinamentos.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual Centro Oeste, pelo apoio oferecido.

Ao corpo docente, do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário pelo enorme crescimento profissional e pessoal que me oportunizaram.

Ao laboratório Mestre (Guarapuava).

A CAPES e a Fundação Araucária.

Aos Professores Dr. Paulo Ghedini, Dra. Daiana Novello, pela disponibilidade e imensa contribuição.

A todos vocês que contribuíram para o resultado deste trabalho, muito obrigada!

“Antes que você possa alcançar o topo de uma árvore e entender os brotos e as flores, você terá de ir fundo nas raízes, porque o segredo está lá. E, quanto mais fundo vão as raízes, mais alto vai a árvore”

Autor: Nietzsche

RESUMO

A doença de Alzheimer (DA) é uma patologia neurodegenerativa progressiva, que ocasiona prejuízos aos portadores da patologia (físico, mental e social), bem como altera a qualidade de vida de seus cuidadores/familiares. O primeiro aspecto clínico é a deficiência da memória recente, enquanto as lembranças remotas são preservadas até certo estágio da doença, além das dificuldades de atenção e fluência verbal. A DA é a principal causa de demência em idosos no Ocidente, tornando-se evidente que assistir os cuidadores é uma forma de propiciar o desenvolvimento das comunidades inseridas nesse contexto. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar as condições de saúde dos cuidadores de pacientes com DA. A pesquisa foi realizada no domicílio dos pacientes que estão cadastrados na Associação de Estudos, Pesquisas e Auxílio aos Portadores de Alzheimer localizada no município de Guarapuava. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quantitativa, realizada no ano de 2015. Participaram voluntariamente deste estudo 25 idosos diagnosticado com DA e seus respectivos cuidadores. Os dados foram coletados com instrumento estruturado, aplicação de escalas e realização de testes e coleta de cortisol teste salivar. Foi realizado a codificação e organização dos dados no programa computacional Excel® 2007 e as análises estatísticas pelo software Statistica10®. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, distribuição de frequência absoluta e percentual, média e desvio padrão e outras medidas. Os resultados apontaram que a população de idosos estudada com DA é composta por 65,5% de pacientes do sexo feminino com idade média de 78 anos. Os 39,7% dos idosos com DA encontram-se em CDR 3, estágio grave. A sobrecarga está presente (48%) nos cuidadores, sendo considerado grau moderado a severo. Em consequência gerada pela sobrecarga por meio das modificações emocionais, a depressão está presente nesta população. No exame cortisol salivar, os resultados do cortisol de manhã e à noite foram os que deram significativa diferença de valores, diante disso, os sinais e sintomas de infecções respiratórias, evidenciam a influência do estresse crônico vivenciado pelos cuidadores, alterando a imunidade, desta forma, exacerbando a imunossenescência. A qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com DA mostrou-se alterada, indicaram maior comprometimento, nas médias dos domínios capacidade funcional e aspecto emocional. Conclui-se que a gravidade da DA no paciente, juntamente com a idade, a sobrecarga, depressão e estresse, gerados no cuidado, contribuem de forma significativa para piora na qualidade de vida dos cuidadores de DA.

Palavras-chave: Alzheimer; Cuidadores; Idosos; Família; Estresse.

ABSTRACT

Alzheimer's disease (AD) is a progressive neurodegenerative pathology that causes damage to the pathology (physical, mental and social), as well as changes in the quality of life of its caregivers / relatives. The first clinical aspect is the deficiency of recent memory, while remote memories are preserved until a certain stage of the disease, in addition to the difficulties of attention and verbal fluency. AD is the leading cause of dementia in the elderly in the West, making it clear that caring for caregivers is a way of fostering the development of communities in this context. Therefore, the present study aimed to evaluate the health conditions of caregivers of patients with AD. The research was carried out at the home of patients enrolled in the Association of Studies, Research and Assistance to Alzheimer's Patients located in the city of Guarapuava. This is an exploratory study, with a quantitative approach, carried out in the year 2015. Twenty-five elderly people diagnosed with AD and their respective caregivers participated voluntarily in this study. The data were collected with structured instrument, application of scales and performance of tests and collection of cortisol salivary test. Data codification and organization were performed in the Excel® 2007 computer program and statistical analysis by Statistica10® software. Data were analyzed through descriptive statistics, absolute and percentage frequency distribution, mean and standard deviation, and other measures. The results showed that the elderly population studied with AD is composed of 65.5% female patients with a mean age of 78 years. The 39.7% of the elderly with AD are in CDR 3, severe stage. Overload is present (48%) in caregivers, being considered moderate to severe. As a result of the overload caused by emotional changes, depression is present in this population. In the salivary cortisol test, cortisol results in morning and evening were the ones that gave a significant difference in values. On the other hand, signs and symptoms of respiratory infections show the influence of chronic stress experienced by caregivers, thus altering immunity, exacerbating immunosenescence. The quality of life of the caregivers of AD patients was altered, indicating a greater impairment, in the means of the domains functional capacity and emotional aspect. It is concluded that the severity of AD in the patient, along with age, overload, depression and stress, generated in care, contribute significantly to worsen quality of life of caregivers of AD.

Key words: Dementia of Alzheimer's. Caregivers. Elderly. Family. Stress.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Índice De Envelhecimento, Segundo As Grandes Áreas E Países Seleccionados.....	23
Figura 2 - Escala De Degeneração Progressiva: Características Dos Estágios.....	26
Figura 3 – Estimativa De Números De Pessoas Afetadas Mundialmente Por Demência Entre 2010 E 2050.....	27
Figura 4 – Estimativa Dos Gastos Com Demência Em Países Desenvolvidos.....	28
Quadro 1 – Classificação Da Sobrecarga Estabelecido Por Zarit.....	31
Figura 5 – Mapa Regional Do Paraná.....	39
Gráfico 1 - Distribuição Dos Participantes, Quanto Ao Grau De Parentesco Dos Cuidadores. Guarapuava - Paraná, 2015.....	51
Gráfico 2 – Depressão Nos Cuidadores. Guarapuava - Paraná, 2015.....	53
Gráfico 3 – Cortisol Salivar Dos Cuidadores. Guarapuava - Paraná, 2015.....	55
Gráfico 4 – Sinais E Sintomas De Infecção Respiratória Nos Cuidadores. Guarapuava - Paraná, 2015.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas de idosos com DA - CDR: Clinical Dementia Rating. Guarapuava - Paraná, 2015.....	46
Tabela 2 - Classificação das AVDs de acordo com o estadiamento da DA Guarapuava - Paraná, 2015.....	47
Tabela 3 - Distribuição das características sociodemográficas dos cuidadores de idosos. Guarapuava - Paraná, 2015.....	49

LISTA DE SIGLAS

AEPAPA	Associação de estudos, pesquisas e auxílio aos portadores de Alzheimer
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDI	Inventário de depressão de Beck
CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
CDR	Clinical Dementia Rating
CRH	Corticotropina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
DA	Doença de Alzheimer
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM-IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais da Associação Psiquiátrica Americana
HPA	Heixo Hipotálamo
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NINCDS	National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
QPAF	Questionário De Pfeiffer
SUS	Sistema Único de Saúde

SF-36	Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICENTRO	Universidade Estadual do Centro-Oeste

Sumário

1 Introdução	16
2 Objetivos	19
2.1 Objetivos gerais.....	19
2.2 Objetivos específicos.....	19
3 Revisão de literatura.....	20
3.1 Envelhecimento populacional.....	20
3.2 Demencia de alzheimer.....	22
3.3 Avaliação funcional de idosos.....	26
3.4 Qualidade de vida, sobrecarga, depressão e estresse nos cuidadores de pacientes com Alzheimer	26
3.5 Cortisol salivar como marcador biológico da resposta ao estresse emocional.....	33
4 Material e método.....	36
4.1 Tipo de pesquisa.....	36
4.2 Local da pesquisa.....	36
4.3 População em estudo e procedimentos de amostragem.....	37
4.4 Coleta de dados e instrumentos.....	38
4.4.1 Avaliação dos cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer	38
4.4.2 Coleta de cortisol.....	38
4.4.3 Questionário sobre a prevalência de patógeno nos casos de infecções de vias respiratórias.....	39
4.4.4 Avaliação da sobrecarga dos cuidadores (ZARIT).....	39
4.4.5 Questionário de Pfeffer (QPAF).....	40
4.4.5.1 Questionário qualidade de vida SF 36	40
4.4.5.2 Questionário sociodemográfico.....	40
4.4.5.3 Inventário de depressão de Beck (BDI)	40
4.6 Avaliação nos pacientes com demência de Alzheimer.....	41
4.6.1 Avaliação das atividades básicas de vida diária (index de independência nas atividades de vida diária de katz)	41
4.6.2 Avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) escala de lawton.....	41
4.6.3 Classificação do estágio da doença de Alzheimer.....	42

5. Análise dos dados.....	42
6. Aspectos éticos.....	42
7. Resultados e discussão.....	43
7.1 Perfil dos idosos com diagnóstico de doença de Alzheimer.....	43
7. 2 Perfil dos cuidadores de idosos com diagnóstico de doença de Alzheimer.....	46
7. 3 Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de idosos diagnóstico de doença de Alzheimer.....	49
7. 4 Depressão entre os cuidadores de idosos diagnóstico de doença de Alzheimer.....	50
7. 5 Cortisol salivar dos cuidadores idosos diagnóstico de doença de Alzheimer.....	52
7.6 Sinais e sintomas de infecções respiratória nos cuidadores de idosos diagnóstico de doença de Alzheimer.....	53
7. 7 Qualidade de vida dos cuidadores de idosos diagnóstico de doença de Alzheimer.....	55
8 Considerações finais.....	57
Apêndices.....	66
Anexos.....	74

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é considerado um país jovem, porém em processo de envelhecimento da população. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que até 2025, o número de idosos no Brasil deverá crescer em 15 vezes, confrontado a outras faixas etárias, que aumentarão cinco vezes. Neste contexto, o país ocupará a 6ª posição em contingente de idosos (PINTO et al., 2009).

A cada ano têm-se 650 mil novos idosos inseridos na população brasileira, o que leva ao aumento da prevalência e incidência das doenças crônicas e limitações das funcionalidades, gerando um quadro de enfermidades complexas, caracterizada pela idade avançada, estabelecendo, assim, uma atenção constante por familiares (ANJOS et al., 2014).

Atualmente, há cerca de três milhões de idosos no Brasil. Desses aproximadamente 147.193 no estado do Paraná e 37.996 na cidade de Curitiba. Dados do IBGE (2010), demonstram que Guarapuava conta com uma população estimada, de 167.328 e 14.981 idosos. A estimativa da expectativa de vida para a população do Estado do Paraná será de 80 anos em 2028 (BRASIL, 2012).

A modificação deste cenário provoca uma grande preocupação na sociedade. Pode-se salientar a preponderância das doenças crônicas não transmissíveis, comprometendo a capacidade funcional e aumentando, conseqüentemente, às necessidades de cuidado às pessoas idosas, o que sugere maior responsabilidade dos familiares (AIRES; PAZ; PEROSA, 2009).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis está a demência. A causa mais frequente de demência é a Doença de Alzheimer (DA), representando 50% a 70% dos eventos. Trata-se de um processo neurodegenerativo, progressivo, pertinente a idade avançada e de etiologia hipotética (CRUZ; HAMDAM, 2008, SANTOS; PAVARINI, 2010).

A DA é a principal causa de demência em idosos no Ocidente. É uma doença progressiva que atinge cerca de 26 milhões de pessoas no mundo (CAIXETA, 2011). Com isso, as demências em geral e a DA em particular vem progressivamente aumentando sua prevalência e causando um problema não apenas médico, mas também social e econômico, já que constituem a terceira maior causa de gastos com cuidados em saúde, atrás apenas das doenças cardíacas e do câncer (APOSTOLOVA; THOMPSON, 2008).

A DA afeta o idoso, sua integridade física, mental e social, ocasionando uma situação de dependência total com cuidados cada vez mais complexos, na maioria das vezes realizados no próprio domicílio. É uma doença causadora de múltiplas demandas e exigências como também altos custos financeiros, tornando-se um novo desafio para o poder público, instituições e profissionais de saúde (LUZARDO; GORIN; SILVA, 2006). Diante disso, o idoso dependerá de cuidados. As demandas de cuidados produzidos pela DA afetam não só a qualidade de vida (QV) do idoso doente como também a de seu cuidador (BORGHI et al., 2011).

O cuidado proporcionado pelos cuidadores acaba se tornando uma sobrecarga. Cuidar significa gerar responsabilidades para o cuidador (GOMES; RESCK, 2009). O cuidado de um paciente com DA está cada vez mais sob o encargo de sua família. A família vive com muitas dificuldades para assistir o idoso. O cuidar excede os limites do esforço físico, psicológico, social e econômico, ocorrendo na maioria das vezes a desorganização familiar (ROCHA et al., 2011).

A sobrecarga do cuidador acaba desenvolvendo sintomas físicos, como hipertensão arterial, desordens digestivas, doenças respiratórias e maior suscetibilidade a infecções (LOPES; CACHIONI, 2013).

Anjos et al. (2014) ao analisarem o perfil dos cuidadores evidenciaram que em sua maioria são mulheres, casadas, com idade avançada, grau de escolaridade e renda baixa. O tempo dedicado ao cuidado é longo e estressante, principalmente nos cuidadores de idosos dependentes.

Para (ROCHA et al., 2011) os cuidadores familiares de idosos dependentes relatam que um dos maiores empecilhos apontados pelos cuidadores era a impossibilidade de sair de casa, passear, isso porque ficavam atrelados à responsabilidade e preocupação cotidiana com o cuidado ao idoso, o que colaborava para o sentimento de solidão e de perda da liberdade.

O dia-a-dia familiar tem uma profunda mudança nos hábitos, pois acompanhar a progressiva involução física, mental e social de um ente querido, muitas vezes causa sentimentos diversos, pois quem acompanha o processo, pode acabar surgindo o abatimento, desespero, depressão, pena, sobrecarga física, emocional e estresse. Assim sendo, a família precisa ser tão assistida quanto o próprio doente (FREITAS et al., 2008).

Os cuidados ao idoso com DA podem ser realizados por um profissional habilitado ou por um familiar. O Brasil, país em desenvolvimento, não possui

programas direcionados para o atendimento interdisciplinar e holístico (ZIMMERMANN; FONSECA, 2010).

Busca-se com esta dissertação avaliar as condições de saúde dos cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer, com a finalidade de descrever aspectos que levam ao estresse dos cuidadores, visto que no Brasil, existe uma escassez de dados referentes ao tema abordado.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- Investigar o processo de saúde dos cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as variáveis sociodemográficas;
- Verificar a presença de sinais e sintomas de infecções respiratórias;
- Avaliar o estresse através da Escala de Zarit;
- Demonstrar a qualidade de vida através do SF 36;
- Aplicar o inventário de depressão de Beck (BDI);
- Relacionar a funcionalidade, por meio do questionário de Pfeffer, Índice de Katz e Escala de Lawton com o CDR (paciente com Alzheimer);
- Classificar o estadiamento do Alzheimer por meio da escala CDR (Clinical Dementia Rating);
- Comparar os níveis de cortisol salivar ao longo do dia (cuidadores).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional é, atualmente, um fenômeno mundial. A população idosa constitui um crescimento mais acentuado com relação aos outros grupos etários. Em relação ao idoso brasileiro, o que pode ser elucidado por um aumento da população maior de 60 anos no total da população nacional de 4% em 1940 para 8% em 1996. Ao mesmo tempo, a população de idosos longevos também está aumentando (CAMARANO; KANSO, 2009; UNFPA, 2012).

Atualmente, o envelhecimento populacional é uma realidade em todo o mundo, até mesmo nos países menos desenvolvidos. O crescimento da população idosa no Brasil está ocorrendo de forma radical e de forma precipitada (VERAS, 2009).

O aumento dos idosos pode ser resultado da redução nas taxas de fertilidade e do prolongamento da ancianidade nas últimas décadas (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). No Brasil, em 1940, o aumento população maior de 60 anos cresceu de 4% para 8,6% em 2000. Estima-se que para o ano de 2020, a incidência da população acima de 60 anos seja de aproximadamente 30,9 milhões (CAMARANO, 2004).

A OMS estima que, entre os anos 1950 e 2025, o número de brasileiros idosos aumentará 15 vezes, colocando o Brasil como o 6º país em contingente, com cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2006).

Mundialmente (Figura 1) o índice de envelhecimento é de 48,2%. No Japão, o índice de envelhecimento foi de 283,6, merece destaque o que significa que havia quase três idosos de 60 anos ou mais de idade para cada pessoa de até 15 anos de idade. No Brasil, entre 2001 e 2011, este índice aumentou respectivamente de 31,7 para 51,8, o que corresponde a uma pessoa de 60 anos ou mais para cada duas menores de 15 anos (IBGE, 2012; GRDEN, 2015).

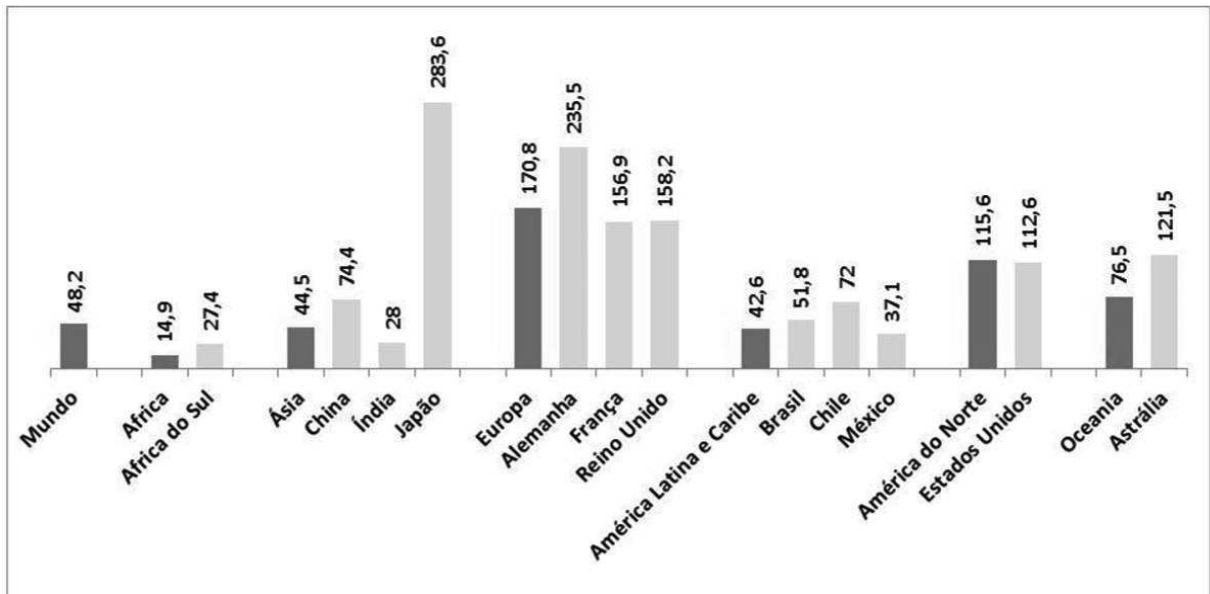


FIGURA 1 - ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO, SEGUNDO AS GRANDES ÁREAS E PAÍSES SELECIONADOS FONTE: IBGE (2012).

Essas variáveis estão relacionadas a elementos como o estilo de vida, nível socioeconômicas e doenças crônicas (FECHINE; TROMPIERI, 2012). A consequência do aumento do número de idosos no Brasil são as doenças próprias sobrevividas do envelhecimento.

À medida que aumenta a população idosa, o perfil de saúde desta população sofre variações, doenças patológicas agudas que eram tratadas rapidamente através da cura ou do óbito, tornaram-se doenças crônicas com várias complicações, que resultam em muito tempo de utilização dos serviços de saúde. Como exemplo, às sequelas do acidente vascular cerebral (AVC), as quedas que levam às fraturas, as amputações e cegueira que pode ter origem do diabetes, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e a dependência causada pela DA (CHAIMOWICZ, 1997).

Dados epidemiológicos indicam que a síndrome demencial tem sua incidência relacionada ao envelhecimento, acometendo de 5% a 10% das pessoas acima de 65 anos, 20% das pessoas de mais de 80 anos, podendo chegar a 47% dos idosos com mais de 85 anos (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO; 2006).

A DA é o tipo de demência com maior chance de desenvolver nas idades avançadas, pois o envelhecimento e a demência possuem as mesmas alterações

neuropatológicas, sendo que na DA, essas alterações (Rodrigues et al., 2009) são muito mais intensas e evidentes (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

Segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011), a população brasileira de hoje é de 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que 51%, o equivalente a 97 milhões, são mulheres e 49%, o equivalente a 93 milhões, são homens. O contingente de pessoas idosas, que, segundo a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso, tem 60 anos a mais, é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8% da população total. Desses, 55,5% (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112) são homens.

No Brasil o aumento da população de 1940 a 2000. Estima-se que para o ano de 2020, a incidência da população acima de 60 anos seja de aproximadamente 30,9 milhões (CAMARANO, 2004).

3.2 DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

A DA é a principal causa de demência em idosos no ocidente. Essa doença neurodegenerativa progressiva atinge cerca de 26 milhões de pessoas no mundo, com 4,6 milhões de novos casos por ano (CAIXETA, 2011).

A DA é uma patologia de etiologia multifatorial ocorre a neurodegeneração decorrente da formação de placas senis com o acúmulo da proteína beta amiloide (β A) e de emaranhados neurofibrilares, relacionados às alterações do estado de fosforilação da proteína tau no espaço intracelular cerebral (ARGILÉS et al., 2010).

O declínio das funções cognitivas é caracterizado por alterações bioquímicas e estruturais, que ocorrem no cérebro dos pacientes acometidos, levando à perda neuronal, à degeneração das sinapses e comprometimento da neurotransmissão (THOMAS, 2008).

Para Luzardo, Gorini e Silva (2006) a DA afeta, inicialmente, o centro de memória de curto prazo. Além da memória, a doença afeta a orientação, atenção, linguagem, capacidade para resolver problemas e habilidades para desempenhar as atividades da vida diária, levando em consideração a individualidade de cada idoso em relação aos estágios da DA, sendo possível caracterizar os estágios do processo demencial em leve, moderado e severo.

O estágio leve (Figura 2) denominado por alguns autores como Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) é considerado pela perda de memória

recente, mudanças comportamentais, pouca capacidade de julgamentos, falhas na linguagem, depressão e apatia. Contudo o paciente desempenha suas atividades diárias com normalidade, não demonstrando grandes traços de demência. Nessa fase estima-se que o paciente tenha uma perda entre 40% e 60% no córtex entorrinal (LUZARDO LUZARDO, GORINI e SILVA, 2006). No estágio moderado da doença faz-se necessária ajuda diária ao idoso por conta da perda de grande parte das funções cognitivas, elevadas alterações comportamentais e permanente perda de memória devido a uma grande deterioração no córtex entorrinal, no hipocampo, sistema límbico e córtex cerebral (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

O estágio final da DA é marcado pela perda total de capacidade de reconhecimento de pessoas e lugares, incapacidade para desempenho de funções gerais e inabilidade para o autocuidado, sendo necessário haver um acompanhamento integral com o idoso. O óbito ocorre usualmente após vários anos do início dos sintomas, geralmente por pneumonia aspirativa ou infecção do trato urinário com sepse (AREZA-FEGYVERES et al., 2007).

Escala de Degeneração Progressiva: características dos estágios da DA
<p>Fase Inicial</p> <p>Redução da participação em eventos sociais e outros acontecimentos fora de casa</p> <p>Redução do tempo dispendido em hobbies</p> <p>Redução ou suspensão das leituras</p>
<p>Fase Intermediária</p> <p>Consegue se arrumar na ausência do cuidador</p> <p>Capacidade reduzida de sair sozinho(a) e voltar para casa sem ajuda</p>
<p>Fase Avançada</p> <p>Podem se ferir a si mesmos</p> <p>Incapacidade de usar o telefone</p> <p>Não discute mais com os outros</p>

FIGURA 2 - ESCALA DE DEGENERAÇÃO PROGRESSIVA: CARACTERÍSTICAS DOS ESTÁGIOS DO PROCESSO DEMENCIAL

O diagnóstico definitivo da DA somente pode ser confirmado por meio de exame anatomopatológico *post-mortem*. Sendo assim, é fundamental a definição de critérios clínicos para o diagnóstico provável de DA. Os critérios diagnósticos mais comumente utilizados são os do Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV) e, para fins de pesquisa, os propostos pelo National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) em conjunto com Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (ADRDA). Estes últimos dividem a probabilidade diagnóstica em DA definitiva, provável e possível. Além disso, o exame clínico deve ser confirmado por avaliação neuropsicológica, exames laboratoriais e de imagem que são fundamentais para o suporte desse diagnóstico (CAIXETA, 2011).

Para avaliação dos estágios e gravidade das demências, em especial a DA, é utilizado um instrumento chamado Clinical Dementia Rating (CDR). Este instrumento avalia 6 categorias comportamentais e cognitivas e pode ser aplicado tanto em casos leves como os mais graves (HOLANDA; PONTE; PINHEIRO, 2012).

Todas as categorias devem ser classificadas com o valor de 0 a 3, sendo 0 quando o paciente não apresentar nenhuma alteração e 3 quando o paciente estiver em fase avançada, demência grave. O resultado final é obtido por meio da análise dos resultados das categorias, seguindo uma série de regras definidas (MONTANO; RAMOS, 2005).

Os custos mundiais com tratamento e apoio a pacientes com DA somará 604 bilhões de dólares em 2012, e deve aumentar mais rápido do que a prevalência da doença, tornando-se importante que a sociedade esteja preparada para lidar com as dificuldades sociais e econômicas causadas por esta condição (OMS, 2012).

Conforme a Figura 3 de acordo com o relatório DEMENTIA – A Public Health Priority. Anualmente, calcula-se que o número de novos casos de pessoas com demência seja cerca de 7,7 milhões, ou seja as prescrições são para que, em 2050, o número de pessoas com demência mundialmente triplique, estabelecendo-se nos 115,4 milhões de pessoa (OMS, 2012).

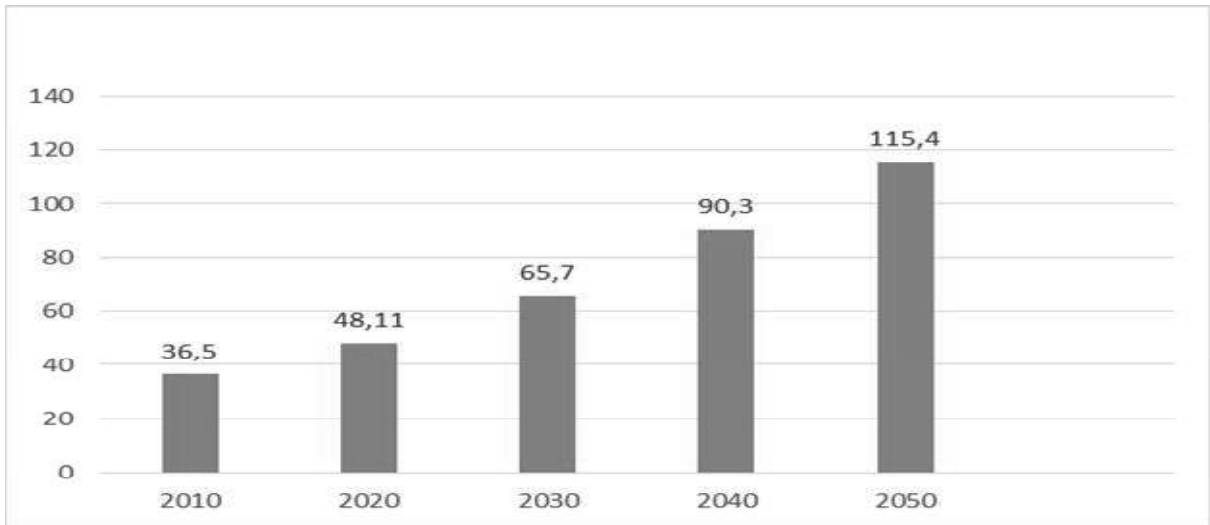


FIGURA 3 – ESTIMATIVA DE NÚMEROS DE PESSOAS AFETADAS MUNDIALMENTE POR DEMÊNCIA ENTRE 2010 E 2050. FONTE: WORLD HEALTH ORGANIZATION (2012).

Em relação aos gastos Gutierrez et al. (2013), mostram que no Brasil, os pesquisadores ainda estão atrelados exclusivamente aos dados epidemiológicos da DA, pois são insuficientes as pesquisas que abordam custos com os pacientes brasileiros com DA.

Como é possível observar Figura 4 nas pesquisas relacionadas aos gastos com demência (Gutierrez et al., 2013) apontam que em países desenvolvidos em primeiro lugar, encontram-se os custos associados aos cuidados informais, seguidos por cuidados formais, e logo depois os custos médicos (consultas médicas, exames médicos e medicamentos).

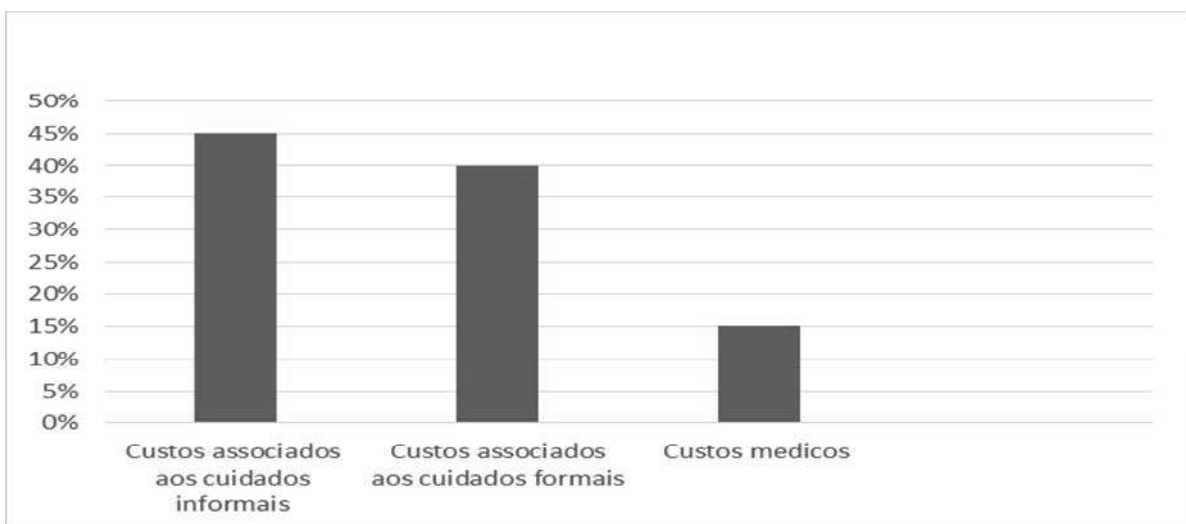


FIGURA 4 – ESTIMATIVA DOS GASTOS COM DEMÊNCIA EM PAÍSES DESENVOLVIDOS. FONTE: WORLD HEALTH ORGANIZATION

3.3 AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE IDOSOS

A avaliação funcional preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é fundamental para o idoso com queixa de esquecimento (BRASIL, 2006). A saúde do idoso pode ser avaliada por meio de sua capacidade funcional, como atividades instrumentais de vida diária de Lawton (AIVD) corresponde à autonomia da pessoa, incluindo fazer compras, cozinhar, tomar seus próprios medicamentos, usar telefone, administrar as próprias finanças e realizar tarefas domésticas. Possuem um valor importante no acompanhamento dos pacientes idosos (BRASIL, 2006).

As atividades da vida diária de Katz (AVD) são vistas como habilidades de manutenção de funções básicas, como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, usar o banheiro, caminhar e sair do leito. O questionário de Pfeffer (QPAF), avalia as atividades instrumentais como controlar finanças pessoais, cozinhar, compreender o meio em que vive, entre outros (ROSA et al., 2003; AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010).

Quando são identificadas deficiências no desempenho das AVDs, o motivo e o tempo de aparecimento podem ajudar na determinação da causa da disfunção e de sua potencial reversibilidade. A prevalência de déficit cognitivo dobra a cada cinco anos após os 60 anos, com 1% aos 60 anos e cerca de 20,8% aos 80 anos, chegando a alcançar 38% naqueles com idade superior a 90 anos, pacientes demenciados têm maior risco de diminuição de suas AVDs se comparados aos cognitivamente adequados (SCHNEIDER; MARCOLIN; DALACORTE, 2008).

Estudos têm mostrado que alterações no desempenho das AVDs podem advir nos estágios iniciais da demência. Para alguns autores, existe relação entre a gravidade das alterações cognitivas e o desempenho funcional nas atividades diárias: nos danos cognitivos leves, as perdas são detectadas prioritariamente nas AIVD, e a realização das AVD, somente seria prejudicada nos estágios demenciais mais avançados (ROSA et al., 2003).

Os estudos de Ta et al. (2007) apontam que os instrumentos usados para avaliar as AVDs e as AIVDs apresentam aplicabilidade e sensibilidade para detectar alterações no desempenho das tarefas funcionais de idosos com níveis diferenciados de demência, apesar das peculiaridades de cada um dos instrumentos de AIVDs, esses exibiram, correlações estatisticamente significativas.

Os autores Santos e Pavarini (2011); Lenardt e Carneiro (2013) corroboram em relação as AVDs que indivíduos que vivem em contextos de pobreza, sejam mais afetados, uma vez que pessoas que vivem em situação econômica precária, estão mais propensas ao risco de adoecer e morrer, se intensifica em populações mais desprotegidas ou vulneráveis, como os idosos.

Em relação as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos, Lenardt e Carneiro (2013), destacam a importância de analisar e implementar, durante as ações de cuidados, a interferência de características sociais e demográficas na capacidade funcional dos idosos longevos.

Aires; Paskulin; Morais (2010) em pesquisa comparativa sobre capacidade funcional de idosos mais velhos destaca-se a pesquisa realizada com idosos na região urbana de São Paulo, foi relacionado a associação entre idade avançada e maior dependência para as AVDs entre os idosos acima de 80 anos, aumentada em até 36 vezes em relação aos demais idosos.

No que diz respeito sobre a independência funcional em idosos longevos em âmbito hospitalar LOURENÇO et al. (2014) apontam que os idosos longevos no momento da admissão hospitalar apresentam independência no domínio motor. Entretanto no domínio cognitivo mostram dependência em atividades relacionadas à interação social, resolução de problemas e memória.

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem sérias implicações para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do idoso, pois a incapacidade acarreta maior vulnerabilidade e dependência na velhice, colaborando para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos Alves et al. (2007).

3.4 QUALIDADE DE VIDA, SOBRECARGA, DEPRESSÃO E ESTRESSE NOS CUIDADORES DE PACIENTES COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

Os cuidados produzidos pelo idoso com DA, influenciam o dia a dia do cuidador e alteram sua qualidade de vida. Para a OMS, a qualidade de vida (QV) é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto cultural e de sistemas de valores no qual vive e em relação às suas metas, expectativas, valores e preocupações. Conhecer a QV dos cuidadores e os fatores que a influenciam é imprescindível para planejar ações integrais em saúde que contemplem soluções

para minimizar os efeitos danosos da sobrecarga de cuidado vivenciada por eles Pinto et al. (2009).

Acerca da relação aos fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliar, Ferreira; Alexandre; Lemos (2011) utilizaram a versão brasileira do Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36), para mensurar a qualidade de vida. Possuir mais de oito anos de escolaridade implicou em melhor pontuação no domínio estado geral de saúde e pior pontuação no domínio aspecto social. Os cuidadores com mais de 60 anos de idade apresentaram pior pontuação no domínio aspecto físico e as mulheres pior pontuação no domínio dor. Os filhos ou cônjuges que prestam cuidado aos seus pais ou parceiros apresentaram pior pontuação no domínio aspecto emocional.

Paula, Roque e Araújo (2008), em artigo de revisão de literatura observaram a avaliação da qualidade de vida negativa em cuidadores de idosos com demência de Alzheimer. A necessidade de maiores abordagens sociais e profissionais aos cuidadores de pacientes demenciados é uma realidade evidente.

Estudos realizados por Trentini et al., (2006) utilizaram os instrumentos WHOQOL-100. O WHOQOL-100 é um instrumento desenvolvido pelo grupo de QV da OMS (WHOQOL Group, 1998) e o Inventário de Depressão de Beck – BDI. O BDI Beck, Ward, Mendelson et al., (1961); Cunha, (2001) é uma medida de intensidade de depressão, para avaliar a QV dos cuidadores, observaram a intensidade dos sintomas depressivos.

Em pesquisa exploratória-descritiva, com corte transversal, realizado com cuidadores familiares de idosos, cujo objetivo foi avaliar o impacto da sobrecarga na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos cuidadores de idosos atendidos em dois serviços geriátricos ambulatoriais de um hospital universitário. Identificou-se diferença significativa entre a sobrecarga de cuidadores; as doenças frequentes nos cuidadores estiveram relacionadas à piora de sua qualidade de vida relacionada à saúde (OLIVEIRA et al., 2011).

Em relação a sobrecarga dos cuidadores pode ser definida, segundo Goldman (1982), como sendo o estresse emocional e econômico a que as famílias se submetem (CAMPOS, SOARES, 2005).

Uma das escalas mais utilizadas para avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores de idosos é o Inventário de Sobrecarga de Zarit que tem como objetivo identificar os fatores que levam à exaustão do cuidador para, posteriormente, se

poder proporcionar respostas adequadas às suas necessidades, é validada em pesquisas já realizadas no Brasil (SEIM; LENARDT, 2011).

Para descrever a sobrecarga do cuidador principal (Quadro 1) foi feita a fundamentação na determinação do score estabelecido por Zarit (BRASIL, 2012). Pode-se assim concluir que o nível de sobrecarga dos cuidadores se classifica da seguinte forma:

QUADRO 1 – CLASSIFICAÇÃO DA SOBRECARGA ESTABELECIDO POR ZARIT.

Score	Sobrecarga
≤ 21	Ausência de Sobrecarga
21-40	Sobrecarga moderada
41-60	Sobrecarga moderada a severa
≥ 61	Sobrecarga Severa

Fonte – BRASIL (2012).

A sobrecarga do cuidador e o desenvolvimento do estresse acarretam problemas físicos como: queixas múltiplas, entre elas, dor no aparelho locomotor, cefaleia, astenia, fadiga crônica, desordens digestivas, doenças respiratórias e maior suscetibilidade a infecções. Podem ocorrer, também, problemas psíquicos como: depressão, ansiedade e insônia (LOPES; CACHIONI, 2003; GRATÃO et al., 2012).

Para Silveira, Caldas e Carneiro (2006), o cuidado com o paciente com DA ultrapassa as atividades relacionadas com a assistência e a saúde. Além da assistência, são necessárias tarefas práticas, bastante atenção e paciência, fatores econômicos para dar suporte necessário, o uso de transportes coletivos, a moradia adequada.

Pesquisas realizadas por Pimenta et al.(2009), um dos aspectos que mais afetam as famílias que prestam cuidados ao idoso é a dificuldade financeira, sendo a maioria das famílias pertencentes a população de baixa renda. Muitos desses são desempregados e necessitam da aposentadoria do idoso ou de seus benefícios, não sendo suficiente, na maioria das vezes, para atender as necessidades para prestar assistência ao idoso.

Rocha et al. (2011), descrevem que os cuidadores familiares de idosos dependentes relatam que um dos maiores problemas apontados pelos cuidadores era a impossibilidade de realizar outras atividades fora de casa, pois a responsabilidade e preocupação dos cuidados depositados aos idosos, impede que outras atividades de lazer sejam executadas, contribuindo para o sentimento de solidão e de perda da liberdade.

De acordo com a pesquisa realizadas por Cruz, Hamdan (2008), ao comparar um grupo de cuidadores de idosos demenciados e outro grupo de cuidadores de outras doenças crônicas, revela que a sobrecarga e o impacto recebido pelos cuidadores de pacientes com DA é maior do que em outros cuidadores.

A mesma pesquisa efetivada por Cruz, Hamdan (2008) demonstra que cuidadores de paciente com DA possuem mais probabilidade de desenvolver problemas de saúde, conflitos familiares e problemas no trabalho, quando comparados a cuidadores de outras doenças crônicas. Essas experiências estressantes fazem com que o cuidador desenvolva novas estratégias de enfrentamento, tentando se adaptar e sobreviver frente à nova situação.

Dentre os instrumentos mais utilizados para mensurar a intensidade da depressão está o BDI. Originalmente criado por Beck e colaboradores da Universidade de Filadélfia em 1961 (TRENTINI, 2004).

Pinto et al. (2009), realizaram um estudo aplicando o BDI traduzido e validado no Brasil, para avaliação da presença ou não de depressão e seu grau. Concluíram elevados índices de depressão em cuidadores de pacientes com DA chegando a atingir de 30% a 55% dos cuidadores.

Diante da grande carga de estresse, e da presença de depressão produzido pela tarefa do cuidar, ocorrem manifestações psicossomáticas e fisiológicas altamente prejudiciais à saúde do indivíduo e sua qualidade de vida (BENAVENTE; COSTA, 2011).

O estresse pode ser entendido como um conjunto de características biológicas e químicas do organismo humano, na tentativa de reconstituir o equilíbrio entre o corpo e o meio ambiente. Diante desta definição, o estresse do cuidador pode estar relacionado com a sequência de situações que excedem a capacidade do organismo de reagir e se adaptar por meio de respostas comportamentais físicas, na tentativa de estabilizar o corpo (GRAEFF, 2007; ASSIS et al., 2013).

No que diz respeito ao sistema imune, o estresse está associado à liberação de hormônios, o cortisol (glicocorticoide). O nível desse hormônio aumenta rapidamente durante uma situação de estresse, ocorre a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. O cortisol liga-se à receptores presentes no interior dos leucócitos, conhecidas como as células brancas do sangue, ocasionando a imunossupressão (BAUER, 2002).

A respeito das doenças respiratórias, essas constituem importante causa de adoecimento e morte em idosos em todo o mundo, representando 16% de todas as internações pelo SUS e cerca de 5% de mortes em países em desenvolvimento (TOYOSHIWA; ITO; GOUVEIA, 2005).

Pesquisas apontam maior tendência destes cuidadores a adquirirem doenças infecciosas, especialmente infecções do trato respiratório, apresentam resposta menos eficiente à vacinação, e a terem maior incidência de distúrbios depressivos (BAUER, 2006).

No Brasil, as doenças respiratórias são as principais causas de internação e óbito entre adultos e idosos, principalmente doenças como a pneumonia e influenza. As complicações das doenças respiratórias têm se mostrado mais evidente em pessoas com doenças crônicas e imunodeprimidos, sendo necessária maior atenção a esses grupos susceptíveis (FRANCISCO; DONALISIO; LATTORRE, 2004; DONALISIO; FRANCISCO; LATTORRE, 2006).

Em pesquisa realizada por Francisco (2006), apenas no Estado de São Paulo no ano de 2011, a segunda maior causa de internações da região foi por doenças respiratórias. Os principais fatores relacionados é a questão sociodemográfica, econômicas, pacientes imunodeprimidos, entre outros, prejudicando a qualidade de vida e autonomia da população adulta.

O desenvolvimento de doenças respiratórias pode, também, estar associado à exposição a poluentes ambientais, tabagismo, baixo estado nutricional, exposição a agentes biológicos, imunodepressão e sazonalidade climática (ROSA et al., 2008).

Em relação ao Sul do Brasil, onde o clima é temperado com as quatro estações bem demarcadas, com episódios de tempo chuvoso e umidade acima do limite e episódios de seca, com umidade abaixo do limite pré-estabelecido pela meteorologia, contribuindo para a ocorrência de infecções respiratórias na população geral e principalmente nos cuidadores com potencial de sobrecarga. (GONZÁLEZ; VICTORIA; GONÇALVES, 2008).

A busca por estratégias para diminuir a sobrecarga do cuidador e administrar a situação pode agregar o conhecimento e experiência da enfermagem, no sentido de conhecer a doença, a demanda de cuidados e a sobrecarga causada por esses cuidados, aprimorando o conhecimento dos cuidadores e ajudando no planejamento de ações em saúde (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

3.5 CORTISOL SALIVAR COMO MARCADOR BIOLÓGICO DA RESPOSTA AO ESTRESSE EMOCIONAL

O cortisol é um glucocorticosteróide produzido pela glândula supra-renal, essencial nos mecanismos de resposta ao stress. Além disso, exerce um importante papel na regulação da pressão arterial, sistema imune e do metabolismo de proteínas, carboidratos e gorduras. O cortisol circula no plasma como cortisol livre, cortisol ligado às proteínas e metabolitos do cortisol. O cortisol livre é a hormona fisiologicamente ativa, não está ligada às proteínas e, portanto, pode atuar diretamente nos locais teciduais (KIRSCHBAUM, HELLHAMMER, 1989).

Em condições normais, menos de 5% do cortisol circulante é livre. Apenas o cortisol não ligado e os seus metabolitos são filtrados no glomérulo, sendo excretadas quantidades aumentadas de esteroides livres na urina em estados caracterizados por hipersecreção de cortisol (KIRSCHBAUM, HELLHAMMER, 1989, SOARES, ALVES, 2006, FERREIRA, 2011).

O cortisol salivar é um desenvolvimento relativamente recente no estudo do cortisol e na integração da investigação acerca da atividade do eixo hipotálamo HPA, durante o stress. Os benefícios são claros, as amostras de saliva podem ser obtidas sem procedimentos invasivos (KIRSCHBAUM; HELLHAMMER, 1989).

A produção e segregação do cortisol aumenta em quantidades crescentes durante e após a exposição a alguns estressores. Esta libertação ocorre como parte integrante da ativação do eixo HPA, que desencadeia a libertação da hormona de corticotropina (CRH), no hipotálamo. A CRH estimula a hipófise anterior a produzir ACTH que, por seu turno, elícita a libertação de CO pelo córtex adrenérgico (GRAEFF, 2007).

Assim, pensa-se que o córtex adrenérgico poderá funcionar em modo ligado/desligado; entre rajadas de CO, o córtex está refratário, permitindo a recuperação da glândula (KIRSCHBAUM, HELLHAMMER, 1989, SOARES, ALVES,

2006, FERREIRA, 2011). Em estudos realizados por (KASSISSE, 2008) cujo objetivo foi avaliar se a determinação da concentração salivar de cortisol pode ser utilizada como indicador biológico de estresse relacionado a diversas atividades humanas. Mostrou que em pessoas de baixo status socioeconômicos, verifica-se que os altos índices de estresse percebido e da concentração salivar de cortisol impactam negativamente em sua saúde.

O cortisol também atua sobre o sistema imunitário. Assim, altas concentrações causam imunossupressão, através da interrupção da síntese proteica, incluindo a síntese de imunoglobina. A ação estende-se à alteração das populações plasmáticas periféricas de eosófilos, linfócitos e macrófagos (SOARES, ALVEZ, 2006)

Para (JECKEL, 2006), sobrecarga emocional do cuidador não se refletiu nos níveis de cortisol, seus níveis apresentaram pouca diferença entre os grupos cuidador e controle, os cuidadores apresentaram níveis ligeiramente mais baixos pela manhã (8h) em comparação aos controles, ao investigar a relação entre o estresse crônico e a imunidade dos cuidadores de familiares com DA constatou a deficiência na adaptação imunológica e psicológica dos mesmos, em comparação com pessoas não cuidadoras da mesma faixa etária.

Bauer et al., (2000) realizaram um estudo longitudinal de 13 meses com cuidadores, corroboram que os cuidadores mostraram mais suscetíveis a contrair doenças infecciosas, principalmente das vias aéreas superiores e níveis mais altos de sintomas depressivos,

Além das alterações do sistema imune dos cuidadores, (JECKEL, 2006) apontou que ocorrem também um incremento nos níveis plasmáticos de D-dímer, (marcador de formação e degradação de fibrina), indicando associação com o aumento de riscos cardiovasculares no cuidador. Aumento da pressão arterial nos cuidadores também tem sido relatado em pesquisas. Os estressores são forças adversas intrínsecas e extrínsecas que desafiam constantemente a manutenção do complexo equilíbrio dinâmico do organismo.

No que diz respeito ao estresse crônico estar relacionado a sobrecarga emocional nos cuidadores, na pesquisa realizada por (LAMPERT, 2009) mostrou-se níveis mais baixos de cortisol e alta pontuação no escore de exaustão do inventário de estresse no grupo de cuidadores, conseqüentemente podem estar relacionados à exaustão psicológica e adrenal.

O cortisol também tem efeitos positivos sobre a saúde. Durante as situações de estresse, aumento das concentrações de cortisol garantem uma fonte apropriada de glucose aos tecidos e músculos, em especial às células nervosas (SOARES, ALVES, 2006).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para cumprimento de todos os objetivos, o estudo foi quantitativo. A abordagem quantitativa refere-se ao raciocínio lógico e os atributos mensuráveis da experiência humana, enfatizando a objetividade na coleta e a análise de informações numéricas por meio de estatísticas. Além disso, utiliza instrumentos formais para a coleta de dados como questionários e testes (DYNIEWICZ, 2007).

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem quantitativa. O estudo exploratório tem como finalidade a formulação de questões com a possibilidade de expandir e elucidar conceitos e ideias induzindo a ciência do problema ou hipóteses pesquisáveis (GIL, 2002; LAKATOS; MARCONI, 2007).

Dyniewicz (2007), define que a abordagem quantitativa possibilita a mensuração de variáveis que possam verificar e explicar sua natureza e influência sobre outras variáveis, comparando a incidência e correlações estatísticas.

Na pesquisa de quantitativa é possível obter uma resposta mais exata do problema a ser pesquisado, pois ela observa, descreve e analisa a variável a ser estudada. É necessário um instrumental específico e ambientes adequados para a elaboração da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado nos domicílios dos 25 pacientes com Demência Alzheimer no município de Guarapuava, PR (FIGURA 5).

Guarapuava está localizada na região sul do Brasil, centro-sul do estado do Paraná, terceiro planalto, chamado Planalto de Guarapuava.

Com clima, moderado, subtropical, úmido. Invernos com geadas e até neves. A temperatura média anual é de 16,8°C. A média máxima é 36°C e a mínima, 6,8°C.

A população é de 167.328 habitantes, na região urbana 152,993, região rural 12,335, homens 81.797 habitantes e mulheres 85.531 habitantes (IBGE, 2010).

Com IDHM 0,731, índice de pobreza 47,67, os serviços de saúde são, estadual 02, municipal 42 e privado 51 (IBGE, 2010).



FIGURA 5 – MAPA REGIONAL DO PARANÁ
 FONTE: CELEPAR (2015).

4.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO E PROCEDIMENTOS DE AMOSTRAGEM

A população alvo do estudo foram cuidadores de idosos com Alzheimer, cadastrados na Associação de Estudos Pesquisa e Auxílio aos portadores de Alzheimer (AEPAPA). Com o objetivo de identificar e selecionar os cuidadores, foi solicitado à AEPAPA uma lista oficial, contendo identificação, endereço e telefone dos idosos cadastrados. Posteriormente, os dados cadastrais foram confirmados com a Assistente Social, com o intuito de serem eliminados os nomes dos falecidos ou que tivessem mudado de residência ou mudado de cidade.

No caso de recusa ou ausência (3 tentativas para cada domicílio), excluiu-se o sujeito. A população participante da investigação foi composta por cuidadores de idosos portadores do diagnóstico clínico de Doença de Alzheimer, residentes em Guarapuava, Paraná, o estudo foi realizado de dezembro de 2014 a dezembro de 2015, sendo que a amostra foi composta por cerca de 25 pacientes e seus respectivos.

A AEPAPA iniciou suas atividades em 10 de Maio de 2012, sendo caracterizada como sociedade civil, sem fins lucrativos, sendo entidade de assistência social. Realiza atendimento domiciliar ao idoso, com Utilidade Pública segundo a lei nº 2157/2013, contida no Boletim Oficial do Município de 24 a 30 de Agosto de 2013. Atualmente localiza-se na Rua Inácio Karpinski, 1694, no Bairro Bonsucesso, da cidade de Guarapuava, PR.

Atualmente a AEPAPA conta com convênios com Entidades Educacionais e Assistência Social; Empresas municipais, estaduais e nacionais, as quais realizam doações por meio de dedução de imposto de renda ao fundo municipal dos direitos da pessoa idosa; e colaboradores que auxiliam mensalmente (AEPAPA, 2012).

Após a identificação dos pacientes, os pesquisadores entraram em contato com os pacientes para convidá-los a participarem do estudo, foi obtido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice IV) assinado pelo cuidador do paciente, e outro Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE assinado pelo paciente (Apêndice V), caso o paciente esteja impossibilitado à pessoa responsável assina caso concordem participar voluntariamente do estudo. Foi agendado um dia para a coleta dos dados na residência do idoso, na qual deverá haver a presença do cuidador.

4.4 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

Os dados foram coletados no domicílio dos idosos com DA, com a utilização de questionário estruturado, aplicação de escalas e realização de testes. No dia da coleta, foram obtida três amostras de saliva do cuidador para quantificação de cortisol. Após, foram obtido os demais dados seguindo o Apêndice I ao IV e os protocolos dos anexos I a VII para avaliação de fatores específicos.

A metodologia específica para cada fator em estudo está detalhada abaixo.

4.4.1 Avaliação dos cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer

4.4.1.1 Coleta de amostra de saliva para dosagem de cortisol

A coleta do material foi realizada através da utilização de tubos plásticos com algodão específicos para a coleta de saliva, este dispositivo é chamado de "Salivette®", com 3 amostras - amostra da manhã entre 8 e 9 horas; a amostra da tarde entre 16 e 17 horas; amostra da noite entre 22 e 23 horas.

A coleta de saliva foi realizada na casa do paciente por uma enfermeira, de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (ANDRIOLO et al., 2010).

As amostras foram coletadas em tubo de Salivette® (visto que a dosagem bioquímica foi realizada na saliva). Ao término da entrevista, foi imediatamente encaminhada para o laboratório MESTRE Guarapuava, Paraná. Não houve nenhum ônus ao paciente (Apêndice III).

4.4.1.2 Questionário sobre a prevalência de patógeno nos casos de infecções de vias respiratórias

O questionário foi composto por 15 perguntas como: Nos últimos doze meses o Sr (A) teve algum desses sintomas? Coriza, febre, dor de garganta, tosse, rouquidão, aumento da sensibilidade ou dor no seio da face, cefaléia, obstrução nasal, exsudado purulento, aparecimento ou aumento da produção habitual de secreção, roncos pulmonares, sibilos pulmonares, mal estar, dor torácica, dor de ouvido (Apêndice I).

4.4.1.3 Avaliação da sobrecarga dos cuidadores (ZARIT)

Essa escala é composta por 22 itens e avalia o quanto as atividades do cuidado têm impacto sobre a vida social, o bem-estar físico e emocional e as finanças do cuidador. As respostas de cada item podem variar de 0 a 4 pontos, desde nunca até sempre. Essa avaliação serve para avaliar se os cuidadores de idosos estão sobrecarregados. Foi aplicada para o cuidador principal - pessoa que mais ajuda a pessoa idosa. A entrevista foi realizada sem a presença da pessoa idosa (BRASIL, 2006), (Anexo I).

4.4.1.4 Questionário de Pfeffer (QPAF)

É uma escala de 11 questões aplicada ao acompanhante ou cuidador da pessoa idosa discorrendo sobre a capacidade desses em desempenhar determinadas funções. As respostas seguem um padrão: sim é capaz (0); nunca o fez, mas poderia fazer agora (0); com alguma dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessita de ajuda (2); não é capaz (3). A pontuação de seis ou mais sugere maior dependência. A pontuação máxima é igual a 33 pontos (BRASIL, 2006), (Anexo II).

4.4.1.4 Questionário qualidade de vida SF 36

Um dos instrumentos genéricos mais utilizados atualmente é o "Medical Outcomes Short-Form Health Survey" (SF-36), por ser de fácil compreensão e necessitar de tempo curto para aplicação, é aplicável a diversos tipos de doenças. É composto por 36 questões gerais agrupadas em oito domínios: capacidade funcional (10 itens), vitalidade (4), física (4), dor (2), saúde geral (5), as questões (sociais (2), emocional (3) e saúde mental (5). Cada uma dessas questões recebe um valor de 0 a 100, onde 0 é um pior estado de saúde e 100 a saúde perfeita (PIMENTA et al., 2008), (Anexo III).

4.4.1.5 Questionário sociodemográfico

Composto por perguntas como: Idade, DN, Sexo, Raça, Naturalidade, Estado, País, Estado Civil, N° de Filhos, Escolaridade, Tabagismo, Tempo de Exposição, Renda, Tipo de moradia, Condições de higiene/moradia, Saneamento básico (Apêndice II).

4.4.1.6 Inventário de depressão de Beck (BDI)

O BDI é um instrumento estruturado, composto por 21 categorias de sintomas e atitudes, que descrevem manifestações comportamentais cognitivas afetivas e somáticas da depressão. Cada categoria contém quatro ou cinco alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos. A pontuação para cada categoria varia de zero a três a ausência dos sintomas depressivos e três a presença dos sintomas mais intensos. Na dependência da pontuação total, os escores de até 9 pontos significam ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos, de até 10 a 18 pontos, depressão leve a moderada, de 19 a 29 pontos, depressão moderada a grave, e de 30 a 63 pontos, depressão grave (CAIXETA, 2011), (Anexo IV).

4.5 AVALIAÇÕES NOS PACIENTES COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

4.5.1 Avaliação das atividades básicas de vida diária (Index de independência nas atividades de vida diária de katz)

O Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de Sidney Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AVD. Avalia a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes (BRASIL, 2006), (Anexo V).

4.5.2 Avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) escala de Lawton

De acordo com o grau de limitação apresentado para o desempenho das AIVDs é possível determinar se a pessoa idosa é ou não capaz de manter uma vida Independente, avalia o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente.

Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. Essa pontuação serve para o acompanhamento da pessoa idosa, tendo como base a comparação evolutiva.

As questões 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escadas ou cuidar do jardim (BRASIL, 2006), (Anexo VI).

4.5.3 Classificação do estágio da doença de Alzheimer

A escala CDR foi desenvolvida em 1979, no projeto "Memory and Aging" da Universidade de Washington, St. Louis, Missouri, EUA, para graduar demência especialmente na DA (HUGHES et al., 1982). A validação da escala CDR no Brasil foi realizada por Almeida e Nitrini em 1995.

A escala CDR foi utilizada para a classificação dos pacientes de acordo com o estágio da doença, com base na a avaliação do paciente e informações obtidas durante a entrevista. Para cada categoria (memória, orientação, julgamento e

solução de problemas, assuntos na comunidade, lar e hobbies e cuidados pessoais) o pesquisador escolherá um escore – saudável ou demência questionável ou demência leve ou demência moderada ou demência grave (Anexo VII).

5. ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados foram analisados com auxílio do pacote estatístico SPSS 20.0. Optou-se pela apresentação dos resultados descritivos em média e desvio padrão e frequência absoluta e relativa. A comparação entre os níveis de cortisol durante o dia foi investigada aplicando o teste ANOVA one way com post hoc de bonferroni. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

6. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (COMEP), do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual Centro Oeste do Paraná, sendo aprovado sob o Parecer 896.296/2014. A Cópia do projeto também foi encaminhada AEPAPA Guarapuava PR, o qual também recebeu parecer favorável (Anexo VIII).

Foram respeitados os preceitos éticos de participação voluntária, esclarecida e consentida de cada participante, conforme as recomendações contidas na Resolução CNS nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013) e envio ao Comitê de Ética.

O convite à participação do cuidadores foi subsequente às explicações sobre os objetivos e procedimentos, incluindo os benefícios e os cuidados tomados para a redução de potenciais desconfortos. Os participantes foram informados quanto ao sigilo de informações e o anonimato, como garantia da preservação da identidade.

Foi enfatizada a participação voluntária no estudo e destacou-se que a recusa ou a desistência da pesquisa não necessitaria de justificativas, não interferindo nos direitos como paciente durante o atendimento, assistência na AEPAPA. A coleta de dados para a pesquisa foi precedida da leitura, aceitação e assinatura de duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo cuidadores e pacientes (Apêndice 4 e 5), com entrega de uma via ao participante.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente são expostos os dados referentes as, características sociodemográficas (idade, sexo e escolaridade), e clínico (resultado do CDR) dos idosos com diagnóstico de DA, atendidos na AEPAPA. Na sequência, perfil dos cuidadores, avaliação de sobrecarga e depressão nos cuidadores, dosagem do cortisol nos cuidadores, sinais e sintomas de infecções respiratórias e qualidade de vida nos cuidadores de DA.

7.1 Perfil dos idosos com diagnóstico de doença de Alzheimer

Algumas características sociodemográficas dos indivíduos com DA estão listados na Tabela 1. A amostra foi composta por 65,5% de pacientes do sexo feminino com idade média de $78,5 \pm 9,0$ anos. Para (MATOS et al.,2012), a prevalência do sexo feminino no desenvolvimento da doença sugere ser consequente da diferença de mortalidade entre os gêneros, pela expectativa de vida da mulher ultrapassar a dos homens, sendo o sexo feminino fator de risco para a DA.

Tabela 1. Características sociodemográficas de idosos com demência de Alzheimer - CDR: Clinical Dementia Rating. Guarapuava - Paraná, 2015

CARACTERÍSTICAS	PORTADORES (N=25)
Idade (média em anos \pm DP)	
Feminino	78,5 \pm 9,0
Masculino	78,9 \pm 8,3
Sexo (%)	
Feminino	65,5%
Masculino	34,5%
Escolaridade (média em anos \pm DP)	3,8 \pm 2,5
CDR (%)	
1 - leve	24,1%
2 - moderado	36,2%
3 - avançado	39,7%

FONTE: A autora (2015)

A média de escolaridade dos pacientes, em anos estudados, foi de $3,8 \pm 2,5$, caracterizando baixos níveis de escolaridade. Este resultado ultrapassa a média dos idosos do país, que é de 3,4 anos de estudo (LUZARDO et al.,2006). O baixo nível educacional é apontado como um provável fator ambiental predisponente à doença. A baixa escolaridade permite ao indivíduo uma menor compensação para o déficit cognitivo (SOUZA et al.,2008).

Em relação ao estágio da doença 24,1% encontravam-se no estágio leve da DA, CDR 1; no estágio moderado, CDR 2, haviam 36,2%, sendo que, a maioria dos pacientes, 39,7% encontravam-se em CDR 3, estágio grave.

No que se refere ao grau de dependência funcional, os escores foram apresentados relacionando o CDR em que o indivíduo foi classificado (Tabela 2). Ao contrário do estudo de (FERREIRA et al.,2014), em que a maioria dos indivíduos obtiveram escores das (AVDs) entre 0 e 25 pontos, caracterizando total dependência, justificada pela evolução degenerativa da doença, ou seja, encontrada no grupo de indivíduos com CDR 3 (DA grave).

Os 25 cuidadores participantes da presente pesquisa responderam que (80%) dos idosos com DA não são capazes de executar as tarefas correspondentes ao (QPAF), (10%) responderam que são capazes, (5%) responderam que com alguma dificuldade, mas faz e (5%) responderam que necessitam de ajuda. Esses resultados mostram que a maioria dos idosos com DA apresentam um alto grau de dependência, sendo considerada a presença de prejuízo funcional.

Na avaliação das AIVD os resultados apontaram que os idosos com DA, não são capazes de manter uma vida independente, (80%) não conseguem desempenhar as nove funções correspondente a escala, (13,4%) desempenham as atividades com ajuda parcial e (6,6%) são capazes de realizar as atividades sem ajuda.

Tabela 2. Classificação das AVDs de acordo com o estadiamento da demência de Alzheimer-Guarapuava - Paraná, 2015

CLASSIFICAÇÃO (AVDs)	CDR 1	CDR 2	CDR 3	TOTAL
Independente	100%	0%	0%	8,6%
Dependência leve	44,4%	44,4%	11,1%	31%
Dependência moderada	0%	75%	25%	6,9%
Dependência grave	12,5%	50%	37,5%	13,8%
Totalmente dependente	0%	26,1%	73,9%	39,7%
TOTAL	24,1%	36,2%	39,7%	100%

Assim como salienta (LENARDT et al., 2011) os resultados de seu estudo corroboram com presente estudo, mostrando que grande parcela dos idosos com Doença de Alzheimer preservava AVD no estágio inicial e moderado da doença, o que indica que essas atividades precisam ser valorizadas pelos cuidadores e profissionais, com o intuito de promover a autonomia e independência pelo maior tempo possível.

7. 2 Perfil dos cuidadores de idosos com diagnóstico de doença de Alzheimer

Quanto à idade dos participantes a média foi de 53 anos, com o mínimo de 21 anos e máximo de 79 anos.

Os resultados obtidos em pesquisas realizadas por Goncalves et al (2013), apontou que os cuidadores participantes do estudo têm, em média, 50 anos de idade. Outras pesquisas, realizadas por Gaioli, Furegato e Santos (2012) confirmam as informações contidas no presente estudo, constatando em seus estudos que havia cuidadores com mais de 60 anos. O que indica que temos idosos cuidando de idosos, estudos internacionais sobre idosos, constatou que a grande maioria dos cuidadores apresentavam mais de 50 anos, seguidos logo após por 65 anos.

Em relação ao sexo a maioria dos cuidadores são do sexo feminino (n=22; 88%), contando apenas com (n=3; 12%) do sexo masculino. Resultados similares foram verificados por (NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010, ARAÚJO; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012; GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012); sendo que os cuidadores são, na maioria, do sexo feminino. Os cuidadores do sexo feminino sofrem maior impacto devido às atribuições de tarefas dadas quando comparadas às atribuições do sexo masculino. Isso reflete um padrão cultural em que a função de cuidar ainda fica à responsabilidade das mulheres

Dos 25 cuidadores 17 (68%) eram da raça branca. Relativo ao estado civil 14 (56%) eram casados. Os resultados obtidos foram semelhantes às pesquisas realizadas por (GONCALVES et al., 2006; PIMENTA et al., 2008; BORGHI et al., 2011; GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012) que descrevem que o perfil dos cuidadores são da maioria da raça branca e casados.

No que se refere ao números de filhos, 7 (28%) cuidadores tinham 3 filhos, em relação ao nível de escolaridade 11 (44%) cuidadores cursou o fundamental incompleto. Corroborando com os resultados da pesquisa, os estudos apontados por (PAULO et al., 2008, SANTOS E PAVARINI 2010, NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010, CARTAXO et al., 2011) indicam que a maior parte dos cuidadores possuía apenas o ensino fundamental.

No que concerne ao tabagismo 17 (68%) dos cuidadores, referiram não fazer uso do tabaco, enquanto 8 (32%) são fumantes. Dos participantes 100% consideravam sua situação financeira insatisfatória em relação à renda mensal, 52% dos cuidadores referiram ser insuficiente, ou seja, recebiam até dois salários mínimos. Esses resultados podem ser comparados à pesquisa realizadas por (PINTO et al., 2009, BARBOSA et al., 2009, CARTAXO et al., 2011, GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012, ARAUJO et al., 2013) ao analisarem o perfil sociodemográfico, relacionado a renda, constataram que os cuidadores afirmaram receber até dois salários mínimos.

No que diz respeito ao tipo de moradia, saneamento básico, consecutivamente, relataram, 23 (92%) alvenaria, 19 (76%) boa e 25 (100%) água, luz e esgoto.

Tabela 3 - Distribuição das características sociodemográficas dos cuidadores de idosos. Guarapuava - Paraná, 2015

Variável	Classificação	N	Total%
Sexo	Feminino	22	88,0%
	Masculino	3	12,0%
Raça	Pardo	7	28,0%
	Branco	17	68,0%
	Negro	1	4,0%
Natural	Guarapuava	16	64,0%
	Pitanga	1	4,0%
	Castro	1	4,0%
	Teixeira	1	4,0%
	Laranjeiras	2	8,0%
	Pinhão	1	4,0%
	Pato Branco	1	4,0%
	Cruz Machado	1	4,0%
	Coronel Vivida	1	4,0%
Estado civil	Solteiro(a)	6	24,0%
	Casado(a)	14	56,0%
	Divorciado(a)	1	4,0%
	Amasiado(a)	2	8,0%
	Viúvo(a)	2	8,0%
Nº filhos	0 Filhos	5	20,0%
	1 Filhos	4	16,0%

	2 Filhos	3	12,0%
	3 Filhos	7	28,0%
	4 Filhos	2	8,0%
	5 Filhos	1	4,0%
	6 Filhos	1	4,0%
	7 Filhos	1	4,0%
	8 Filhos	1	4,0%
Escolaridade	Analfabeto	2	8,0%
	Fundamental Incompleto.	11	44,0%
	Fundamental Completo.	4	16,0%
	Médio	7	28,0%
	Superior	1	4,0%
Tabagismo	Não	17	68,0%
	Sim	8	32,0%
Renda (salários)	1 Salário	9	36,0%
	2 Salários	13	52,0%
	3 Salários	3	12,0%
Tipo de moradia	Alvenaria	23	92,0%
	Mista	2	8,0%
Condições higiene	Boa	19	76,0%
	Ótima	6	24,0%
Saneamento básico	Água/luz/esgoto	25	100,0%

Fonte: A autora (2015)

Observa-se na Gráfico 1, que 1 cuidador era sobrinho, 2 netos (as), 3 cuidadoras eram formais, 4 eram esposos (as) e 5 filhos (as). Corroborando com (GARRIDO; MENEZES, 2004), BOERY; PEREIRA, 2014, ANJOS, BOERY; PEREIRA, 2014), que concluíram que 53,1% dos cuidadores eram filhos (as) dos idosos, seguido de 26,5% de cônjuge e 20,4% de outros graus de parentescos.

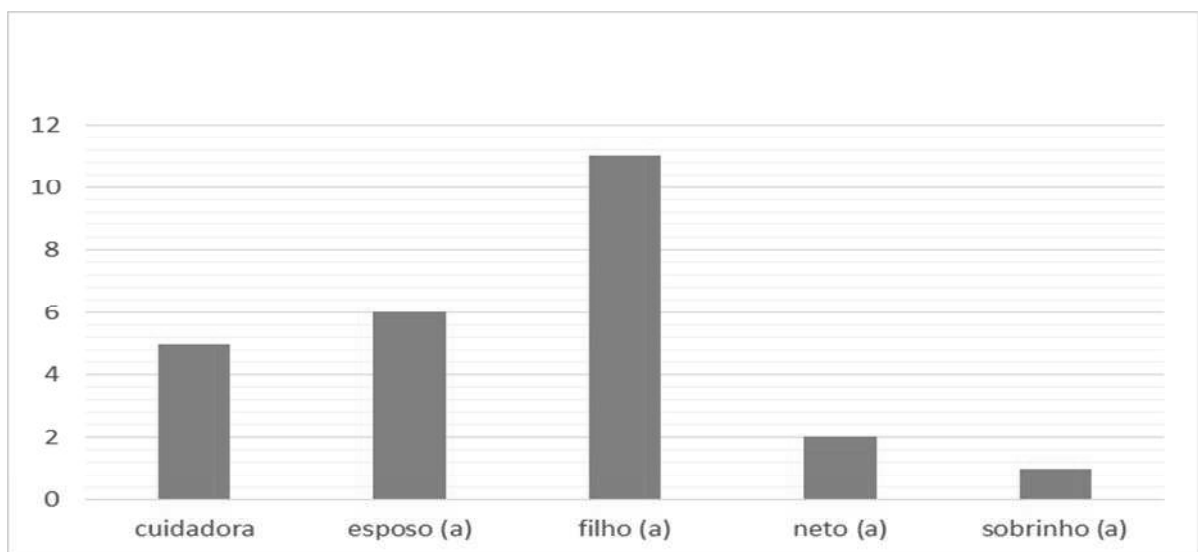


GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES, QUANTO AO GRAU DE PARENTESCO DOS CUIDADORES. GUARAPUAVA - PARANÁ, 2015
 FONTE: A AUTORA (2015).

7. 3 Avaliação da sobrecarga dos cuidadores de idosos diagnóstico de doença de Alzheimer

Quanto à avaliação do grau de sobrecarga, observa-se no Quadro 2 que (8%) cuidadores apresentaram pequena sobrecarga; (32%) grau moderado, (48%) grau moderado a severo e (12%) sobrecarga severa. A média foi de $66,84 \pm 12,74$, com o mínimo de 6 e máximo de 84 pontos.

Nas investigações em relação a sobrecarga dos cuidadores, resultados próximos ao do presente estudo são apontados. Na pesquisa de (SEIMA; LENARDT, 2011) dos 208 cuidadores, 47 (22,6%) apresentaram sobrecarga pequena, 96 (46,2%) sobrecarga moderada, 54 (26%) sobrecarga moderada a severa e 11 (5,2%) sobrecarga severa.

Estudo do tipo exploratório-descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, com 126 cuidadores, que investigou qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. Apontou 68,2% e 38,6%, respectivamente dos cuidadores apresentaram sobrecarga moderada à severa (OLIVEIRA et al.,2011).

Pesquisas demonstram que a sobrecarga vivida diariamente pelos cuidadores, na maioria das vezes é a consequência do longo tempo dedicado ao cuidado, especialmente em idosos dependentes (ANJOS et al.,2014).

Além da idade, condições socioeconômicas e de saúde desfavoráveis que contribuem significativamente para o aumento da sobrecarga dos cuidadores. Segundo (STACKFLETH et al., 2012) existe uma correlação entre a fragilidade e a sobrecarga, ou seja, quanto maior o nível de fragilidade, maior a sobrecarga do cuidador.

No que concerne a associação em relação ao sexo e a sobrecarga vivenciada pelos cuidadores, o sexo feminino, destaca, pois estas acumulam diversos papéis como: de mãe, esposa e cuidadora de outros dependentes. Desta forma a sobrecarga compromete o autocuidado, constatado nas respostas dos cuidadores, relatando não ter mais tempo para cuidar de si próprios. Ainda observaram que 43,1% dos cuidadores tiveram que reduzir seu tempo de lazer, 33,6% encontravam-se sempre cansados, 24,1% não podiam sair de férias e 22,4% sentiam sua saúde piorada (GONÇALVES et al., 2006).

QUADRO 2 – SOBRECARGA DOS CUIDADORES FAMILIARES, GUARAPUAVA/PR, BRASIL, 2015.

Sobrecarga	Pontuação	n	%
Sobrecarga pequena	0-20 pontos	02	8%
Sobrecarga moderada	21-40 pontos	08	32%
Sobrecarga moderada a severa	41-60 pontos	12	48%
Sobrecarga severa	61-88 pontos	03	12%
Total		25	100%

Fonte: Dados coletados pela autora (2015).

Investigações nacionais sobre cuidadores de idosos, por meio de uma revisão integrativa, demonstraram grandes índices de sobrecarga, associados na piora da qualidade de vida, como também ausência de apoio aos cuidadores, insuficiência de informações e despreparo para o cuidado (OLIVEIRA et al., 2012).

7. 4 Depressão entre os cuidadores de idosos diagnóstico de doença de Alzheimer

No que se refere a depressão vivenciada pelos cuidadores, levantados a partir do Inventário de Depressão de Beck, resultou em pontuação média 15,68 com desvio padrão de 9,85, originando (12%) dos cuidadores sofrem depressão severa, (20%) depressão moderada e leve e (48%) não sentem deprimidos (Gráfico 2).

A depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social (JACKEL, 2006).

Os resultados desta pesquisa, corroboram com os achados dos estudos de (BANDEIRA et al., 2007, MAHONEY; KATONA, 2005) que salientam a ocorrência frequente de ansiedade e depressão em cuidadores de portadores de DA.

Investigações mostram que o estresse vivenciado por pessoas que exercem a função de cuidador do idoso com DA é significativamente maior do que das que cuidam de portadores de outras doenças. Existem algumas evidências de que cuidar de um idoso com DA resulta em níveis significativamente mais elevados de depressão, estresse, ansiedade e outros problemas de saúde (BANDEIRA et al., 2007).

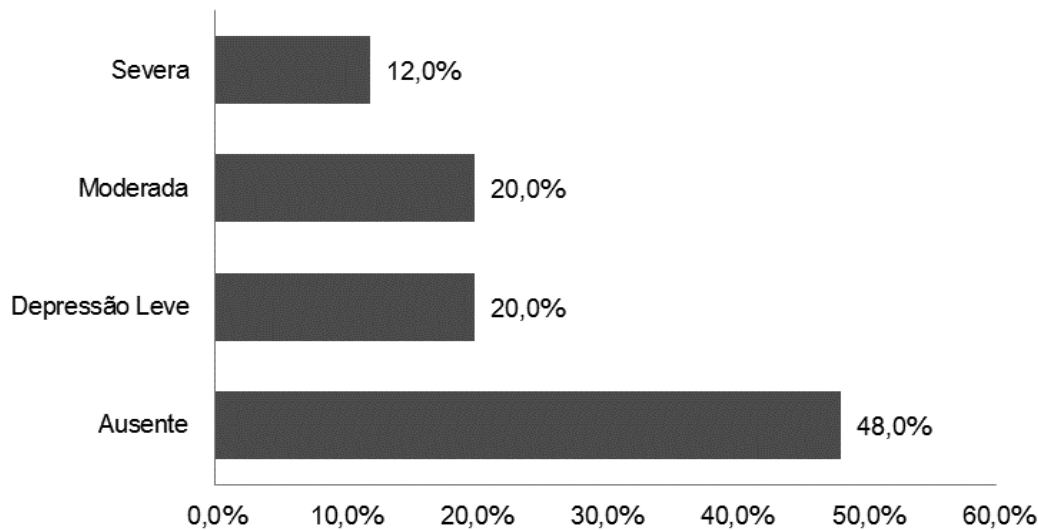


GRÁFICO 2 – DEPRESSÃO NOS CUIDADORES. GUARAPUAVA - PARANÁ, 2015
 FONTE: DADOS COLETADOS PELA AUTORA (2015).

Na tarefa de cuidados com o idoso que apresenta problemas cognitivos, como a DA, o familiar cuidador tende a apresentar mais sintomas de depressão, ansiedade e angústia, que, com o passar do tempo e com a progressão da doença, tendem a se tornar mais graves e severos (NERI; 2006, VALENTE I; ZIMMERMANN; FONSECA, 2010)

Nas investigações da depressão e relação com idade em cuidadores, (PAWLOWSKI et al., 2010), contou com uma amostra de 84 cuidadores e 101 não cuidadores que residiam na região metropolitana de Porto Alegre, concluíram que os cuidadores revelaram níveis mais elevados de sintomas depressivos e com maior gravidade nos aspectos cognitivos e afetivos do inventário de depressão quando comparados aos não cuidadores.

7. 5 Cortisol salivar dos cuidadores idosos com diagnóstico da DA

Em relação ao exame de cortisol salivar, foi realizado 03 amostras para cada paciente, contabilizando num total de 75 amostras (Gráfico 3).

No cortisol salivar - amostra manhã – através da mediana os resultados obtidos foram o valor de 0,50 ug/dl, com o valor mínimo de 0,33 ug/dl e valor máximo de 1,27 ug/dl, cujo valor de referência é inferior a 0,69 ug/dl.

Em contrapartida o cortisol salivar – amostra tarde - a mediana dos resultados obtidos foram o valor de 0,32 ug/dl, com o valor mínimo de 0,09 ug/dl e valor máximo 0,71 ug/dl, cujo valor de referência é inferior a 0,43 ug/dl.

Para os exames realizados – amostra noite – a mediana dos resultados foram 0,68 ug/dl, com o valor mínimo de 0,32 ug/dl e valor máximo de 1,26 ug/dl, cujo valor de referência é inferior a 0,35 ug/dl.

Neste estudo os resultados do cortisol de manhã e à noite foram os que deram significativa diferença de valores, mediante a premissa de que os cuidadores de idosos apresentam estresse crônico relacionado ao cuidado. Podendo se manifestar em concentrações alteradas de cortisol, mais de um terço da amostra dos cuidadores, apresentaram padrão atípico de secreção de cortisol e que quanto maior o tempo na função de cuidador, maior a concentração deste glicocorticoide, sugerindo que as demandas estressoras decorrentes do dia a dia estressante, possam influenciar o ritmo de secreção de cortisol destes cuidadores. Porém em resultado análogo a este estudo (JECKEL, 2006) conclui que os cuidadores eram mais ansiosos, deprimidos e estressados, apesar de não ter sido constatada elevação nos níveis de cortisol salivar.

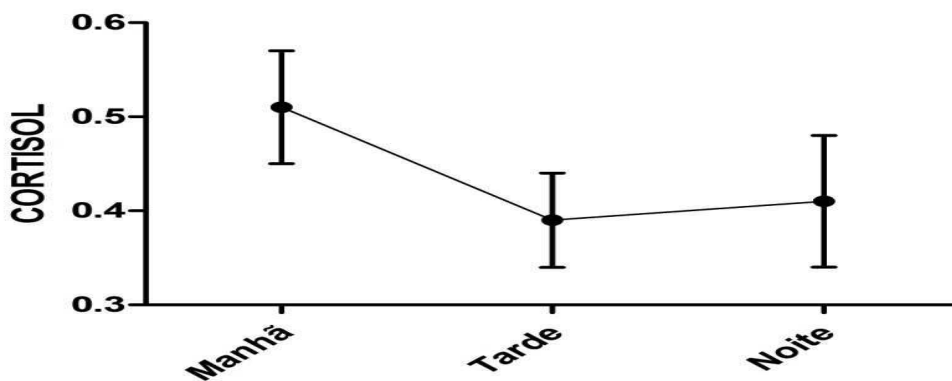


GRÁFICO 3 – CORTISOL SALIVAR DOS CUIDADORES. GUARAPUAVA - PARANÁ, 2015
 FONTE: DADOS COLETADOS PELA AUTORA (2015).

Na literatura (SOARES; ALVEZ, 2006) encontraram referências ao fato de cuidadores apresentarem sintomatologia depressiva, ansiosa, fóbica e de estresse, apresentarem valores altos de cortisol em relação a outros indivíduos.

Poehlmann (1998) realizou um estudo com 27 esposas que prestavam cuidados com o marido portador de Demência. Os resultados confirmam as

hipóteses que os cuidadores apresentavam índices mais elevados de estresse percebido, depressão, insatisfação com a vida e solidão.

7.6 Sinais e sintomas de infecções respiratória nos cuidadores de idosos diagnóstico de doença de Alzheimer

No que se refere aos sinais e sintomas de infecções respiratória nos cuidadores de idosos nos últimos 12 meses, 56,0% apresentaram coriza, obstrução nasal e mal estar, 40,0% declararam sentir dor de ouvido, dor torácica, dor de garganta e aumento da sensibilidade nos seios da face, 52,0% demonstraram rouquidão, 76,0% citou cefaleia, 60,0 % apontaram tosse, enquanto os outros sinais e sintomas apresentaram percentual menor. (GRÁFICO 4)

No que tange sobre as doenças respiratórias em cuidadores. Levando em conta as condições climáticas da nossa região como a diversidade das variabilidades dos valores meteorológicos. Verificou se alta taxa de morbidade entre os cuidadores, referentes às doenças provenientes do sistema respiratório. Havendo um significativo aumento da demanda ambulatorial nos meses de inverno, sobretudo nos quadros benignos de infecções das vias aéreas superiores (SOUZA et al., 2014).

Pesquisas apontam maior tendência destes cuidadores a contraírem doenças Infeciosas, de maneira especial infecções do trato respiratório superior, também apresentarem resposta menos eficiente à vacinação (JECKEL, 2006).

De acordo com Toyoshiwa, Ito e Gouveia (2005), as doenças respiratórias ocupam o segundo lugar em internamento no SUS e, apesar da importância das pesquisas epidemiológicas dessas doenças, existem poucas informações em nosso país acerca de sua frequência, distribuição, tendência e morbidade

Pesquisa realizada por (PEREIRA et al., 2011), monitoraram a ficha de acompanhamento de alguns participantes de sua pesquisa, a maioria relatou ter tido sinais e sintomas como: mal estar, calafrios, dor de cabeça, secreção nasal, dor de garganta, tosse, entre outros, o que pode ser comparada à pesquisa atual.

Em outra pesquisa realizada por Soares et al. (2007), 50% dos participantes apresentaram dor de garganta, 45% apresentaram rouquidão e 27,3% apresentaram tosse. Os pesquisadores associam esses sinais e sintomas com o envelhecimento dos participantes, pois com a idade ocorrem alterações na laringe como a

calcificação e ossificação das cartilagens laríngeas. Ocorrendo a diminuição da mobilidade e atrofia muscular, causando rouquidão e tosse, tais sinais e sintomas podem estar relacionado com alergias nas vias respiratórias como bronquite, rinite e laringite. Ocasionalmente edema nas mucosas respiratórias e gerando sintomas como tosse, dor de garganta e rouquidão.

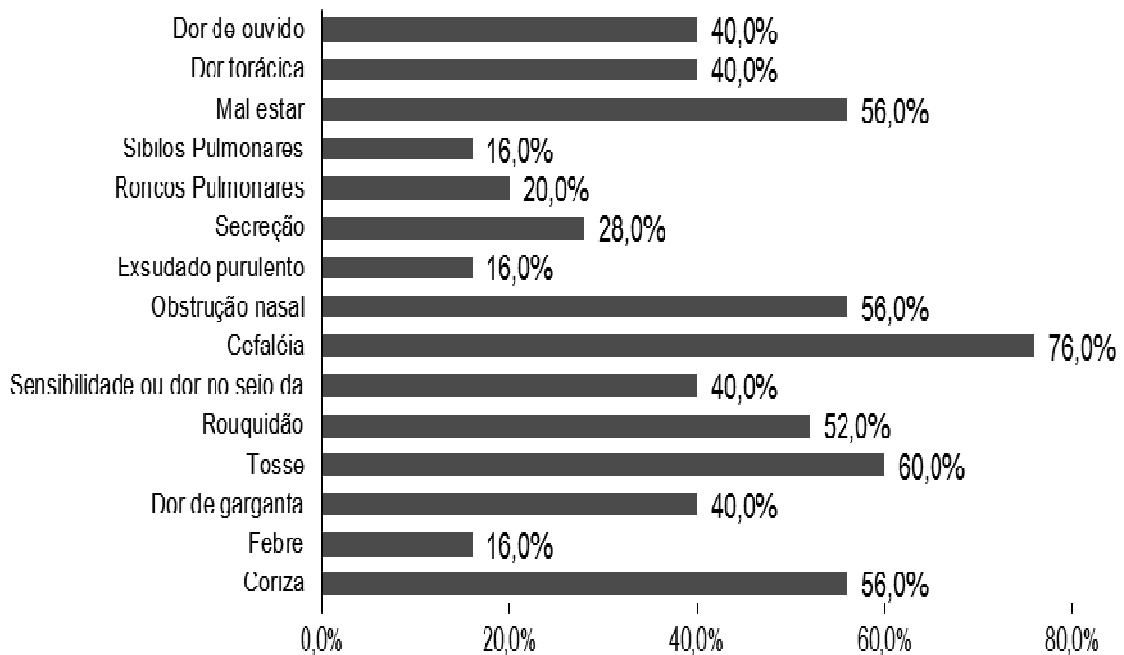


GRÁFICO 4 – SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO RESPIRATÓRIA NOS CUIDADORES. GUARAPUAVA - PARANÁ, 2015
 FONTE: DADOS COLETADOS PELA AUTORA (2015).

7. 7 Qualidade de vida dos cuidadores de idosos diagnóstico de doença de Alzheimer

Na Tabela 4 verifica-se a pontuação média e o desvio padrão dos domínios do SF-36 de acordo com as variáveis, a média foi (56,0) e o desvio padrão foi (22,3), observa as diferenças, estatisticamente significativas, nas médias dos domínios capacidade funcional e aspecto emocional no que se refere às horas dedicadas ao cuidado do idoso.

Assim como salientam (FERREIRA; ALEXANDRE, LEMOS, 2011), os resultados de seu estudo, corroboram com a presente pesquisa, mostrando que os três domínios do SF-36, como: domínios capacidade funcional, aspecto físico e

aspecto emocional, foram os que tiveram a pior pontuação, comparados as demais variáveis.

Oliveira et al. (2011), nos estudos sobre qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial, também relataram que além do aspecto físico, as menores medias dos escores do SF 36 foram as dimensões dor e vitalidade.

Tabela 4 - Pontuação média e o desvio padrão dos domínios do SF-36 de acordo com as variáveis dos cuidadores de idosos. Guarapuava - Paraná, 2015

Variáveis Domínio	Média	DP
Capacidade funcional	74,2	28,7
Aspectos físicos	50,0	46,8
Dor	53,0	22,9
Estado geral de saúde	52,7	15,6
Vitalidade	53,2	19,0
Aspectos sociais	64,4	28,1
Aspectos emocionais	40,0	48,1
Saúde mental	54,2	21,7
TOTAL	55,0	22,3

Fonte: A autora (2015)

O desenho dos estudos não permitiu comparar as séries de alterações do processo de saúde destes cuidadores.

Na literatura não encontramos estudos que buscassem essas variáveis estudadas. Ressaltando a importância mais ampla de novos estudos que busquem a comparar.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação foi realizada com população específica de uma Associação, não sendo, deste modo, passível de generalizações, principalmente no que diz respeito ao delineamento do estudo e tamanho da amostra.

Assim, foi possível evidenciar que a população de idosos com DA é composta por maioria do sexo feminino. Em relação ao estágio da doença a maioria dos pacientes são totalmente dependente e precisa de cuidados integrais, justificando o grau de dependência funcional, pois a maioria dos indivíduos deste estudo, são considerados dependentes, o que evidencia a evolução degenerativa da doença

Os cuidadores, em sua maioria, eram mulheres, filhas ou esposas, casadas, com escolaridade variando em torno de oito anos, com idade variando entre 21 e 79 anos, com referência à situação financeira, quase a metade da amostra a considera insatisfatória.

A sobrecarga está presente nos cuidadores, sendo considerado de grau moderado a severo, indicando forte possibilidade destes cuidadores evoluírem para grau mais severo. Prover dos cuidados de uma pessoa (família) em situação de dependência total, com prejuízo gravíssimo da memória, ocasiona índices preocupantes de sobrecarga física, social e emocional para o cuidador, trazendo consequências restritivas na sua vida pessoal.

A sobrecarga pode ser expressa por problemas psíquicos, manifestados por distúrbios como a depressão, nesta população a depressão está presente como resposta à exposição prolongada a uma situação de desgaste físico e emocional, potencialmente geradora de estresse.

Em relação ao exame cortisol salivar, os resultados do cortisol de manhã e à noite foram os que deram significativa diferença de valores, mediante a premissa de que os cuidadores de idosos apresentam estresse crônico relacionado ao cuidado, podendo se manifestar em concentrações alteradas de cortisol, mais de um terço da amostra dos cuidadores, apresentaram padrão atípico de secreção de cortisol e que quanto maior o tempo na função de cuidador, maior a concentração deste glicocorticoide, desta forma propiciando para o desenvolvimento de alguns sintomas de infecções respiratórias presentes nos cuidadores.

As demandas de cuidados produzidas pela DA e pelas necessidades de saúde do idoso passam a influenciar o cotidiano do cuidador, transformando seu contexto de vida. Perante a todos estes fatores a qualidade de vida dos cuidadores, mostrou-se alterada, podendo comprometer os cuidados por eles prestados e, evidenciando piora quando a capacidade funcional do idoso esteve mais comprometida.

Faz-se necessário a participação da equipe de saúde nos cuidados a essa população. Os cuidadores devem ser vistos e analisados conforme sua individualidade e necessidade. Por muitas vezes, a atenção é voltada para o idoso com DA que necessita de vários cuidados enquanto o cuidador não é visto, sendo que este precisa estar saudável para prestar uma assistência de qualidade ao idoso.

Espera-se com a presente pesquisa contribuir e despertar o interesse dos profissionais da saúde, sobre as infecções respiratórias e as principais doenças que acometem os cuidadores de pacientes com DA, com o intuito de possibilitar respectivas comparações entre os estudos, principalmente sobre a qualidade de vida

Espera-se que a pesquisa contribua para o desenvolvimento de novas estratégias das unidades de saúde no sentido de assistir de perto e prestar assistência ao cuidadores de pacientes com DA, evitando o surgimento de doenças advindas da sobrecarga de estresse.

Sugere-se a realização de investigações dos cuidadores relacionados ao cortisol, que permitam seguir os níveis de estresse nos cuidadores e explorar com maior profundidade a relação entre as variáveis sociodemográficas. Ressalta-se a necessidade de estudos nacionais que contemplem os fatores relacionados ao cuidador de idoso com DA, subsidiando o planejamento e a implementação de ações voltadas ao estresse vivenciado pelo cuidador.

REFERÊNCIAS

- ANJOS KF, BOERY RNSO, PEREIRA R; SANTOS, V, C; EDUARDO NAGIB BOERY,N, E; CASOTTI, A, C. Perfil de cuidadores familiares de idosos no domicílio. **Journal of Research: Fundamental Care** . online 2014
- APOSTOLOVA, L. G.; THOMPSON, P. M. **Mapping progressive brain structural changes in early Alzheimer's disease and mild cognitive impairment.** *Neuropsychologia*, v. 46, n.6, p. 1597-612, 2008.
- AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 492 – 499, set. 2009.
- AREZA-FEGYVERES, R. et al. Dementia pugilistica with clinical features of Alzheimer's disease. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v.65, n.3, p. 830-3, 2007.
- ARAUJO, C. L. O.; OLIVEIRA, J. F.; PEREIRA, J. M..Perfil de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer. **Revista Kairós de Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 119 – 137, mar. 2012
- ALMEIDA, O.P.; NITRINI, R. *Demência*. São Paulo: Fundação Byk, 1995.
- AIRES, M.; PASKULIN.G.M.L, MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Revista. Latino-Americana. Enfermagem** 18(1): [07 telas] 2010
- ALVES.C L, et al. Influência Das Doenças Crônicas Na Capacidade Funcional De Idosos. **Caderno. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8):1924-1930, ago, 2007.
- ASSIS, C. L. et al. Sintomas de estresse em concluintes do curso de psicologia de uma faculdade privada do norte do País. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v.21, n. 1, p. 23 – 28, jan – jun. 2013.
- ANDRIOLO, A. **Princípios básicos de medicina laboratorial**. In: Guias de medicina ambulatorial e hospitalar da UNIFESP-EPM. 2. ed. São Paulo: Manole, 2010. cap. 1, p. 1-10.
- BANDEIRA, Denise Ruschel et al. **Psychological distress in Brazilian caregivers of relatives with dementia**. *Aging & Mental Health*, Londres, v.11, n.2, p. 14-19, jan 2007
- BAUER, M. E. Estresse: Como ele abala as defesas do corpo? **Revista Ciência Hoje**, v. 30, n. 179, p. 20 – 25, jan – fev. 2002.
- BARBOSA, B. C. A. L.; KOOPMANS, F. F.; SILVEIRA, A. C. D. O Desenvolvimento de Competências do Cuidador do Paciente com Alzheimer a Partir das Ideias de Paulo Freire. **Revista Augustus**, v. 14, n. 29, p. 35 – 44, fev. 2009.

BECK AT, WARD CH, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUGH J. An inventory for measuring de-pression. **Arch Gen Psychiatry** 1961; 4:561-571.

BENAVENTE, S. B. T.; COSTA, A. L. S. Respostas Fisiológicas e Emocionais ao Estresse em Estudantes de Enfermagem: Revisão Integrativa da Literatura Científica. **Acta Paul. De Enfemagem**, v. 24, n. 4, p. 571 – 576, 2011.

BORGHI, Ana Carla et al . Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. **Rev. Gaúcha Enfermagem.**, Porto Alegre, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

CAIXETA, L. **Doenças de Alzheimer.** 1 ed. VitalSource Bookshelf. ArtMed, 2012.

CAMARANO, A. A. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60?.**Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604p

CAMARANO, A.A; KANSO, S. Texto para discussão nº 1426. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados.** Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

CAMPOS, P. H. F.; SOARES, C. B. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia. Revista**, v. 11, p. 219-237, 2005.

CARTAXO et al., Vivência Dos Cuidadores Familiares De Idosos Dependentes: Revelando Estratégias Para O Enfrentamento Do Cotidiano. **Estudos. Interdisciplinares do envelhecimento.**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 59-74, 2012

CHAIMOWICZ, F. A Saúde dos Idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184 – 200, abril. 1997.

Companhia de Tecnologia da Informação e Comunicação do Paraná –**Celepar, 2015.**

CUNHA, J. (2001). **Manual em português das Escalas Beck.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

CRUZ, M. N.; HAMDAM, A. C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n. 2, p. 223 – 229, abr – jun. 2008.

DONALISIO, M. R.; FRANCISCO, P. M. S. B.; LATORRE, M. R. D. O. Tendência da Mortalidade por Doenças Respiratórias em idosos antes e depois das campanhas de

vacinação contra Influenza no Estado de São Paulo – 1980 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 1, p. 32 - 41, 2006.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2007.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O Processo de Envelhecimento: As Principais Alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Revista Científica Internacional**, v. 1, n. 7, p. 106 – 194, jan- mar. 2012.

FERREIRA, Caroline G.; ALEXANDRE, Tiago S.; LEMOS, Naira D. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliar. **Saúde sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 398-409, 2011.

FERREIRA, A.M.A, **Validação laboratorial do teste de cortisol salivar e índice cortisol/creatinina na primeira urina da manhã no Hospital Santo Antônio, Centro Hospitalar do Porto**. Tese para Doutorado em Ciências - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011

FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALISIO, M. R.; LATORRE, M. R. D. O. Internações por doenças respiratórias em idosos e a intervenção vacinal contra influenza no Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 2, p. 220 – 227, 2004.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 3, p. 428 – 435, 2006.

FREITAS, I.C.C; PAULA, C, C, K; SOARES, L, J; PARENTE, M, C, A. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectiva da família do cuidador. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília 2008.

GRDEN, B.R.C, **Síndrome Da Fragilidade Física E As Características Sociodemográficas De Idosos Longevos**. Tese para Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2015

GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Lício Ferreira. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto contexto - Enfermagem**, Florianópolis, 2012 .

GARCES, B.B.S; KRUG, R.M; HANSEN, D; BRUNELLI, V.A; COSTA, L; ROSA, B.C;BIANCHI, A.P; MATTOS, Z.M.C;SEIBEL, R. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2012.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em Cuidadores de Idosos com Demência Atendidos em um Serviço Psicogeriátrico. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 835 – 841, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, D.W., RESCK, R.Z. A percepção dos cuidadores domiciliares no cuidado a clientes com sequelas neurológicas. **Revista de Enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 2009.

GOLDMAN, L.S., & LUCHINS, D.J. (1984). Depression in spouses of demented patients. **American Journal of Psychiatry**, 14, 1467-1468.

GONZÁLEZ, D. A.; VICTORIA, C. G.; GONÇALVES, H. Efeitos das Condições Climáticas no trimestre de Nascimento sobre Asma e Pneumonia na infância e na vida adulta em uma coorte no Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1089 – 1102, mai. 2008.

GONCALVES, L. H. T. et al. Perfil da Família Cuidadora de Idoso Doente/Fragilizado do Contexto Sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570 – 577, out – dez. 2006.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello et al . Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos?. **Ciências. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4479-4486, Nov. 2014 .

GRAEFF, G.F. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. (Supl I):S3-6. 2007

GRATAO, Aline Cristina M. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto & contexto enfermagem**., Santa Catarina, v. 21, n. 2, p. 304-312, 2012.

GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello et al . Impacto econômico da doença de Alzheimer no Brasil: é possível melhorar a assistência e reduzir custos?. **Ciências. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, p. 4479-4486, Nov. 2014 .

HOLANDA, I. T. A.; PONTE, K. M. A.; PINHEIRO, M. C. D. Idosos com Alzheimer: Um estudo descritivo. **Revista Rene**, v. 13, n. 3, p. 582 – 589, 2012.

HUNGHERS, C.P.; BERG, L.; DANZIGER, W.L.; COBEN, L.A.; MARTIN, R.L. A new clinical scale for the staging of dementia. **British Journal of Psychiatry**. [S.l.], v.140, n. 5, p.566-572, 1982.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2009. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

JECKEL, M.M.C, **Aspectos Psiconeuroimunológicos De Idosos Cuidadores De Pacientes Com Demência**. Tese do programa de pós-graduação em gerontologia biomédica Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, 2006.

KIRSCHBAUM, C., & HELLHAMMER, D.H. (1989). Salivary cortisol in psychobiological research: An overview. **Neuropsychobiology**, 22, 150-169.

LAMPERT, S.S, Dissertação de Mestrado. **Rede De Apoio Social, Resiliência E Marcadores Imunológicos Em Idosos Cuidadores De Pacientes Com Demência**. Pontifícia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul Programa De Pós-Graduação Em Gerontologia Biomédica, Porto Alegre, 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LENARDT, H.M, CARNEIRO, K.H. N, Associação Entre As Características Sociodemográficas e a Capacidade Funcional De Idosos Longevos Da Comunidade, **Revista Cogitare Enfermagem**. Jan/Mar; 18(1):13-20. 2013.

LENARDT, M.H.; et al.; A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Revista. Colômbia Médica**, v. 42, nº 2 (Supl 1), p. 17-25, Abr./Jun. 2011.

LOPES, O, L; CACHIONI, M. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. **Revista. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**., Rio de Janeiro, 2013.

LOURENÇO, M.T.et al. Independência Funcional Em Idosos Longevos Na Admissão Hospitalar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Jul-Set; 23(3): 673-9. 2014.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S. Características de idosos com doença de alzheimer e seus Cuidadores: uma série de casos em um serviço de Neurogeriatria. **Texto Contexto Enfermagem**, v.15, n.4, p. 587-594, 2006.

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v. 26, n.1, p. 135 – 145, 2004.

MAHONEY, Rachel; KATONA, Cornelius. Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, San Diego, v.13, n.9, p. 795-801, set 2005.

MONTANO, M. B. M. M.; RAMOS, L. R. Validade da Versão em Português da Clinical Dementia Rating. **Revista Saúde Pública**, v.39, n.6, p. 912 – 917, 2005.

NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papyrus, 2006.

MOREIRA, Virginia. O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. **Psicologia. Reflexão. Crítica.**, Porto Alegre, 2004.

OLIVEIRA, K.C.V. et al. (Mini-exame do Estado Mental (MEEM) e Clinical Dementia Rating (CDR) em idosos com Doença de Alzheimer) 16, 101-106. **Revista Neurociencia**, 2011.

PAULA, A.J, ROQUE, P.F, ARAÚJO, S.F. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 57(4):283-287. 2008.

PEREIRA, T. S. S. et al. Estudo dos efeitos adversos e do efeito protetor da vacina contra influenza em idosos vacinados pela rede pública no município de Tubarão, Estado de Santa Catarina. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, n. 1, p. 48 – 52, jan – fev. 2011.

PIMENTA, F. A. P, et al . Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. **Revista. Associação. Medicina. Brasileira.**, São Paulo , v. 54, n. 1, Feb. 2008 .

PINTO, M. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paul. Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 652 – 657, 2009.

POEHLMANN, K.M. (1998). “**The effects of psychological stress on cardiovascular and neuroendocrine reactivity**”. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering, 59(8-B), 4541.

ROCHA, F, C, V; Santos W, C, L, B; Lima, A, F; MOURA, B, E, M; SOUSA, M, M, C; MONTEIRO, S, F, C. Cuidador familiar: dificuldades para cuidar do idoso no domicílio. **Revista pesquisa cuidado fundamental**.online 2011.

ROSA, A. M. et al. Análise das Intervenções por Doenças Respiratórias em Tangará da Serra – Amazônia Brasileira. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n. 8, p. 575 – 582, 2008.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n 3, p. 115 – 122, mar. 2010.

SANTANA, F, R; ALMEIDA, S, K; SAVOLDI, M, A, N; Indicativos de aplicabilidade das orientações de enfermagem no cotidiano de cuidadores de portadores de Alzheimer. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 2009.

SEIMA, D.M, LENARDT, H.M, A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 10, n. 2, p. 388 - 398, ago./dez. 2011.

SENA Edite Lago da Silva; GONCALVES, Lucia HisakoTakase. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer - Perspectiva da filosofia de Merleau-Ponty. **Texto contexto - enfermagem.**, Florianópolis, 2008.

SILVA, M. J. et al. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos na cidade de Fortaleza – Ceará. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n. 6, p. 201 – 206, 2006.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1629 – 1638, ago. 2006.

SCHNEIDER,H.R, MARCOLIN, D, DALACORTE,R.R, Avaliação funcional de idosos. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1629 – 1638, ago. 2006.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585 – 593, out – dez. 2008.

TOYOSHIWA, M. T. K.; ITO, G. M.; GOUVEIA, N. Morbidade por doenças respiratórias em pacientes hospitalizados em São Paulo/SP. **Revista Associação. Med. Brasileira**, v. 51, n. 4, p. 209 – 213, 2005.

TRENTINI et al. A percepção de qualidade de vida do idoso avaliada por si próprio e pelo cuidador.11(2), 191-197. **Estudos de Psicologia**, 2006.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548 – 554, 2009.

APENDICES

APENDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) Colaborador (a),

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa (**AVALIAÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS E CUIDADORES DE PACIENTES COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER**), sob a responsabilidade da pesquisadora (Katuscia de Oliveira Francisco Gabriel), que irá investigar (Avaliar o processo saúde doença nos idosos e cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer Guarapuava-PR) busca-se com esta pesquisa avaliar as condições de saúde dos idosos e cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer, a finalidade é descrever aspectos que levam o estress relacionados aos cuidadores de pacientes de idosos portadores da Doença de Alzheimer e proporcionar a melhora da qualidade de vida para ambos.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Se você deseja participar da pesquisa os procedimentos que serão realizados na sua casa são: avaliações que incluem: entrevista, aplicação de testes, e questionários sobre avaliações de aspecto físico, social e mental. Coleta de uma amostra de sangue do que será realizado por um pesquisador da área da saúde, sem haver custos para o paciente.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: Serão realizadas coletas de salivas, por meio de um tubo chamado salivette, esse procedimento é indolor, como também será realizados questionários, avaliações e poderão trazer algum tipo de desconforto como constrangimento. A coleta será por um profissional da saúde com experiência e capacitado para este tipo de trabalho, empregando material esterilizado e descartável. A finalidade da coleta de saliva será a análise de algumas substâncias que estão na saliva e que poderão indicar o estresse. Se você precisar de algum tratamento, orientação e encaminhamento, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da pesquisa, o pesquisador se responsabiliza pela assistência integral, imediata e gratuita.

3. BENEFÍCIOS: Espera-se que esse estudo traga o conhecimento das condições sobre a saúde dos cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer. Com isso pretende-se realizar orientações sobre o estresse e realizar o apoio interdisciplinar aos cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o (a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por (exames, avaliações questionários.) serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas (respostas, dados pessoais, dados de exames laboratoriais, de avaliações físicas, sociais e avaliações mentais) ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos (as) (questionários, fichas de avaliação.) nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Katiuscia De Oliveira Francisco Gabriel
Endereço: Rua Ponta Grossa nº139
Telefone para contato: 42 99273741
Horário de atendimento: 8:00 às 11:00 e 13:30 às 17:30

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante / Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

APENDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa (**AVALIAÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS E CUIDADORES DE PACIENTES COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER**), sob a responsabilidade da Pesquisadora (Katiúscia de Oliveira Francisco Gabriel), que irá investigar o processo saúde-doença nos idosos e cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer. A busca-se com esta pesquisa avaliar as condições de saúde dos idosos e cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer, a finalidade é descrever aspectos que levam o estresse relacionados aos cuidadores de pacientes de idosos portadores da Doença de Alzheimer e proporcionar a melhora da qualidade de vida para ambos.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Se você deseja participar da pesquisa os procedimentos que serão realizados na sua casa são: avaliações que incluem: entrevista, aplicação de testes, e questionários sobre avaliações de aspecto físico, social e mental, sem haver custos para o paciente.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: Serão realizados questionários e avaliações e poderão trazer algum tipo de desconforto como constrangimento. A finalidade das avaliações e questionários são avaliar o grau de dependência do paciente com Alzheimer. Se você precisar de algum tratamento, orientação e encaminhamento, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da pesquisa, o pesquisador se responsabiliza pela assistência integral, imediata e gratuita.

3. BENEFÍCIOS: Espera-se que esse estudo traga o conhecimento sobre as condições de saúde dos pacientes com demência de Alzheimer. Com isso pretende-se realizar orientações e apoio interdisciplinar aos pacientes com demência de Alzheimer.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o (a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas por (avaliações e questionários) serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas, dados pessoais, avaliações físicas, sociais e avaliações mentais, ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos (questionários, fichas de avaliação) nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Kátiuscia de Oliveira Francisco Gabriel
Endereço: Rua Ponta Grossa nº139
Telefone para contato: 42 99273741
Horário de atendimento: 8:00 às 11:00 e 13:30 às 17:30

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante / Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE III
Questionário sobre Infecções Respiratórias

Nome

Idade

Nos últimos doze meses o Sr (A) teve algum desses sintomas?

Coriza Sim () Não ()

Febre Sim () Não ()

Dor de garganta Sim () Não ()

Tosse Sim () Não ()

Rouquidão Sim () Não ()

Aumento da sensibilidade ou dor no seio da face Sim () Não ()

Cefaléia Sim () Não ()

Obstrução nasal Sim () Não ()

Exsudado purulento Sim () Não ()

Aparecimento ou aumento da produção habitual de secreção Sim () Não ()

Roncos Pulmonares Sim () Não ()

Sibilos Pulmonares Sim () Não ()

Mal estar Sim () Não ()

Dor torácica Sim () Não ()

Dor de ouvido Sim () Não ()

APÊNDICE IV

Questionário Sócio Demográfico

Nome

Idade _____ Anos

DN:

Sexo () F () M

Raça: Branca () Negro () Amarela () Pardo () Outros

Naturalidade:

Estado:

País:

Estado Civil: Solteiro/a () Casado () Viúvo/a () Divorciado/a

() Amasiado/a

N° de Filhos:

Escolaridade: () Analfabeto

Anos de estudo: _____

Tabagismo: () Sim () Não

Quantidade/dia:

Tempo de Exposição:

Renda: () < 1 salário () 1 salário () 2 salários () 3 salários ou mais

Tipo de moradia: () Alvenaria () Madeira () Pré-moldado () Outro

Condições de higiene/moradia: () Precária () Ruim () Boa () Ótima

Saneamento básico: () Água () Luz () Esgoto () Destino do lixo

Apêndice V

ALGUMAS RECOMENDAÇÕES PARA COLETAR CORTISOL SALIVAR:

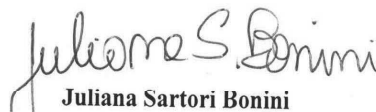
- Remova a tampa superior do tubo.
- Coloque o algodão, presente no recipiente suspenso, debaixo da língua e aguarde um período de 2 a 3 minutos.
- Se preferir, pode mastigar levemente o algodão, mantendo-o o máximo possível embebido com saliva. Durante esse período de coleta não é permitido ingestão de água, alimento ou qualquer tipo de líquido.
- Retorne o algodão para o interior do recipiente suspenso, fechando com a tampa logo a seguir.
- O tubo pode ser encaminhado imediatamente ao laboratório sem refrigeração. No entanto, em casos onde o transporte não será efetuado imediatamente, aconselha-se a refrigeração da amostra entre 20 e 80C. A amostra refrigerado poderá ser recebida no laboratório com até 48 horas da coleta.
- Coletar, de preferência, até 2 horas após o horário de acordar ou conforme solicitação,
- jejum não necessário após dieta leve, ou 3 horas após as principais refeições (almoço ou jantar), por um período de 30 minutos antes da coleta não ingerir nenhum alimento ou bebida (com exceção de água);
- imediatamente antes da coleta é aconselhável lavar a boca com água através de bochechos leves, não é recomendável a coleta em casos de lesões orais com sangramento ativo ou potencial;
- não ter feito tratamento dentário nas últimas 24 horas, não ter escovado os dentes nas últimas 3 horas, a fim de evitar sangramento gengival;
- colocar o algodão, presente no recipiente suspenso, debaixo da língua e aguarde um período de 2 a 3 minutos. Se preferir, pode mastigar levemente o algodão, mantendo-o o máximo possível embebido com saliva. Durante esse período de coleta não é permitido ingestão de água, alimento ou qualquer tipo de líquido;



CARTA DE AUTORIZAÇÃO/ANUÊNCIA

Eu, Juliana Sartori Bonini Presidente da (Associação De Estudos, Pesquisa e Auxilio Aos Portadores De Alzheimer), tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada "AVALIAÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS E CUIDADORES DE PACIENTES COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER" sob responsabilidade da pesquisadora (Katuscia de Oliveira Francisco Gabriel) na Associação De Estudos, Pesquisa e Auxilio Aos Portadores De Alzheimer. Para isto, serão disponibilizados ao pesquisador o uso do espaço físico e documentos para análise

Guarapuava, 19 de novembro de 2014


Juliana Sartori Bonini
Presidente

Associação de Estudos, Pesquisas e auxílio a pessoa com Alzheimer.

associacaoaepapa@gmail.com
Rua: Inacio Krapinski, nº 1694
Bonsucesso, Guarapuava-Pr.
Telefone: (42) 3624-8988.

ANEXO I - AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequente mente	Sempre
1. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com NOME DO IDOSO(A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A)?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de NOME DO IDOSO(A)?					
8. O(a) Sr(a) sente que de NOME DO IDOSO(A) depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?					

ANEXO II - QUESTIONÁRIO DE PFEFFER (QPAF)

SIM É CAPAZ	1
NUNCA O FEZ, MAS PODERIA FAZER AGORA	2
COM ALGUMA DIFICULDADE, MAS FAZ	3
NUNCA FEZ E TERIA DIFICULDADE AGORA	4
NECESSITA DE AJUDA	5
NÃO É CAPAZ	6

1. (pessoa idosa) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?
2. (pessoa idosa) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?
3. (pessoa idosa) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?
4. (pessoa idosa) é capaz de preparar comida?
5. (pessoa idosa) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?
6. (pessoa idosa) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?
7. (pessoa idosa) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?
8. (pessoa idosa) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?
9. (pessoa idosa) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?
10. (pessoa idosa) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?
11. (pessoa idosa) é capaz de ficar sozinho (a) em casa sem problemas?

ANEXO III Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum.

Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algum a parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Anexo IV Inventário de depressão de Beck (IDB)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

1	0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar	5	0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado
2	0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar	6	0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido
3	0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso	7	0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enojado de mim 3 Eu me odeio
4	0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo	8	0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece

<p>9</p>	<p>0 Não tenho quaisquer idéias de me matar</p> <p>1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria</p> <p>2 Gostaria de me matar</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</p>	<p>15</p>	<p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p>
<p>10</p>	<p>0 Não choro mais que o habitual</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava</p> <p>2 Agora, choro o tempo todo</p> <p>3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria</p>	<p>16</p>	<p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p>
<p>11</p>	<p>0 Não sou mais irritado agora do que já fui</p> <p>1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo</p> <p>3 Não me irrito mais com coisas que costumavam me irritar</p>	<p>17</p>	<p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p>
<p>12</p>	<p>0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas</p> <p>3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas</p>	<p>18</p>	<p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p>
<p>13</p>	<p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p>	<p>19</p>	<p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p>
<p>14</p>	<p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p>	<p>20</p>	<p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p>

21	0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo 1 Estou menos interessado por sexo do que costumava 2 Estou muito menos interessado por sexo agora 3 Perdi completamente o interesse por sexo		
-----------	---	--	--

ANEXO V- Avaliação das atividades de vida diária(AVD).

<p>BANHO : banho de esponja, de banheira ou de chuveiro</p> <p>() Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se a banheira é seu modo habitual de banhar-se);</p> <p>() Recebe ajuda para banhar apenas uma parte do corpo;</p> <p>() Recebe ajuda para banhar mais de uma parte do corpo;</p>
<p>VESTIR ROUPAS : pega suas roupas de armários ou gavetas (inclusive roupas de baixo, sobretudos, casacos) e lida bem com fechos(inclusive órteses, se for o caso).</p> <p>() Pega suas roupas e consegue vestir-se completamente sem ajuda;</p> <p>() Pega suas roupas e veste-se sem ajuda, exceto para dar laços nos sapatos;</p> <p>() Recebe ajuda para pegar suas roupas ou para vestir-se, ou fica parcial ou completamente despido.</p>
<p>USO DO TOALETE- ir ao “banheiro” para eliminação intestinal e urinária; limpar-se depois da eliminação, e despir/vestir as roupas sem ajuda.</p> <p>() Vai ao banheiro, lava-se e arruma as roupas sem ajuda(pode usar objeto para apoio, por exemplo bengala, andador, ou cadeira de rodas, e pode lidar com urinol ou comadre durante a noite, esvaziando o recipiente pela manhã);</p> <p>() Recebe ajuda para ir ao “banheiro”, para limpar-se, ou para arrumar as roupas depois da eliminação, ou no uso noturno do urinol ou da comadre;</p> <p>() Não vai ao banheiro para o processo de eliminação.</p>
<p>CONTINÊNCIA</p> <p>() Autocontrole completo da diurese e dos movimentos intestinais;</p> <p>() Sofre “acidentes” ocasionais;</p> <p>() A supervisão ajuda a manter o controle urinário ou intestinal; usa cateter; ou é incontinente’</p>

ALIMENTAÇÃO

- () Alimenta-se sem ajuda;
- () Alimenta-se, exceto por receber ajuda para cotar carne ou passar manteiga no pão;
- () Recebe ajuda ao alimentar-se, ou é alimentado parcial ou completamente usando tubos ou líquidos intravenosos.

**ANEXO VI - AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA
ESCALA DE LAWTON (AIVD)**

ATIVIDADES		AVALIAÇÃO	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL		PONTOS	-----

Anexo VIII - Classificação do estágio da doença de Alzheimer (CDR).

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEMÊNCIA – CDR

INFORMANTE: _____ PACIENTE: _____

DATA: ___/___/___ Entrevistador: _____

• **Questionário para o INFORMANTE****MEMÓRIA (I)**

1. Ele/ela (paciente) tem problemas de memória ou raciocínio? Sim Não
- 1.1 Se sim, estes problemas acontecem sempre? Sim Não
2. O paciente consegue memorizar uma pequena lista de compras? Geralmente As vezes Raramente
3. Você notou perda de memória do paciente no último ano? Geralmente As vezes Raramente
4. Ele/ela consegue lembrar de acontecimentos recentes? Geralmente As vezes Raramente
5. A perda de memória está interferindo nas atividades diárias que o doente era capaz de fazer há alguns anos atrás? Sim Não
6. Ele/ela esquece de um acontecimento importante (ex. festa, casamento, viagem) algumas semanas depois de acontecido? Geralmente As vezes Raramente
7. O paciente esquece detalhes marcantes deste evento importante? Geralmente As vezes Raramente
8. Ele/ela esquece completamente informações importantes do passado (ex. data de nascimento/casamento, local de emprego)? Geralmente As vezes Raramente
9. Conte-me algum acontecimento recente e marcante, que o paciente deveria lembrar (ex. viagem, festa, visita). Anotar detalhes como: local do evento, momento do dia, quem estava presente, quanto durou, como o paciente chegou lá, etc.

O paciente não pode estar presente neste momento!!

10. Data de nascimento: ____/____/____ 11. Local de nascimento: _____

12. Última escola que o doente frequentou? Nome: _____

Local: _____ Escolaridade: _____

13. Qual foi o emprego principal do paciente (do cônjuge caso não tenha trabalhado)? _____

14. Qual foi o último emprego do paciente (ou do cônjuge)? _____

15. Em que ano o paciente (ou cônjuge) se aposentou? _____

ORIENTAÇÃO (I)

1. Com que frequência o paciente sabe corretamente o DIA DO MÊS?
 Geralmente Algumas vezes Raramente Não sabe responder
2. Com que frequência o paciente sabe corretamente em que MÊS estamos?
 Geralmente Algumas vezes Raramente Não sabe responder
3. Com que frequência o paciente sabe corretamente em que ANO estamos?
 Geralmente Algumas vezes Raramente Não sabe responder
4. Com que frequência o paciente sabe corretamente em que DIA DA SEMANA estamos?
 Geralmente Algumas vezes Raramente Não sabe responder
5. O paciente ao conversar tem dificuldade em situar os acontecimentos no tempo?
 Geralmente Algumas vezes Raramente Não sabe responder
6. Ele/ela consegue se orientar em ruas familiares/conhecidas?
 Geralmente Algumas vezes Raramente Não sabe responder
7. Ele/ela consegue ou sabe se deslocar de um local para o outro, fora da área próxima a sua residência?
 Geralmente Algumas vezes Raramente Não sabe responder
8. O doente consegue se orientar dentro de casa?
 Geralmente Algumas vezes Raramente Não sabe responder

JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS (I)

1. De um modo geral, se tivesse que avaliar a capacidade do doente para resolver um problema, consideraria esta capacidade:
 Tão boa como no passado
 Boa, mas não tanto como no passado
 Suficiente/razoável
 Má
 Sem qualquer capacidade/insuficiente
2. Qual a capacidade do doente para lidar com pequenas somas de dinheiro (ex. calcular troco)?
 Nenhuma perda de capacidade
 Perda moderada da capacidade
 Perda grave da capacidade
3. Qual a capacidade do paciente para lidar com assuntos financeiros mais complexos (ex. pagar conta, usar cheques)?
 Nenhuma perda de capacidade
 Perda moderada da capacidade
 Perda grave da capacidade

4. Como o paciente lida com uma pequena emergência em casa (ex. cano furado, pequeno incêndio)? Por que?

- Tão bem quanto antigamente
- Pior do que antes, devido às alterações de memória/raciocínio/pensamento
- Pior do que antes, devido a outras razões (Quais? _____)

5. O paciente consegue entender alguma situação quando isto é explicado para ele?

- Geralmente Às vezes Raramente Não sei responder

6. Ele/ela se comporta de forma adequada, da maneira como costumava ser normalmente, nas situações sociais e na interação com outras pessoas?

- Geralmente Às vezes Raramente Não sei responder

ATIVIDADES NA COMUNIDADE (I)

Trabalho/Ocupação

1. O paciente ainda trabalha? Sim Não Não aplicável

Sim – prossiga para a pergunta 3

Não – prossiga para a pergunta 2

Não aplicável – prossiga para a pergunta 4

2. Os problemas de memória/raciocínio contribuíram para a decisão do paciente em se aposentar? (Pergunta 4 é a próxima) Sim Não Não aplicável

3. O doente tem dificuldades no emprego, devido aos problemas de memória/raciocínio?

- Sim Não Não aplicável

Vida social/Atividade social

4. O paciente já dirigiu alguma vez um automóvel? Sim Não Não aplicável

Se SIM: Ainda dirige? Sim Não Não aplicável

Se NÃO: É devido aos problemas de memória/raciocínio? Sim Não Não aplicável

5. O paciente é capaz de fazer compras sozinho(a)?

- Raramente ou nunca (precisa ser ajudado em qualquer ida às compras)
- Às vezes (Compra apenas algumas coisas, compra coisas dobradas e/ou esquece de outras)
- Geralmente Não sabe responder

6. O paciente consegue realizar atividades fora de casa sozinho?

- Raramente ou nunca (de um modo geral precisa de ajuda em qualquer atividade)
- Às vezes (tem participação limitada e/ou rotineira de atividades religiosas, reuniões, cabeleireiro, etc)
- Geralmente (participação ativa em atividades) Não sabe responder

7. O paciente é levado para atividades sociais fora de casa? Sim Não

Se NÃO – Por que? _____

8. Avaliando o comportamento do paciente, um observador casual diria que ele/ela está doente?

Sim Não

LAR E LAZER/CASA E PASSATEMPOS (I)

1. Que alterações foram observadas no paciente, com relação a sua capacidade em realizar tarefas domésticas?

2. Que tarefas ele/ela ainda consegue realizar corretamente?

3. Quais alterações foram observadas no paciente, com relação a sua capacidade de realizar passatempos?

4. Quais os passatempos que o doente ainda realiza bem?

5. Caso se encontre em um lar de terceira idade, quais as atividades domésticas e passatempos ele/ela ainda consegue realizar? _____

* *Tarefas domésticas: cozinhar, faxinar, tirar o lixo, reparos básicos, trabalhos de pátio, lavar roupa, etc*

* *Passatempos: costura, pintura, bordado, leitura, jardinagem, carterado, esporte, etc.*

Atividades do Dia-a-Dia

6. O paciente é capaz de realizar tarefas domésticas?

Sem perda Perda moderada Perda grave

7. A que nível é capaz de realizar tarefas domésticas simples e rotineiras?

Sem atividade significativa (realiza atividades simples, como fazer a cama, mas com muita supervisão)

Limitado para algumas tarefas simples (com supervisão consegue lavar a louça, colocar a mesa)

Independente em algumas atividades (usa eletrodomésticos – aspirador de pó, televisão, prepara refeições simples)

Executa todas as atividades (mas com algumas falhas)

Executa todas as atividades (como sempre)

CUIDADOS PESSOAIS (I)

	<i>Sem ajuda</i>	<i>Pequena ajuda (botões mal abotoados)</i>	<i>Sequencia errada, peças esquecidas</i>	<i>Incapaz de se vestir</i>
Vestir	0	1	2	3

	<i>Sem ajuda</i>	<i>Precisa de instruções</i>	<i>Às vezes precisa de ajuda</i>	<i>Precisa sempre de ajuda</i>
Higiene e aparência	0	1	2	3

	<i>De forma limpa, usa talheres adequados</i>	<i>Suja tudo e usa apenas colher</i>	<i>Sem ajuda só consegue comer sólidos simples</i>	<i>Precisa ser alimentado</i>
Alimentação	0	1	2	3

	<i>Controle total (normal)</i>	<i>As vezes urina na cama</i>	<i>Urina frequentemente na cama</i>	<i>Totalmente incontinente</i>
Controle esfinteriano	0	1	2	3

• **Questionário para o PACIENTE**

MEMÓRIA (P)

1. Você tem problemas de memória ou raciocínio? Sim Não
2. Há pouco o seu (marido, mulher, etc) me contou um acontecimento importante que ocorreu recentemente com o senhor (a). Poderia me contar o que aconteceu? (incentivar que sejam que o paciente diga datas, local, pessoas. Se for necessário pode identificar o acontecimento sem contar detalhes). Correto Parcialmente correto Incorreto
3. Vou dizer o nome e o endereço de uma pessoa, gostaria que você memorizasse, pois vou pedir para repetir mais adiante. (Repetir no máximo 3 vezes o nome e o endereço e dar 3 tentativas para o paciente. Sublinhar os itens repetidos corretamente em cada tentativa).

	Nome	Sobrenome	Rua	Número	Bairro
Tentativa 1	Maria	Da Silva	Rua Saldanha Marinho	54	Centro
Tentativa 2	Maria	Da Silva	Rua Saldanha Marinho	54	Centro
Tentativa 3	Maria	Da Silva	Rua Saldanha Marinho	54	Centro

4. Qual a sua data de nascimento? _____
5. Onde você nasceu? _____
6. Qual é o nome da última escola em que você estudou? Nome: _____
Lugar: _____ Grau: _____
7. Qual foi o seu emprego principal? (ou do marido caso não tivesse emprego) _____
8. Pode repetir o nome e o endereço que eu falei para o senhor (a) agora há pouco? (Sublinhar os itens repetidos corretamente em cada tentativa).

	Nome	Sobrenome	Rua	Número	Bairro
Tentativa 1	Maria	Da Silva	Rua Saldanha Marinho	54	Centro

ORIENTAÇÃO (P)

Registre literalmente a resposta do doente a cada pergunta!

1. Que dia é hoje (data numérica)? _____ Correto Incorreto
2. Qual é o dia da semana? _____ Correto Incorreto
3. Em que mês estamos? _____ Correto Incorreto
4. Qual é o ano? _____ Correto Incorreto
5. Que lugar é este aqui? _____ Correto Incorreto
6. Qual o nome desta cidade? _____ Correto Incorreto
7. Sem olhar no relógio, sabe me dizer que horas são agora? (aceitar ± 1 hora)
Hora verdadeira: _____ Hora dada pelo paciente: _____ Correto Incorreto
-

8. Na sua opinião (entrevistador), o paciente sabe quem é o seu informante? Sim Não

JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS (P)

Instruções: Caso a resposta inicial do doente não mereça uma avaliação de 0, insista no assunto para identificar o melhor entendimento do problema por parte do doente. Marque com um círculo a resposta que mais se aproxima.

Semelhanças

1. Se eu perguntar qual a semelhança entre uma banana e uma laranja, uma resposta certa seria dizer que as duas são frutas. Agora gostaria que o senhor (a) me diga em que são parecidos/semelhantes:

1.1 Cachorro e leão! Resposta: _____

Animais, mamíferos, carnívoros Resposta concreta (4 patas, rabo, pelo) Resposta sem sentido ou NS

1.2 Mesa e cadeira! Resposta: _____

Mobília, móveis Resposta concreta (de madeira, com pés) Resposta sem sentido ou NS

Diferenças

1. Se eu perguntar qual a diferença entre uma colher e uma pá, uma resposta certa seria dizer que a colher é um utensílio para pegar alimentos e a pá para abrir um buraco no chão, por exemplo. Agora gostaria que o senhor (a) me diga em que são diferentes:

1.1 Açúcar e vinagre! Resposta: _____

Doce e ácido Resposta concreta (para colocar no café e outra salada) Resposta sem sentido ou NS

1.2 Roubo e engano! Resposta: _____

Intencional e não intencional Só explica um deles Resposta sem sentido ou NS

Cálculos

1. Quantas moedas de 50 centavos são necessário para ter R\$ 2,00? _____ Correto Incorreto

2. Quantas notas de 5 reais são necessárias para ter R\$ 20,00? _____ Correto Incorreto

3. Agora eu vou lhe pedir para fazer algumas contas. Quanto é:

20 – 3: _____ 17 – 3: _____ 14 – 3: _____ 11 – 3: _____ 8 – 3: _____ 5 – 3: _____

Correto Parcialmente correto Incorreto

Crítica

1. Se você chegasse numa cidade desconhecida e quisesse localizar um amigo, como faria? _____

Consultava uma lista telefônica, telefonava para um conhecido em comum

Telefonava para a polícia

Resposta sem sentido ou não sabe

2. O que você faria se visse fumaça saindo da janela de seu vizinho? _____

Chamava os bombeiros, avisava as pessoas e/ou ajudava

Dá apenas uma alternativa correta

Resposta sem sentido ou não sabe

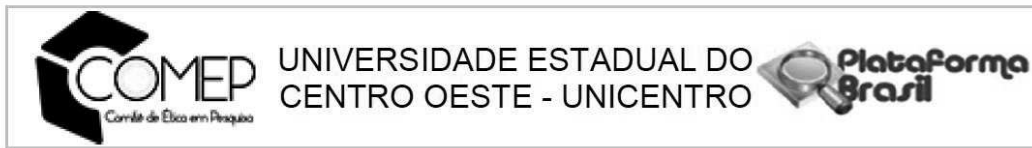
3. Porque o senhor (a) acha que está sendo entrevistado (realizando este exame)? Qual é seu estado de saúde?

Bom discernimento

Discernimento parcial

Pouco discernimento

ANEXO VII - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS E CUIDADORES DE PACIENTES COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER

Pesquisador: katuscia de Oliveira Francisco Gabriel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39087114.0.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 896.296

Data da Relatoria: 01/12/2014

Apresentação do Projeto:

O presente projeto tem por objetivo, avaliar o processo saúde doença nos idosos e cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer Guarapuava-PR. Estimam-se que os cuidadores de idosos com Alzheimer apresentam um risco elevado de estress. Para o desenvolvimento da pesquisa serão utilizados tanto a aplicação de questionários como amostras bioquímicas.

O projeto está sob a responsabilidade da pesquisadora katuscia de Oliveira Francisco Gabriel, da UNICENTRO, com a participação dos pesquisadores Juliana Sartori Bonini e Emerson Carraro. O Cronograma de execução está descrito como, período de novembro 2014 a dezembro de 2015.

Objetivo da Pesquisa:

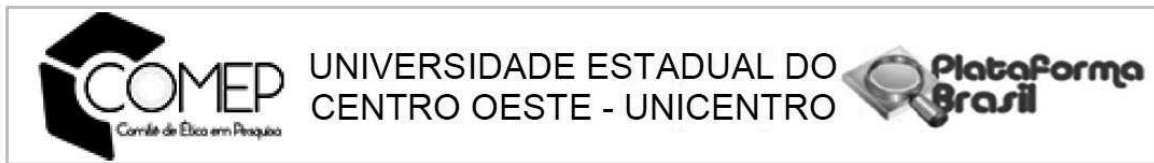
Objetivo Primário:

Avaliar o processo saúde doença nos idosos e cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer Guarapuava-PR.

Objetivo Secundário:

- Investigar a prevalência de depressão dos cuidadores através do inventário de depressão de Beck

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 896.296

(BDI)

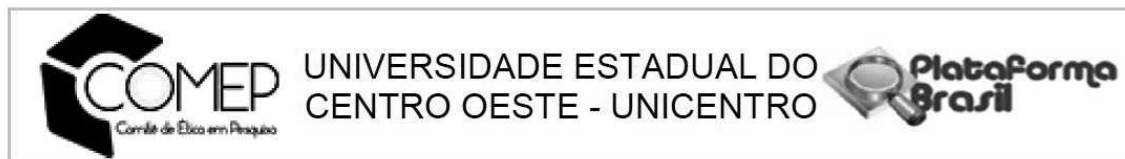
- Traçar o perfil sócio dos cuidadores dos pacientes com DA;
- Correlacionar o nível de cortisol sanguíneo dos cuidadores com o estadiamento dos pacientes com DA;
- Estimar a prevalência de patógeno nos casos de infecções de vias respiratórias dos cuidadores dos pacientes com DA;
- Avaliar e comparar o nível de “Estresse do Cuidador” nos cuidadores de idosos com demência de Alzheimer e nos cuidadores de pacientes sem a patologia;
- Correlacionar o nível de “Estresse do Cuidador” nos cuidadores de idosos com demência de Alzheimer nos diferentes estadiamentos da patologia;
- Compor material didáticos direcionado para os cuidadores de acordo com as demandas apresentadas por estes;
- Realizar a Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) ao cuidador de idoso com Alzheimer;
- Avaliar a qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer;
- Correlacionar o nível de “Estresse do Cuidador” nos cuidadores de idosos com demência de Alzheimer com a funcionalidade global dos pacientes com DA;
- Levantar os principais aspectos determinantes (social, econômico, saúde) sobre o estress do cuidador de pacientes com DA;
- Correlacionar o nível de depressão nos cuidadores de idosos com demência de Alzheimer nos diferentes estadiamentos da patologia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: o pesquisador relata que “Conforme afirma a Resolução CNS nº 466/2012, toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Considera-se que esta pesquisa apresenta riscos mínimos. Os participantes poderão estar expostos a constrangimento haja vista que será realizada entrevista em grupo. Contudo, durante a pesquisa, a todo momento, serão consideradas as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual desses. O pesquisador se responsabiliza por quaisquer problemas decorrentes desta pesquisa, mesmo os não previstos, bem como pela assistência imediata e gratuita”.

BENEFÍCIOS: o pesquisador relata que “Assim busca-se com este projeto avaliar as condições de saúde dos idosos e cuidadores de pacientes com demência de Alzheimer, com a finalidade de descrever aspectos que levam ao estress com os cuidadores de pacientes de idosos portadores da

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carli **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 896.296

Doença de Alzheimer e proporcionar a melhora da qualidade de vida dos cuidadores e pacientes, visto que no Brasil, existe uma escassez de dados referentes ao estresse nos cuidadores de idosos com DA”.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta bom delineamento, objetivos delimitados, materiais e cronograma adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Com relação aos termos exigidos para a segurança do sujeito, no fulcro dos preceitos éticos, constatou-se:

- Apresentação adequada da Folha de Rosto (Anexo – Folha de rosto.pdf);
- Apresentação do Projeto de Pesquisa Original (Projeto de Pesquisa Mestrado.doc);
- Apresentação do Projeto de Pesquisa (Anexo – P B _ I N F O R M A Ç Õ E S _ B Á S I C A S _ D O _ P R O J E T O _ 4 3 2 2 5 5 . p d f) ;
- Apresentação da Carta de Anuência referente a autorização da AEPAPA (Anexo – Carta anuência.jpg);
- Os questionários para o desenvolvimento da pesquisa constam nos anexos, como segue: (Anexo - Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).docx; AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA ESCALA DE LAWTON (AIVD).docx; Avaliação das atividades de vida diária(AVD).docx; Inventário de depressão de Beck (IDB).docx; Questionário de Qualidade de Vida -SF-36.docx; QUESTIONÁRIO DE PFEFFER (QPAF).docx; Avaliação da sobrecarga dos cuidadores.docx; Questionário sócio demográfico.docx; Questionário sobre infecções respiratórias.docx;);
- Apresentação do TCLE (Anexo - TCLE Doentes de Alzheimer.doc e TCLE - Cuidador.doc);

Recomendações:

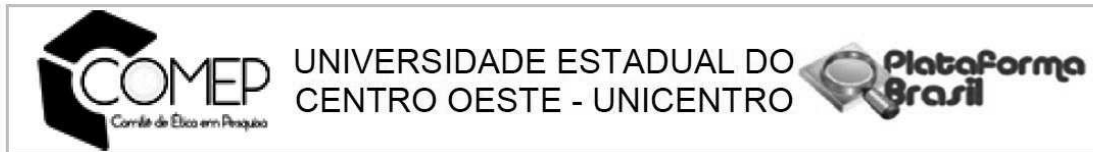
Ressalta-se que segundo a Resolução 466/2012:

XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL - f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com base no disposto na Resolução CNS N° 466/12, a pesquisa apresenta condições à sua execução.

Endereço: Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carlí **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 896.296

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PROJETO APROVADO

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até 30 (trinta) dias após o término da pesquisa.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê por meio de emenda.

GUARAPUAVA, 03 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Tatiane Baratieri
(Coordenador)