



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO**



**VANOVYA ALVES CLAUDINO CESÁRIO**

**ESTRESSE DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSO PORTADOR DE DOENÇA DE  
ALZHEIMER E SEUS FATORES ASSOCIADOS**

**RECIFE  
2015**

VANOVYA ALVES CLAUDINO CESÁRIO

ESTRESSE DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSO PORTADOR DE DOENÇA DE  
ALZHEIMER E SEUS FATORES ASSOCIADOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva - PPGISC do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia

Linha de pesquisa: Saúde do Idoso

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Márcia Carréra Campos Leal  
Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ana Paula de Oliveira Marques

RECIFE  
2015

Ficha catalográfica elaborada pela  
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

C421e Cesário, Vanovya Alves Claudino.  
Estresse do cuidador familiar de idoso portador de doença de alzheimer e seus fatores associados / Vanovya Alves Claudino Cesário. – Recife: O autor, 2015.  
97 f.: il.; tab.; gráf.; 30 cm.

Orientadora: Márcia Carréra Campos Leal.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2015.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Cuidadores. 2. Doença de Alzheimer. 3. Estresse psicológico. I. Leal, Márcia Carréra Campos (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2015-097)



**ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, DO PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA DO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO,  
NO DIA 10 DE MARÇO 2015**

PRO-REITORIA PARA ASSUNTOS  
DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



No dia 10 (dez) de março de dois mil e quinze (2015), às 14h, no auditório do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a defesa de Dissertação intitulada “**ESTRESSE DO CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSO PORTADOR DE DOENÇA DE ALZHEIMER E SEUS FATORES ASSOCIADOS**” do(a) aluno(a) **VANOYVA ALVES CLAUDINO CESÁRIO**, na área de concentração **Saúde Coletiva**, sob a orientação do Prof(a) Márcia Carrera Campos Leal. O mestrando(a) cumpriu todos os demais requisitos regimentais para a obtenção do grau de Mestre em **Integrado em Saúde Coletiva**. A Banca Examinadora foi indicada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Integrado em Saúde Coletiva, na sua 47ª Reunião Ordinária e homologada pela Diretoria de Pós-Graduação, através do Processo nº 23076.007839/2015-85 em 25/02/2015, composta pelos Professores: Ana Paula de Oliveira Marques, do Departamento de Medicina Social da UFPE (membro interno); Carla Cabral dos Santos Accioly Lins, do Departamento de Anatomia da UFPE (membro externo); e Márcia Carréra Campos Leal, do Departamento de Medicina Social da UFPE (membro interno). Após cumpridas as formalidades, o candidato foi convidado a discorrer sobre o conteúdo da Dissertação. Concluída a explanação, o(a) candidato(a) foi argüido pela Banca Examinadora que, em seguida, reuniu-se para deliberar e conceder ao mesmo a menção, Aprovada da referida Dissertação. E, para constar, lavrei a presente Ata que vai por mim assinada, Secretário de Pós-Graduação, e pelos membros da Banca Examinadora.

Recife, 10 de março de 2015.

\_\_\_\_\_  
José Moreira de Oliveira  
Secretário do PPGISC

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ana Paula de Oliveira Marques

Profa. Carla Cabral dos Santos Accioly Lins

Profa. Márcia Carréra Campos Leal

Dedico a todos os cuidadores familiares de idosos com Alzheimer.

## AGRADECIMENTOS

Inicio agradecendo à Deus por ter guiado meus caminhos até o presente momento.

Agradeço aos meus pais: Minha mãe, Francisca de Fátima Alves, pela doçura incomparável, paciência, pelos inúmeros sacrifícios e abdições, pelo amor e preocupação contínua; e Vicente de Vasconcelos Claudino, meu pai, que diversas vezes pela simples preocupação de pai deixava tudo que tinha que fazer de lado para me acompanhar, apoiar e demonstrar seu cuidado e amor.

Aos meus irmãos, Jessyco, Karolyny, Raynyer e Vivi pelo simples fato de existirem em minha vida e serem os irmãos que sempre escolheria por sempre fazerem das minhas conquistas as deles.

Ao meu esposo, Honoré Vicente Cesário, pela paciência, amor, compreensão e companheirismo demonstrado, especialmente nessa fase da minha vida de intensa dedicação.

À tia Consuelo, pela sua constante solicitude em me ajudar, em qualquer que fosse a situação. Tendo sido a psicóloga que realizou todas as análises que necessitava sempre com um sorriso no rosto e me estimulando a fazer o meu melhor.

Aos meus amigos de turma, em especial, Mariana Navarro e Rebecca Cabral pelas intermináveis conversas e debates sobre o mestrado e nossas pesquisas, além dos momentos de hilariante descontração;

Ao apoio de minha colega de turma, Karine Tenório, que percorreu boa parte deste caminho ao meu lado.

A minha orientadora Márcia Carréra Campos Leal e co-orientadora, Ana Paula de Oliveira Marques, pela orientação, suporte e dedicação contínua. De maneira que essas souberam ser compreensivas, exigentes e críticas no momento adequado. Bem como me estimularam a andar e, posteriormente, querer andar por mim mesma, quando necessário.

Ao secretário do PPGISC, José Moreira de Oliveira, e a estagiária Isabel, por sempre se prontificarem para me ajudar quanto às documentações e tramites necessário para a conclusão de cada fase dessa jornada.

A coordenadora dos grupos de apoio da ABRAz Regional Pernambuco, Cleonice Diôgo Rocha Lins de Albuquerque, e sua secretária, Solange, pela solicitude, paciência, suporte e cuidado comigo e minha pesquisa.

Aos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer que participaram desta pesquisa, pelo fato de permitirem com que adentrasse em suas vidas e pudesse conhecer suas necessidades e dificuldades tão intimamente. Esses me surpreenderam a cada instante com uma postura imensamente cativante, atenciosa e serena, estando preocupados em ajudar ao máximo em minha pesquisa, o que me fazia refletir a cada instante na incomensurável bondade de um ser humano que mesmo diante de tantas adversidades ainda consegue pensar no outro e tentar ajudá-lo. Aprendizagem para a vida inteira!

E, por fim, agradeço aos membros das minhas bancas examinadoras de qualificação e defesa (Prof. Dr. Rogério Dubosselard Zimmerman; Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carla Cabral dos Santos Accioly Lins; Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti; Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Albanita Gomes da Costa de Ceballos) por terem aceitado o convite para analisar minha dissertação criticamente, a fim de qualificá-la e contribuir com suas sugestões embasadas em suas experiências e conhecimentos.

A todos vocês, meu muito obrigada!

## **Mal de Alzheimer - Uma carta de despedida da memória**

Antes queria me despedir de vocês, porque depois não lembrarei que queria me despedir.  
Queria dizer que amo, mas logo não vou mais saber amar.  
Mas continuem me amando, porque só o amor vai me fazer sentir viva.  
O amor vai estar lá no fundo da minha memória.  
Não me lembro... esta frase começa assim e termina com... me esqueci.  
Queria ter lembranças, mas as lembranças não me querem ter.  
Minhas frases serão finalizadas com uma interrogação(?) e muitas vezes as suas respostas  
serão finalizadas com uma exclamação(!)  
Quero ver você... mas quem é você?  
Não fala assim comigo... O que você falou mesmo?  
Você me fez chorar... Quem me fez chorar?  
Ah! Que saudade... mas de quem? Não me lembro de ninguém.  
Quero ir... mas aonde?  
Vou fugir... mas pra onde?  
Ah...Não me deixa esquecer...de viver!  
E nada me fará esquecer de Jesus!

Vamos amar mais!

**Iorlâny Melo**

## RESUMO

O Alzheimer é uma doença neurológica incapacitante que gera a necessidade de assistência contínua, o que favorece um quadro de estresse no cuidador. Nesse contexto, o presente estudo teve por objetivo analisar o estresse do cuidador familiar de idosos portadores da doença de Alzheimer e seus fatores associados. A variável independente foi o estresse e as dependentes foram os dados sociodemográficos, morbidade referida e qualidade de vida. Participaram deste estudo 43 cuidadores familiares de idosos com Alzheimer que frequentavam os grupos de apoio da Associação Brasileira de Alzheimer Regional Pernambuco, situados em Recife e o grupo de apoio aos cuidadores de idosos portadores de Alzheimer realizado no Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Federal de Pernambuco. Os instrumentos utilizados consistiram em um roteiro de entrevista, o questionário de qualidade de vida SF-36 e o Inventário de sintomas de estresse para adultos Lipp, aplicados entre janeiro e junho de 2014. Entre os entrevistados verificou-se que 62,8% estavam estressados, a fase do estresse predominante foi a de resistência, com prevalência de sintomas psicológicos. Constatou-se, através do teste exato de Fisher, que o estresse se associou com a ocupação e origem dos recursos financeiros e, quanto a qualidade de vida, com os domínios sociais, físicos e emocionais. Isso evidenciou que a assistência tem promovido o adoecimento do cuidador, ressaltando a importância de que haja um adequado acompanhamento e suporte a estes indivíduos.

**Palavras-chave:** Cuidadores. Doença de Alzheimer. Estresse psicológico.

## ABSTRACT

The Alzheimer's is a debilitating neurological disease that generates the need for continued assistance, which favors one frame stress on the caregiver. In this context, the present study aimed to analyze the stress of family caregivers of elderly patients with Alzheimer's disease and its associated factors. The independent variable was the stress and the dependent variables were sociodemographic data, reported morbidity and quality of life. The study included 43 family caregivers of elderly with Alzheimer attending support groups for Regional Alzheimer's Brazilian Association Pernambuco, located in Recife and the support group for Alzheimer's caregivers of elderly patients held in the Elderly Care Center of Federal University of Pernambuco. The instruments used consisted of an interview script, the questionnaire SF-36 quality of life and the Inventory of stress symptoms to Lipp adults, applied between January and June 2014. Among those interviewed was found that 62.8% were stressed, the phase of the predominant stress was the resistance, with a prevalence of psychological symptoms. It was found by Fisher's exact test, the stress associated with the occupation and source of financial resources and, as the quality of life, with the social, physical and emotional domains. This showed that the assistance has promoted the disease caregiver, emphasizing the importance that there is adequate monitoring and support to these individuals.

**Keywords:** Caregivers. Alzheimer's disease. Psychological stress.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Procedimento que conduziu a determinação quantitativa dos participantes do grupo de apoio aos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer do NAI que compuseram a população do estudo, Recife, 2014. ....	32
---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Grau de escolaridade dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz-PE, Recife, 2014..... 41
- Gráfico 2** – Faixa de renda dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz-PE, Recife, 2014..... 42
- Gráfico 3** – Nível de estresse e fase do estresse dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz-PE comparada à população em geral, Recife, 2014 ..... 43

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Grau de parentesco dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz-PE, Recife, 2014.....	40
<b>Tabela 2</b> – Ocupação dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz-PE, Recife, 2011.....	40
<b>Tabela 3</b> – Situação conjugal dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz -PE, Recife, 2014.....	41
<b>Tabela 4</b> – Morbidade referida pelos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz -PE, Recife, 2014.....	42
<b>Tabela 5</b> – Valores médios dos escores do SF-36 dos cuidadores deste estudo, da população normal brasileira e de outro estudo com cuidadores familiares de idosos com Alzheimer .....	43
<b>Tabela 6</b> – Predominância dos sintomas entre os cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz -PE que evidenciaram estresse, Recife, 2014.....	44
<b>TABELA 7</b> - Associação entre o estresse e morbidade dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz /PE, Recife, 2014 .....	44
<b>TABELA 8</b> - Associação entre o estresse e variáveis sociodemográficas dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz /PE, Recife, 2014.....	45
<b>TABELA 9</b> - Associação entre o estresse e domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz /PE, Recife, 2014.....	47

**TABELA 10** - Associação entre a fase do estresse e as variáveis sociodemográficas dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz /PE, Recife, 2014..... 48

**TABELA 11** - Associação entre a fase do estresse e morbidade dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz /PE, Recife, 2014 ..... 50

**TABELA 12** - Associação entre o estresse e domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz /PE, Recife, 2014..... 50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA: Alzheimer's Association  
ABNT: Associação Brasileira de Normas Técnicas  
ABRAZ: Associação Brasileira de Alzheimer  
AVD: Atividades de vida diária  
CAAE: Certificado de apresentação para Apreciação Ética  
CCL: Comprometimento cognitivo leve  
CCS: Centro de Ciências da Saúde  
CEP: Comitê de ética em pesquisa  
DA: Doença de Alzheimer  
DSM: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais  
GM: Gabinete do Ministro  
ISSL: Inventário de sintomas de estresse para adultos de Lipp  
NAI: Núcleo de Atenção ao idoso  
NBR: Normas brasileiras  
NIA: National Institute on Aging  
NINCDS: National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke  
ADRDA: Alzheimer's Diseases and Related Disorders Association  
NMDA: N-metil-d-aspartato  
OMS: Organização Mundial de Saúde  
PET: Tomografia por emissão de pósitrons  
PNSI: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa  
PROEXT: Pró-Reitoria de Extensão  
PROIDOSO: Programa do Idoso  
RM: Ressonância Magnética  
SF-36: Short-form Health Survey  
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFPE: Universidade Federal de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
2.1 A DOENÇA DE ALZHEIMER.....	19
2.2 O IMPACTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER NA FAMÍLIA .....	22
2.3 O CUIDADOR FAMILIAR .....	25
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>29</b>
3.1 GERAL.....	29
3.2 ESPECÍFICOS .....	29
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>30</b>
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	30
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	30
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	31
<b>4.3.1 Critério de inclusão</b> .....	<b>33</b>
<b>4.3.2 Critério de exclusão</b> .....	<b>33</b>
4.4 VARIÁVEIS A SEREM INVESTIGADAS .....	33
<b>4.4.1 Variável Dependente</b> .....	<b>33</b>
<b>4.4.2 Variáveis Independentes</b> .....	<b>33</b>
4.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS .....	34
<b>4.5.1 Roteiro de entrevista</b> .....	<b>34</b>
<b>4.5.2 Inventário de sintomas de estresse para adultos de Lipp (ISSL)</b> .....	<b>35</b>
<b>4.5.3 Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida Short-form Health Survey (SF-36) em português</b> .....	<b>36</b>
4.6 COLETA DE DADOS .....	37
4.7 ANÁLISE DOS DADOS .....	37
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	38
4.9 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	39
4.10 LIMITAÇÕES .....	39
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>40</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO .....	40
5.2 QUALIDADE DE VIDA .....	42
5.3 ESTRESSE .....	43
5.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS INVESTIGADAS .....	44
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>52</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>63</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>75</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>80</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O crescimento populacional de idosos é um fenômeno mundial que vem ocorrendo de maneira acelerada nos últimos anos. Em 1950, a população idosa correspondia a 5% da população mundial, de maneira que em 2013 esse contingente já havia crescido para aproximadamente 570 milhões de pessoas, correspondendo a 8% da população mundial. Projeções para 2050 apontam que esse quantitativo provavelmente representará um total de 1,5 bilhões de idosos, o que corresponderá a 16% da população do mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; NAÇÕES UNIDAS, 2013).

No Brasil, a realidade é convergente a essa situação, já que a população idosa aumentou de 4% em 1940 para 11% em 2013, de tal forma que para 2050 é estimada uma população de 64 milhões de idosos, o que corresponderá a 22,71% da população total, fazendo com que o Brasil apresente a 6ª maior população idosa do mundo. Por sua vez, em Pernambuco, de 2000 a 2010, ocorreu um aumento da população idosa de aproximadamente 33%, enquanto em Recife esse aumento foi de 36%. Essa transição demográfica, caracterizada pelo aumento acelerado da população idosa brasileira e, conforme explicitado, recifense, configura um dos grandes desafios da saúde pública contemporânea (IBGE, 2008; CAMARANO; KANSO, 2009; IBGE, 2010; CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010; NAÇÕES UNIDAS, 2013).

A transição demográfica relaciona-se a alterações de variáveis demográficas, além de profundas alterações sociais e culturais que culminaram no declínio dos níveis de mortalidade, associado à manutenção e posterior declínio dos níveis de fecundidade, atrelado ao aumento da esperança de vida da população. Mediante esse quadro, ocorre o processo de envelhecimento populacional, ou seja, aumento no índice de pessoas acima de 60, conforme são caracterizados os idosos nos países em desenvolvimento, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Estatuto do Idoso no Brasil (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010; CLOSS; SCHWANKE, 2012).

De acordo com Papaléo Netto (2007), o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo caracterizado por alterações morfológicas, funcionais e psicológicas que promovem perdas na capacidade de adaptação ao meio ambiente, o que atribui ao indivíduo uma maior vulnerabilidade. Quando esse envelhecimento é natural, denominado senescência, caracteriza-se por aglutinar progressivas alterações morfológicas e funcionais que refletem o efeito dos anos sobre o organismo, com a preservação de funções cognitivas, pessoais e de relação do indivíduo. No entanto, quando esse é associado ao desenvolvimento de processos

patológicos, emocionais, acidentes, maus hábitos de vida ou doenças é denominado senilidade (CIOSAK et al., 2011; CURIATI; KASAI; NÓBREGA In JACOB FILHO; KIKUCHI, 2012).

O rápido envelhecimento populacional brasileiro tem propiciado, além de uma transição demográfica, o desenvolvimento de uma transição epidemiológica, já que apresenta transformações na incidência e prevalência de doenças. Isso porque, com o aumento da população idosa, tem ocorrido um incremento nas taxas de morbidade e mortalidade por patologias crônico-degenerativas, cuja incidência é mais comum nessa população (ARAÚJO, 2012; DUARTE; BARRETO, 2012).

Dentre as doenças crônico-degenerativas destacam-se as demências, entre as quais a de maior incidência é a Doença de Alzheimer, uma doença neurológica, progressiva e irreversível, que promove perdas graduais no domínio cognitivo, distúrbios de comportamento e afeto. Essa patologia atualmente é prevalente em 10% da população acima de 65 anos (GARCES et al., 2012).

A doença de Alzheimer é altamente incapacitante, já que o indivíduo passa a ter comprometimentos, além de físicos, cognitivos, o que gera a necessidade de que possua um cuidador para auxílio em seu cotidiano. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) determina como sendo cuidador o indivíduo, familiar ou não, que com ou sem remuneração cuida de idosos doentes ou incapacitados, auxiliando-os na realização de suas atividades de vida diária - AVD's (BRASIL, 1999).

No Brasil, essa rede de cuidadores é principalmente representada por filhos, outros parentes e amigos, os quais são submetidos a uma jornada diária incessante, repetitiva e desgastante, que envolve a realização de atividades domésticas, cuidado contínuo com o idoso portador de Alzheimer, além do cumprimento de suas atividades empregatícias. Nesse contexto, o cuidador, em especial familiar, depara com uma nova realidade permeada por dificuldades cotidianas, as quais envolverão, além do desgaste físico, o âmbito emocional. Dessa maneira, esse cuidador poderá estar fragilizado e mais susceptível a riscos para sua saúde, promovendo estresse, isolamento, depressão, medo e angústias (GARCES et al., 2012).

Nessa conjuntura, percebe-se que os cuidadores familiares, filhos e parentes consanguíneos estão submetidos a uma sobrecarga a qual favorece um contexto de estresse que transcende o cuidado e torna-se inerente ao seu cotidiano familiar. Bem como essa sobrecarga gera comprometimentos em sua qualidade de vida e que tais alterações podem influenciar suas expectativas sobre o seu envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2007).

Considerando que o componente emocional, além do conhecimento técnico, condições de vida e sobrecarga física podem exercer impacto substancial sobre o ato de cuidar este estudo justifica-se pela necessidade de que haja uma aproximação quanto às repercussões que as variáveis sociodemográficas, morbidades e qualidade de vida podem gerar sobre o nível estresse do cuidador familiar, a fim de fornecer subsídios que os auxiliem no cuidado com o portador de Alzheimer e consigo.

Dessa forma, evidencia-se a necessidade de estimular o cuidador familiar ao autocuidado, inicialmente, através da aproximação com o nível de estresse ao qual está submetido e como isso tem sido influenciado pela sua qualidade de vida e condições em que vive. Portanto, o objetivo desse estudo foi analisar o estresse do cuidador familiar da pessoa idosa com Alzheimer e seus fatores associados.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A DOENÇA DE ALZHEIMER

Dentre os distúrbios demenciais, o mais prevalente é a doença de Alzheimer (DA), a qual tem sido analisada pelos maiores neuropsiquiatras do mundo como uma possível epidemia. Atualmente é responsável, quer seja isoladamente ou em associação com outras demências, por 50% dos casos demenciais em países ocidentais. No Brasil, atinge cerca de 55% dos idosos demenciados com idade superior aos 65 anos (PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008; HOLANDA, PONTE; PINHEIRO, 2012; BORGHI et al., 2013).

A DA, identificada pelo neuropatologista alemão Aloysius Alzheimer, em 1907, é uma patologia neurológica, progressiva, degenerativa e irreversível, caracterizada por manifestações cognitivas, comportamentais e neuropsiquiátricas, cujas manifestações são lentas e insidiosas, provocam deficiência progressiva, uma eventual incapacitação e, geralmente, seu primeiro aspecto clínico é a perda de memória recente (SERENIKI; VITAL, 2008; ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009).

Aloysius Alzheimer nasceu em Marktbreit on the Main, em 14 de junho de 1864. Estudou em Berlim (Universidades Tübingen e Würzburg) e passou a dedicar-se à pesquisa clínico-patológica, de maneira que se destacou pelo avanço que proporcionou em histopatologia na clínica de Kraepelin, em Munique, demonstrando grande interesse na área de psiquiatria, anatomia e no trabalho com microscopia. Aos 24 anos, em 1888, assumiu o cargo de assistente no Hospital comunidade para doentes mentais e epiléticos (Städtische Anstalt für Irre und Epileptiker) em Frankfurt (DEROUESNÉ, 2008; VERHEY, 2009; CIPRIANI et al., 2011; RAMIREZ-BERMUDEZ, 2012).

Em 26 de novembro de 1901, Alois passou a acompanhar a sintomatologia, progressão e curso da doença na paciente August D., de 51 anos, que havia sido internada no hospital psiquiátrico de Frankfurt no dia anterior e apresentava um quadro sintomatológico inusitado. Inicialmente, a paciente apresentava alterações de comportamento, desorientação no tempo e no espaço, perda progressiva de memória, crítica e linguagem, de tal forma que, quatro anos e meio depois, em 8 de abril de 1906, ela morreu. Nesse momento, Alzheimer passa a analisar o cérebro de August morfológica e histologicamente, afirmando que o quadro clínico e os achados anatômicos eram diferentes de todos os processos patológicos conhecidos (CIPRIANI et al., 2011; RAMIREZ-BERMUDEZ, 2012; CAIXETA In CAIXETA et al., 2012).

Dessa forma, em 3 de novembro de 1906, o neuro-anatomista e psiquiatra, Alois Alzheimer, apresenta este caso no 37º Encontro da Sociedade Alemã de Alienistas do Sudoeste, evidenciando os aspectos clínicos supracitados e o achado histológico de placas e emaranhados neurofibrilares no cérebro, durante autópsia da referida paciente. Por sua vez, Emil Kraepelin, após ter se aproximado dos achados de Alois, publicou-os na 8ª edição do seu famoso livro *Psychiatrie*, reconheceu a importância de tais descobertas e propôs chamar esta doença de Alzheimer, em homenagem a Alois Alzheimer (CIPRIANI et al., 2011; RAMIREZ-BERMUDEZ, 2012; CAIXETA In CAIXETA et al., 2012).

A DA apresenta como características histopatológicas a morte progressiva dos neurônios, inicialmente no córtex cerebral, hipocampo, córtex entorrinal e estriado ventral (zonas relacionadas à memória, o que justifica seu sintoma inicial). Além da presença de depósitos fibrilares amiloidais localizados nas paredes dos vasos sanguíneos, placas senis e acúmulo de filamentos anormais das proteínas Tau, as quais formam os emaranhados neurofibrilares, ativação da glia e inflamação (SERENIKI; VITAL, 2008; BALLARD et al., 2011).

Essa demência possui 3 fases características: a primeira, considerada leve, tem duração média de 3 a 4 anos, e apresenta por principal característica a perda da memória recente, além de desorientação espacial, dificuldade progressiva no cotidiano, mudanças na personalidade e na capacidade de julgamento; a segunda, moderada, dura de três a cinco anos; apresenta alterações comportamentais, declínio de habilidades mentais e físicas, havendo dificuldade na realização de atividades de vida diária; enquanto a terceira, considerada severa, com duração de um a três anos, apresenta grande dependência do idoso, redução do peso e apetite, alteração do ciclo sono-vigília e descontrole esfinteriano (ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008; PAVARINI et al., 2008).

O diagnóstico da doença de Alzheimer apresentava como recomendações feitas pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia a utilização do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM IV) para o diagnóstico da demência. Além da utilização de critérios estabelecidos por entidades científicas altamente qualificadas, como o National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (NINCDS) e Alzheimer's Diseases and Related Disorders Association (ADRDA), por apresentarem a maior sensibilidade e especificidade, de maneira que a doença de Alzheimer só era diagnosticada quando havia demência (DUBOIS et al., 2007; FROTA et al., 2011; BALLARD et al., 2011; GEDA et al., 2013).

Porém, o National Institute on Aging com a Alzheimer's Association (NIA-AA) desenvolveu novos critérios para o diagnóstico da doença de Alzheimer, de maneira que esta pode ser diagnosticada em 3 fases: DA pré-clínica (restrito à pesquisa); comprometimento cognitivo leve (CCL) devido a DA e demência devido a DA. Essas fases auxiliam na possibilidade de um diagnóstico precoce da doença, de maneira a propiciar uma intervenção que possa retardar o seu avanço (GEDA et al., 2013).

A DA pré-clínica corresponderia à presença de alterações nos exames de Ressonância Magnética (RM), Tomografia por emissão de pósitrons (PET) para detectar biomarcadores que demonstrariam alterações fisiopatológicas da DA em pacientes que não apresentassem sintomatologias. Essa análise antes do surgimento da sintomatologia tem auxiliado os pesquisadores a traçar um novo caminho na tentativa de evitar a ocorrência dessa doença e no desenvolvimento de terapias de tratamento (SPERLING et al., 2011; ROE; RENTZ, 2013; GEDA et al., 2013).

O CCL devido a DA utilizaria critérios clínicos centrais, os quais envolveriam características clínicas e cognitivas (queixa de alteração cognitiva; comprometimento cognitivo cuja avaliação contemple os seguintes domínios: memória, função executiva, linguagem e habilidades visuais-espaciais; utilização de testes neuropsicológicos; preservação da independência nas atividades funcionais, com mínima assistência; não preenchimento de critérios para demência), considerando que devem ser excluídas outras doenças neurológicas que possam levar a esse declínio cognitivo (ALBERT et al., 2011).

A fase da demência requer inicialmente a confirmação de critérios clínicos de demência, mediante sintomas de declínio cognitivo ou comportamental que afetem atividades usuais e não sejam explicáveis por doença psiquiátrica ou *delirium*, mediante anamnese e avaliação cognitiva objetiva, de forma que comprometam dois dos seguintes domínios: memória, funções executivas, habilidades visuais-espaciais, linguagem, personalidade ou comportamento (FROTA et al., 2011; MCKHANN et al., 2011).

Posteriormente, conforme o NINCDS, serão considerados os critérios clínicos centrais que classificarão a Doença de Alzheimer em provável, que apresenta início insidioso, história marcada por piora da cognição, exclusão de outras possibilidades diagnósticas, déficits cognitivos iniciais e mais proeminentes de apresentação amnésica ou não-amnésica; possível, preenche os critérios clínicos para a DA, mas apresenta início súbito de déficit cognitivo, tem evidências de outras etiologias ou detalhes de história insuficientes sobre instalação e evolução da doença; ou definida, a qual apresenta, além dos critérios clínicos e cognitivos para a doença de Alzheimer, exames neuropatológicos que confirmem a doença,

conforme critérios do NIA e do *Reagan Institute Working Group*. Porém, faz-se necessário evidenciar que o diagnóstico definitivo da doença de Alzheimer só pode ser confirmado pós-morte com análise histopatológica do tecido cerebral do idoso em questão (MCKHANN et al., 2011).

Após estabelecido o diagnóstico de DA, na sua fase demencial, os tratamentos que são recomendados pela Academia Brasileira de Neurologia se subdividem em tratamento dos transtornos cognitivos e tratamento dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SERENIKI; VITAL, 2008; VALE et al., 2011).

O tratamento de transtornos cognitivos pode ser farmacológico, utilizando inibidores de acetilcolinesterase, memantina que é um antagonista não competitivo de moderada afinidade de receptores tipo NMDA (N-metil-d-aspartato) do glutamato, e não-farmacológico, através de técnicas de estimulação cognitiva, de orientação para realidade, programas individualizados de atividade física e técnicas de treino de habilidades específicas que demonstram possível eficácia no tratamento cognitivo de pacientes com DA leve a moderada (VALE et al., 2011; BALLARD et al., 2011).

Por sua vez, o tratamento de sintomas comportamentais e psicológicos da demência pode ser farmacológico, utilizando antidepressivos e antipsicóticos (neurolépticos), quando nenhuma outra medida não farmacológica responder, devido aos seus efeitos colaterais serem muitos graves, tais como benzodiazepínicos, inibidores de acetilcolinesterase e memantina; e não farmacológico, como intervenções educacionais, estratégias terapêuticas de fisioterapia, terapia ocupacional e musicoterapia (VALE et al., 2011; BALLARD et al., 2011).

Contudo, o prognóstico difícil da DA, que apresenta limitadas melhoras, associado às suas características degenerativas que fizeram com que fosse considerada pelo relatório de saúde mental no mundo como um dos transtornos mentais que se destaca pelo fato de gerar impactos negativos sobre a qualidade de vida dos indivíduos e dos familiares, demonstra a necessidade emergente de cuidados com este idoso. Dessa maneira, é perceptível a importância de um cuidador, diversas vezes familiar, o que promove mudanças no cotidiano e na vida de toda a família (PAVARINI et al., 2008; FREITAS et al., 2008; CÔRREA; SILVA, 2009).

## 2.2 O IMPACTO DA DOENÇA DE ALZHEIMER NA FAMÍLIA

A doença de Alzheimer pode ser considerada uma doença familiar e social porque afeta, simultaneamente, o idoso portador da patologia e todos os seus parentes, gerando

modificações no aspecto intra e interfamiliar. A partir desse momento, a família passa a ser responsável direta por este idoso, de maneira que poderá promover alterações no cotidiano de todos os familiares (ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008; ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009; SEIMA; LENARDT, 2011).

A família exerce papel central no processo de cuidado com o idoso, pois é nesse contexto que o ele vive e, portanto, são eles que, geralmente, detectam os primeiros sintomas da patologia e iniciam os primeiros cuidados. Por sua vez, a progressão da doença demanda maiores cuidados em domicílio e supervisão constante, principalmente dos parentes, demonstrando que essa dependência na relação idoso-familiar cuidador, ao longo do tempo, se agrava comprometendo os aspectos emocionais, físicos, financeiros e comportamentais dos familiares (ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009; RAMOS; MENEZES, 2012; BORGHI et al., 2013).

Dessa forma, faz-se necessário, desde o início do diagnóstico da doença, apoio aos familiares desse idoso, a fim de que sejam orientados quanto às possíveis mudanças de hábitos que deverão ocorrer, bem como quanto às modificações físicas, emocionais e comportamentais que o portador da DA poderá apresentar. Mediante a compreensão das manifestações dessa doença, os familiares poderão se sentir auxiliados e, por conseguinte, mais aptos ao cuidado, promovendo uma melhora na qualidade de vida do cuidador principal e do idoso com Alzheimer. Tais modificações podem gerar repercussões diretas nos entes queridos do idoso, o que evidencia a necessidade de que os profissionais de saúde auxiliem às famílias do idoso com Alzheimer na prestação do cuidado, no que tange à assistência ao idoso, à organização cotidiana e à divisão de tarefas (FREITAS et al., 2008; RAMOS; MENEZES, 2012; BORGHI et al., 2013).

Associado ao impacto inicial com a DA e toda sua complexidade, ocorre um processo de ressignificação das relações intergeracionais, isto porque o idoso, que antes era independente, possuía uma personalidade própria e desenvolvia determinadas ações e atitudes com seus familiares passa a ser dependente dessa família. Por sua vez, o acompanhamento desse idoso por tempo prolongado faz emergir tensões que já existiam antes da patologia e que são fortalecidas com a necessidade de contínua interação cotidiana (LIMA; MARQUES, 2007; ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009; FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009; GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012).

Nesse momento, torna-se essencial o envolvimento de toda a família no processo de cuidado, dividindo tarefas, a fim de evitar desgaste físico e mental do cuidador, de maneira a promover um desempenho adequado do cuidado associado ao fortalecimento do sentimento

de apoio. Em concomitância a essa melhora, maior apoio e envolvimento os familiares poderão promover uma redução na sobrecarga emocional de um único familiar, já que o compartilhar de responsabilidades fará com que não seja necessário que determinado familiar modifique toda a sua vida em virtude do cuidado ao idoso, minimizando situações de isolamento social e sobrecarga (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012; BORGHI et al., 2013).

No entanto, a realidade com que nos deparamos, atualmente, é que geralmente o idoso portador da DA possui apenas um cuidador familiar, porque os demais se eximem da responsabilidade, gerando uma intensa sobrecarga sobre quem cuida. Dessa forma, esse cuidador, na maioria das vezes, doa-se ao cuidado a tal ponto que compromete sua qualidade de vida e, por conseguinte, o cuidado que prestará. Isso porque, devido à sobrecarga, geralmente não possui condições de saúde adequadas para fornecer este cuidado (ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008; ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009; SEIMA; LENARDT, 2011; GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012).

Nesse sentido, a enorme carência de políticas públicas e de uma rede de suporte formal adequada que auxiliem no cuidado a este idoso tem promovido a intensificação nesse ciclo de sobrecarga e desresponsabilização. Mediante essa lacuna, os familiares, geralmente, tornam-se o suporte central de cuidado ao idoso e deparam com a necessidade de prestar cuidados especiais, promovendo o distanciamento de alguns deles por se sentirem inaptos e sem suporte para lidar com essa circunstância inesperada (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009; RAMOS; MENEZES, 2012).

Essa carência de apoio governamental reflete o modelo biomédico hegemônico que permeia a assistência à saúde, o qual é centrado na questão patológica em detrimento da compreensão de que a família deverá ser preparada teórica e psicologicamente para prestar assistência e cuidado adequado para esses idosos. Dessa maneira, é imprescindível compreender que caso essa família se sinta mais apoiada, haverá grandes possibilidades de uma melhora nas relações familiares, já que a responsabilidade com o idoso portador de Alzheimer será compartilhada através de uma rede de apoio que fornecerá suporte para o cuidado dos familiares com o idoso e consigo (RAMOS; MENEZES, 2012; BORGHI et al., 2013).

Além das questões relacionadas à fisiopatologia da doença, faz-se necessário ressaltar, ainda, que os familiares de idosos com Alzheimer são surpreendidos a cada fase da doença por perdas ocasionais que antecipam um luto contínuo pela degradação das funções dos idosos, que culminam na morte destes. Nesse sentido, fica evidente a necessidade de que haja

uma aproximação dos profissionais de saúde e do governo com as angústias que permeiam o cotidiano dos familiares de idosos com Alzheimer. Tais angústias transitam entre o desenvolvimento de técnicas de cuidado, o conhecimento dos problemas que surgem no progresso da doença, suporte para adaptações cotidianas e apoio emocional aos familiares no lidar com as perdas gradativas vivenciadas pelo idoso portador de Alzheimer (FREITAS et al., 2008; SILVA; SANTOS, 2012; GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012; BORGHI et al., 2013; LOPES; CACHIONI, 2013).

Dessa forma, espera-se que seja possível uma convivência menos traumática com essa doença que transforma entes queridos em desconhecidos, com atitudes irreconhecíveis, inesperadas e, acima de tudo, em pessoas extremamente dependentes e cuja identidade não se reconhece mais (SILVA; SANTOS, 2012).

### 2.3 O CUIDADOR FAMILIAR

Apesar de não haver um consenso sobre o conceito de cuidador, a Política Nacional do Idoso, através da portaria n.º 1.395/GM, de 9 de dezembro de 1999, determina que o termo cuidador refere-se à pessoa, quer seja familiar ou não, prestadora de cuidado ao idoso que necessite de ajuda na realização de suas atividades de vida diária. Não obstante, faz-se necessário ressaltar que os cuidadores de idosos com Alzheimer, quando nos referimos ao vínculo cuidador-idoso, podem ser classificados em formais, denominados como profissionais ou instituições que prestam cuidado de forma remunerada; ou informais, que se referem a familiares, amigos ou vizinhos do portador da doença de Alzheimer, que realize esse cuidado de forma voluntária. Dentre os cuidadores familiares existe o principal, aquele que exerce o cuidado a maior parte do tempo no domicílio; secundário, aquele que ajuda o cuidador principal, quando esse necessita de auxílio; único, aquele que exerce o cuidado sem auxílio de qualquer pessoa (BRASIL, 1999; LENARDT et al., 2010; ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008; BORGHI et al., 2013).

No Brasil, a rede de cuidadores é representada principalmente por familiares sem apoio governamental, devido ao restrito número de profissionais preparados para prestarem um cuidado adequado na área de geriatria e gerontologia, além das questões culturais que consideram o cuidado como parte do processo de reciprocidade intergeracional (ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008; SEIMA; LENARDT, 2011; BORGHI et al., 2013).

Geralmente, os principais cuidadores familiares são mulheres, em raros casos são os homens, porque a nossa sociedade ainda associa o cuidar como sendo uma característica

feminina, de maneira que a mulher deve ser a provedora do cuidado e o homem do sustento. Esse cuidado geralmente é exercido exclusivamente por uma pessoa ou quando há outros familiares envolvidos há uma maior sobrecarga para o cuidador familiar principal (ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009; RAMOS; MENEZES, 2012).

Os cuidadores, no Brasil, são principalmente representados por filhas, cônjuges, outros parentes e amigos, os quais são submetidos a uma jornada incessante, repetitiva e desgastante. Mediante essa sobrecarga, o cuidador, em especial o familiar, por ter seu aspecto emocional envolvido, estará mais susceptível a riscos relacionados à saúde, promovendo isolamento, estresse, depressão, medo e angústias, o que poderá comprometer sua qualidade de vida e seu envelhecimento (ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009; GARCES et al., 2012).

A qualidade de vida não possui uma definição consensual na literatura, porém é compreendida como um complexo termo que se refere à percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, sendo uma construção subjetiva e multidimensional. Nessa perspectiva, envolve fatores culturais, necessidades espirituais, materiais, valores de cada indivíduo e sua experiência de vida, cuja avaliação pode variar entre bom e ruim (PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008; PINTO et al., 2009; MELLO et al., 2009).

Em face do exposto e considerando o longo e desgastante processo que o cuidador familiar vivenciará no transcorrer da DA, a aproximação com essa perspectiva do cuidador sobre si faz-se essencial para que seja possível o auxílio na melhora da qualidade de vida do idoso e do cuidador. Afinal, ao passo que o cuidador familiar percebe a característica progressiva da DA, seu aspecto físico e emocional é afetado gradativamente, porque a cada fase aumentam as dificuldades no cuidado desse idoso, o que propicia o desenvolvimento de um quadro de estresse expressivo ao longo do tempo (PAVARINI et al., 2008; ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009 ).

A sinalização, por parte do cuidador, de uma má qualidade de vida pode ser associado ao desenvolvimento de um quadro de estresse iminente. O termo estresse, inicialmente, referia-se à resposta do organismo a uma situação estressante, porém, hoje, está associado a alterações, problemas, dificuldades ou efeitos adversos que desencadeiam desajustes físicos e psicológicos relativos a uma questão específica. Dessa forma, o estresse do cuidador pode afetar negativamente a sua vida e o cuidado que presta ao idoso (GARCES et al., 2012).

Dessa maneira, tais comprometimentos podem ser intensificados pelo vivenciar de diversas circunstâncias que promovem renúncias desses cuidadores quanto ao seu lazer, autocuidado, saúde e emprego, ou seja, influencia diretamente sua vida pessoal e social. Já que a cada progressão da doença ocorre uma maior dependência desse idoso, promovendo

sentimentos de desproteção e desassistência nos cuidadores. Nesse momento, ocorre uma associação entre o cuidar do idoso com a perda da liberdade do cuidador familiar, que se sente sufocado, sobrecarregado e estressado (ALMEIDA, LEITE; HILDEBRANDT, 2009; SEIMA; LENARDT, 2011; RAMOS; MENEZES, 2012).

A sobrecarga do cuidador tem grandes potencialidades de promover impactos negativos em sua saúde, ao propiciar o desenvolvimento de diversas patologias agudas e crônicas. Nestas circunstâncias, o mesmo pode adquirir uma intensa dependência de medicações, além do quadro de ansiedade, estresse físico e mental, principalmente quando este exerce o cuidado sozinho, realidade que predomina hoje (ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009; SEIMA; LENARDT, 2011).

Nesse âmbito, é essencial se aproximar dos cuidadores familiares e suas necessidades, afinal é muito difícil ter que lidar cotidianamente com um idoso desorientado, confuso, com comportamentos desagradáveis e, acima de tudo, que apesar de ser um familiar, não se lembra da família e sua história. Deve-se compreender, ainda, que diversas vezes esse cuidador também é um idoso, que requer cuidados, mas que não pode se enxergar como tal e nem refletir sobre as limitações e dependências provenientes do seu próprio envelhecimento (ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008; GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012; GARCES et al., 2012).

Ainda, o cuidador familiar, parente de primeiro grau, tem a nebulosa possibilidade de desenvolver essa demência, e isto pode gerar reflexos quanto a sua autoimagem, suas ações, seus sentimentos e suas angústias. Esse fator pode ser predisponente para o desenvolvimento de outras patologias relacionadas ao desgaste emocional e físico. Dessa forma, o cuidador familiar pode ter sua qualidade de vida, seu autocuidado e envelhecimento saudável afetados, a tal ponto que se anula e não consegue vislumbrar o envelhecer de maneira satisfatória, senescente, gerando um ciclo problemático de compreensão do envelhecer, que pode culminar num quadro de estresse em sua vida (POLTRONIERE; CECCHETTO; SOUZA, 2011; CORDEIRO; VALLADA FILHO In CAIXETA et al., 2012).

Nesse contexto, a formação de uma rede social de apoio ao cuidador familiar torna-se imprescindível para promover um suporte emocional, financeiro e psicológico a fim de que ele possa se sentir mais fortalecido e apoiado nessa árdua jornada. Em virtude dessa carência de apoio aos cuidadores familiares, também já existe a portaria nº 703/GM/2002, que sugere um programa de auxílio aos cuidadores familiares de idoso com Alzheimer e determina o que deve ser realizado para qualificação da saúde desses indivíduos (BRASIL, 2002; LENARDT et al., 2010).

No Brasil, atualmente, uma das Organizações Não Governamentais que objetiva fornecer apoio aos cuidadores é a ABRAz – Associação Brasileira de Alzheimer, criada em 1991, que apresenta 21 regionais. Essa associação fornece informações, suporte e apoio aos cuidadores familiares de idosos portadores de Alzheimer, a fim de promover uma melhora na qualidade de vida tanto do idoso quanto de seu cuidador (ABRAz, 2013).

A partir da percepção de que é essencial o apoio de uma rede social de ajuda e escuta ao cuidador familiar, fica evidenciado que é impossível aproximar-se do cuidador, sua satisfação com a vida e suas necessidades, sem que antes de estipularmos o cuidado que ele deve oferecer para si e seu familiar, conheçamos suas angústias, sua qualidade de vida, suas características e como esses fatores têm influenciado seu nível de estresse (LENARDT et al., 2010; LENARDT et al., 2011).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Analisar o estresse do cuidador familiar da pessoa idosa com Alzheimer e seus fatores associados.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- ❖ Caracterizar os cuidadores familiares quanto ao perfil sociodemográfico, morbidades com diagnóstico médico e qualidade de vida.
- ❖ Identificar o nível de estresse do cuidador familiar.
- ❖ Verificar se existe associação entre o nível de estresse e as demais variáveis investigadas.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo é de natureza quantitativa, com abordagem observacional, transversal, e coleta de dados primários.

A abordagem quantitativa desta pesquisa evidencia-se pelos dados terem sido mensurados numericamente e, posteriormente, classificados e analisados por meio de técnicas estatísticas. Sua característica observacional é conferida pela mínima ou inexistente interferência do pesquisador sobre o objeto estudado, de maneira que gera como vantagem não haver problemas de natureza ética para investigar fatores de risco, já que a exposição do indivíduo ao problema, condição ou doença ocorre independente do observador (GUSTIN; DIAS, 2006; DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008; ALMEIDA FILHO; BARRETO In ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012; BLOCH; COUTINHO In MEDRONHO, 2009).

A sua temporalidade transversal refere-se a produção do dado em um único momento no tempo, demonstrando o caráter instantâneo do estudo. Apresenta como vantagens ser adequado para testar hipóteses de associação, seu baixo custo, rapidez, facilidade de execução e análise, e a possibilidade de estudar diversas variáveis com dados coletados apenas uma vez, o que minimiza as possíveis perdas de participantes da pesquisa. Possui como limitações não medir a incidência, além de não permitir investigar associações causais ou história natural de um fenômeno (ALMEIDA FILHO; BARRETO In ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012; SANTANA; CUNHA In ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012; LOPES In ROUQUAYROL; GURGEL, 2013; KLEIN; BLOCH In MEDRONHO, 2009).

Os dados foram primários por terem sido coletados pela pesquisadora sem intermediação de outros indivíduos (ALMEIDA FILHO; BARRETO In ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Associação Brasileira de Alzheimer Regional Pernambuco - ABRAz/ PE e no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UFPE. A ABRAz é uma associação que foi fundada em São Paulo em 16 de agosto de 1991, possui em seu quadro familiares, cuidadores formais e cuidadores familiares de portadores de Alzheimer. Esta tem por

principal objetivo desenvolver ações para idosos portadores de Alzheimer e fornecer apoio para os cuidadores familiares desses idosos (ABRAz, 2013).

A ABRAz regional Pernambuco foi fundada em 26 de setembro de 1994, porém oficializada em 1º de setembro de 1999 e, atualmente, sua sede localiza-se na Avenida Afonso Olindense, nº 1764, Várzea, Recife-PE. Possui como principais atividades: distribuição de material informativo, atendimentos individuais a familiares, grupos de apoio, palestras e encontros voltados para profissionais, cuidadores e familiares de idosos com Alzheimer (ABRAz, 2013; ABRAz/PE, 2013).

O NAI é um serviço de assistência geronto-geriátrico, vinculado a Pró-Reitoria de Extensão – PROEXT, sendo um subprograma do Programa do Idoso (PROIDOSO). Trata-se de uma unidade ambulatorial que desenvolve ações direcionadas para a população idosa (60 anos ou mais) através de atendimentos individuais nas áreas de Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Enfermagem. Esse serviço, realiza, também, atendimentos em grupos por meio de oficinas temáticas com o intuito de promover uma melhora nas condições de vida do idoso, dentre as quais se destacam o grupo de apoio aos cuidadores de idosos portadores de Alzheimer (UFPE/NAI, 2013; UFPE/PROIDOSO, 2013).

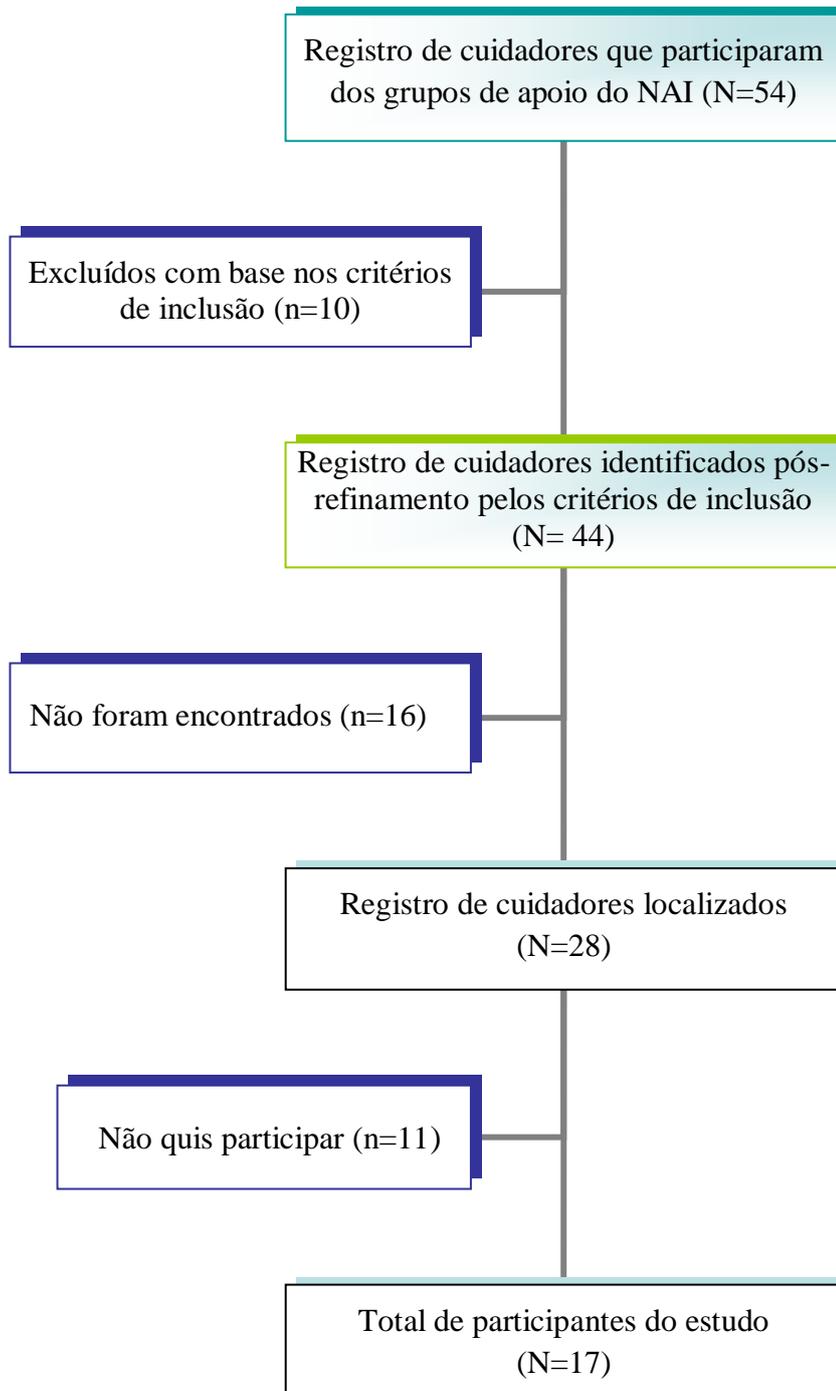
#### 4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram todos os cuidadores familiares da pessoa idosa com Alzheimer no município de Recife-PE, os quais frequentam os grupos de apoio da Associação Brasileira de Alzheimer Regional Pernambuco, situados em Recife e/ou cuidadores familiares de idosos que participam do grupo de apoio aos cuidadores de idosos portadores de Alzheimer realizado no NAI, durante o período de janeiro a junho de 2014.

Inicialmente consultamos ambas instituições sobre o quantitativo de cuidadores que frequentavam os grupos de apoio de cada uma delas. O NAI forneceu a lista de todas as pessoas que já integraram esse grupo desde que ele começou, o que totalizava um quantitativo de 54 cuidadores. O contato inicial com cada uma dessas pessoas foi por telefonema, no qual eram informados os objetivos do estudo e solicitada sua participação nele. No entanto, fatores como adoecimento do cuidador, não desejar participar do estudo, informações cadastrais desatualizadas que impossibilitaram contatá-los, óbito do familiar com Alzheimer e não se adequar aos critérios de inclusão, pelo idoso ter outro tipo de demência, não ser familiar, não

desejar ser integrante do grupo e não ser cuidador (Quadro 1) reduziram o número de participantes para 17 familiares cuidadores.

**Figura 1 – Procedimento que conduziu a determinação quantitativa dos participantes do grupo de apoio aos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer do NAI que compuseram a população do estudo, Recife, 2014.**



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A ABRAz não permitiu o acesso aos arquivos que indicavam quantos cuidadores já frequentaram seus grupos desde o seu surgimento, em virtude de uma cláusula de confidencialidade que tinha com esses, a qual indicava que nenhum dado sobre eles poderia ser publicizado, nem mesmo para pesquisadores. No período em que ocorreram os 3 grupos de apoio (São Marcos, Olinda e Aeronáutica) durante o ano de 2014 a pesquisadora compareceu a todos eles, tendo entrevistado todos os cuidadores familiares que participaram dessas reuniões, o que totalizou um quantitativo de 26 participantes.

Dessa forma a população do estudo fez um total de 43 cuidadores familiares da pessoa idosa com Alzheimer que frequentavam os grupos de apoio da ABRAz e NAI em Recife/PE.

#### **4.3.1 Critério de inclusão**

Cuidadores familiares da pessoa idosa com Alzheimer participantes dos grupos de apoio da Associação Brasileira de Alzheimer Regional Pernambuco - ABRAz/ PE e/ou do Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI/UFPE.

#### **4.3.2 Critério de exclusão**

No transcorrer da pesquisa foram excluídos os cuidadores familiares cujos idosos possuísem outro tipo de demência, aqueles que não responderam todos os instrumentos da pesquisa e os que referiram óbito do idoso com Alzheimer para o qual realizavam assistência.

### **4.4 VARIÁVEIS A SEREM INVESTIGADAS**

#### **4.4.1 Variável Dependente**

A variável de desfecho foi o nível de estresse do cuidador.

#### **4.4.2 Variáveis Independentes**

As variáveis independentes foram qualidade de vida, morbidade referida e dados sociodemográficos.

## 4.5 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

### 4.5.1 Roteiro de entrevista

Elaborado pela equipe de pesquisa para traçar o perfil dos cuidadores familiares de idosos estudados (APÊNDICE B). Ele consiste nos seguintes dados:

#### I - Dados Sociodemográficos

Esses dados foram provenientes de um Roteiro de Entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) cujas variáveis eram:

- ✓ **Idade** – considerada em anos completos a partir da data de nascimento e coleta dos dados, foi categorizada em: 1- Menos de 60 anos (não idosos); 2 – Maior ou igual a 60 anos (idosos).
- ✓ **Sexo** – foi categorizada em: 1- Feminino; 2- Masculino.
- ✓ **Escolaridade** – categorizada em: 1- Primário incompleto; 2- 1º grau completo; 3- 2º grau incompleto; 4- 2º grau completo; 5- Superior incompleto; 6- Superior completo.
- ✓ **Estado conjugal** – categorizada em: 1- Casado (a) ou em união consensual; 2- Separado/divorciado; 3-Solteiro (a).
- ✓ **Grau de parentesco** – categorizada em: 1- Filho (a); 2- Genro/nora; 3- Irmã(o); 4- Marido/esposa; 5 - Primo(a).
- ✓ **Ocupação** – categorizado em: 1- Aposentado (a); 2- Dona de casa; 3- Com vínculo empregatício; 4- Não informado;
- ✓ **Se reside com o idoso** – categorizado em: 1- Não; 2- Sim;
- ✓ **Tipo de cuidador** – categorizado em: 1- Principal; 2- Secundário; 3- Único.
- ✓ **Há quanto tempo cuida do idoso** – categorizada em: 1 - menos de 1 ano; 2- de 1 a 3 anos; 3- 4 a 7 anos; 4- 8 ou mais anos; 5- Não informado.
- ✓ **Situação previdenciária** – categorizado em: 1- Ativo; 2- Inativo.
- ✓ **Renda total** – categorizada em: 1- Menos de 1 salário mínimo vigente; 2- De 1 a 2 salários mínimos; 3-De 2 a 4 salários mínimos; 4- Mais de 4 salários mínimos; 5- Sem renda.
- ✓ **Origem dos recursos financeiros** – categorizada em: 1-Aposentadoria; 2-Pensão; 3-Salário ou atividade informal; 4-Aposentadoria/aluguel de imóveis 5-Aposentadoria/pensão; 6-Salário ou atividade informal/aluguel de imóveis; 7-Salário ou atividade informal/aposentadoria; 8-Salário ou atividade informal/pensão; 9-Aposentadoria/aluguel de imóveis/outra fonte de renda; 10-Salário ou atividade informal/aposentadoria/aluguel de

imóveis; 11-Salário ou atividade informal/ aposentadoria/outra fonte de renda; 12-Salário ou atividade informal/ aposentadoria/pensão; 13-Salário ou atividade informal/ aposentadoria/pensão/ aluguel de imóveis.

**II – Morbidade referida com diagnóstico médico** - categorizada posteriormente em: 1- Colesterol alto; 2- Labirintite; 3- Herpes; 4-Hipertensão arterial e colesterol alto; 5- Hipertensão arterial e Hipotireoidismo; 6-Hipertensão arterial e cardiopatia congênita; 7- Diabetes, hipertensão arterial e fibromialgia; 8- Problemas relacionados a tireóide; 9- Diabetes; 10- Hipertensão arterial; 11- Nenhuma patologia.

#### **4.5.2 Inventário de sintomas de estresse para adultos de Lipp (ISSL)**

O Inventário de sintomas de Stresse para Adultos de Lipp (ISSL), validado e padronizado para o Brasil em 2000, é um aprimoramento do modelo trifásico (ISS) de Selye, visto que identifica uma nova fase do estresse o que permite homogeneizar as características de cada uma delas. Esse instrumento tem por finalidade determinar se o indivíduo tem estresse, a predominância sintomatológica (física ou psicológica) que apresenta e a fase em que se encontra (SADIR; BIGNOTO; LIPP, 2010; SANTOS; CARDOSO, 2015).

O modelo quadrifásico de Lipp, como também é conhecido, tem fácil, prática e rápida aplicação, não exigindo que o indivíduo seja alfabetizado para que consiga responde-lo. Desde o seu surgimento ele vem sendo amplamente utilizado em pesquisas sobre estresse, visto que possibilita um diagnóstico preciso e detalhado sobre essa casuística, evidenciando a intensidade e predominância dos comprometimentos somáticos e psicológicos entre os pesquisados, o que favorece uma atenção preventiva em situações de tensão (LIPP, 2011).

Esse modelo considera que existem 4 fases do estresse, a primeira denominada de alerta é caracterizada como uma fase positiva que prepara o individuo para a ação e o torna mais motivado e atento; a segunda é a de resistência, na qual ocorre uma tentativa de resgatar a homeostase corporal que pode ter sido perdida devido a manutenção da fase de alerta por períodos muito prolongados ou devido a acúmulos de estressores, o que acentua a vulnerabilidade da pessoa à vírus e bactérias; a de quase-exaustão é a terceira e caracteriza-se pelo surgimento de doenças devido ao início da destruição das defesas imunológicas; e a final denominada de exaustão é considerada como “a patológica” porque é quando doenças graves emergem nos órgãos mais vulneráveis (LIPP, 2011).

Esse instrumento é constituído por 53 itens, em que 37 são de natureza somática e 19 psicológica, sistematizados em 3 quadros, em que são listados os sintomas típicos de cada fase. O primeiro quadro, referente a fase de alerta, elenca 12 sintomas físicos (F1) e 3 sintomas psicológicos (P1), os quais devem ser assinalados caso o investigado os tenha experimentado nas últimas 24 horas. No segundo, que caracteriza as fases de resistência e quase exaustão, há uma lista de 10 sintomas físicos (F2) e 5 psicológicos (P2) que devem ser marcados caso o respondente os tenha vivenciado na última semana. Enquanto o terceiro, típico da fase de exaustão, é composto por 12 sintomas físicos (F3) e 11 psicológicos (P3) de maneira que devem ser assinalados pelo indivíduo caso tenha os experimentado no último mês (SANTOS; CARDOSO, 2010; LIPP, 2011).

Por sua vez, a análise dos resultados é realizada por meio de tabelas do próprio manual, transformando os dados brutos em porcentagens (ANEXO B). De tal forma que um escore maior ou igual a 7 no primeiro quadro indica que o indivíduo está na fase de alerta do estresse; enquanto no segundo quadro há estresse em fase de resistência quando o somatório dos sintomas for igual ou maior que 4 e há quase exaustão quando esse escore for igual ou maior que 10; por fim, no último quadro, a fase de exaustão é confirmada quando o somatório do escore for maior ou igual a 9.

No entanto, caso mais de uma fase do estresse seja verificada é necessário que se identifique aquela que prevalece. Dessa forma, a interpretação dos resultados deve ser realizada utilizando a tabela de correção do manual que indica as porcentagens correspondentes ao escore bruto de cada quadro, a partir dessa análise aquele quadro que apresentar a maior porcentagem total indica a fase de estresse em que o respondente se encaixa.

Posteriormente, para que seja possível identificar a sintomatologia que predominantemente afeta o indivíduo estressado, é necessário que seja verificado qual tipo de sintomatologia (física ou psicológica) que apresenta maior porcentagem no quadro correspondente a fase em que o indivíduo foi diagnosticado.

#### **4.5.3 Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida Short-form Health Survey (SF-36) em português**

O SF-36 (ANEXO C) foi aplicado para aferir a qualidade de vida dos cuidadores familiares. O mesmo teve sua licença fornecida pela Optum Insight Life Sciences pelo período de vigência de 03/01/2014 a 03/01/2015 sob a numeração QM023278 (ANEXO D).

Esse questionário, validado para o português em 1999, é composto por 36 questões de múltipla escolha, as quais são distribuídas em oito domínios: 10 itens referentes à capacidade funcional; 4 itens referentes aos aspectos físicos; 3 itens relacionados aos aspectos emocionais; 2 itens relativos à dor; 5 itens relacionados ao estado geral de saúde; 4 itens sobre vitalidade; 2 itens cuja temática são aspectos sociais; 5 itens referentes à saúde mental. Além de possuir uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as de um ano atrás. Os domínios verificam tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como os positivos (bem-estar ou qualidade de vida). Os escores variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 indica o pior e 100 o melhor estado para cada domínio (CICONELLI et al., 1999).

Esse questionário é sistematizado pelo programa Optum Insight Life Sciences, no qual ao serem inseridas as respostas de cada respondente o mesmo indica o escore de cada um deles em relação aos oito domínios supracitados.

#### 4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas face a face, de forma individual, assim como pelo preenchimento de questionário SF-36 e do ISSL, no Núcleo de Atenção ao Idoso e nos locais de realização dos grupos da ABRAz Regional Pernambuco em Recife, no período de janeiro a junho de 2014, com duração média de 40 minutos.

O roteiro de entrevista foi semiestruturado, composto por questões fechadas e semi-abertas, organizados em blocos por conjuntos temáticos. Esse investigou informações referentes ao perfil do cuidador, através de dados sociodemográficos e condição de saúde.

A pesquisadora foi aos locais em que ocorriam os grupos de apoio e realizou as entrevistas, conforme disponibilidade dos cuidadores, em ambiente separado e de forma individualizada, com a simultânea gravação do áudio, mediante autorização do participante da pesquisa através da assinatura do TCLE.

#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, a partir dos dados referentes ao ISSL, ao questionário SF-36 e aqueles provenientes das respostas fechadas do roteiro de entrevista foi elaborado um banco de dados que, para garantir sua confiabilidade, teve dupla entrada. Posteriormente, realizou-se a análise

quantitativa das informações, mediante processo sistematizado em base estatística, utilizando o programa R Comad for Windows, versão 2.11.1.

Os resultados foram descritos por meio de medidas de frequência, de tendência central e dispersão e apresentados através de tabelas e/ou gráficos. Portanto, inicialmente realizaram-se as análises univariadas das variáveis, através de frequências absolutas e relativas (variáveis categóricas), médias e desvio padrão, visando à descrição destas e evidenciar a maneira pela qual se encontram distribuídas na população do estudo. Posteriormente, efetivou-se o cruzamento entre elas com o intuito de verificar a existência de possíveis associações, através do teste exato de Fisher e o nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

Por fim, a apresentação dos resultados atendeu às normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa desenvolvida está vinculada ao projeto intitulado “Avaliação do conhecimento dos cuidadores familiares sobre o processo de envelhecimento e a doença de Alzheimer”, registrado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (Certificado de apresentação para Apreciação Ética - CAAE nº15131513.0.0000.5208) (ANEXO E).

Todo o processo de investigação atendeu aos requisitos preestabelecidos na resolução 466/12 do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

Os cuidadores que concordaram em participar da pesquisa receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo informações referentes aos procedimentos da pesquisa e seus objetivos.

Também foram informados de que o estudo não oferecia riscos, danos ou desconfortos previsíveis para sua saúde, que sua identidade seria mantida em sigilo por ocasião da publicação dos resultados da pesquisa e de que podiam se recusar a participar e se retirar desta, em qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua assistência na instituição.

#### 4.9 RISCOS E BENEFÍCIOS

Este estudo tem como risco o possível constrangimento para o entrevistado durante o procedimento da coleta de dados. Como benefício, poderá proporcionar melhorias para a qualidade de vida do idoso e cuidador familiar, pois ajudará a evidenciar as necessidades dos cuidadores familiares. Assim como subsidiará os grupos de apoio quanto a compreensão da condição de saúde de seus integrantes, demonstrando suas fragilidades e carências cotidianas, as quais podem afetar o cuidado do familiar consigo e com o idoso.

#### 4.10 LIMITAÇÕES

Em relação as limitações deste estudo cita-se o reduzido número da população do ponto de vista estatístico, além da sua composição por cuidadores familiares vinculados a instituições específicas, o que impossibilita que os achados possam ser expandidos para a população de cuidadores em geral.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Fizeram parte deste estudo 43 cuidadores familiares de idosos que participavam dos grupos de apoio da ABRAz/PE e do NAI, de maneira que 37 (86%) eram do sexo feminino e 6 (14%) do masculino, dos quais 27 (62,8%) possuíam menos de 60 anos e 16 (37,2 %) eram idosos. Na tabela 1 verifica-se que quanto ao grau de parentesco com o idoso com Alzheimer, 33 (76,8%) cuidadores eram esposas ou filhas.

**Tabela 1 – Grau de parentesco dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz-PE, Recife, 2014.**

<b>GRAU DE PARENTESCO</b>			
	Frequência	%	% Acumulado
FILHA	27	62,8	62,8
ESPOSA	6	14,0	76,8
OUTRO	16	37,2	100,0
Total	43	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Os participantes do estudo apresentaram como média de idade 56,98 anos, de renda 2.815,00 e de tempo de cuidado com o idoso 4,64 anos. No que concerne a ocupação 9 (20,9%) eram aposentados e 34 (76,8%) não eram aposentados (Tabela 2).

**Tabela 2 – Ocupação dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz-PE, Recife, 2014.**

<b>OCUPAÇÃO</b>			
	Frequência	%	% Acumulado
APOSENTADO (A)	9	20,9	20,9
DONA DE CASA	6	14	34,9
COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO	27	62,8	97,7
NÃO INFORMADO	1	2,3	100,0
Total	43	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

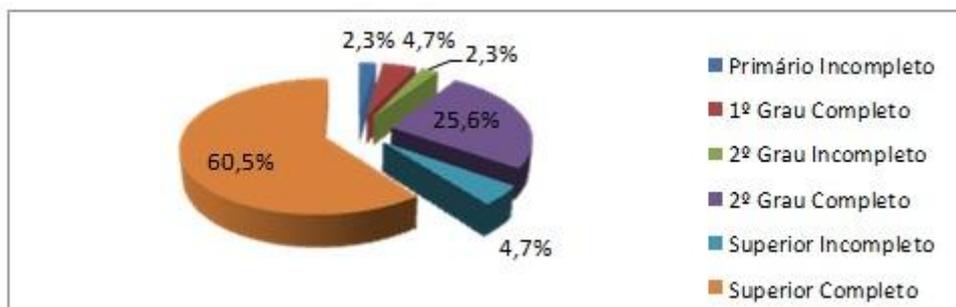
Referente à situação conjugal, 28 (65,1%) cuidadores são casados ou estão em união consensual (Tabela 3). Todos os participantes referiram algum grau de escolaridade e 26 (60,5%) deles possuem ensino superior completo conforme Gráfico 1.

**Tabela 3 – Situação conjugal dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz-PE, Recife, 2014.**

SITUAÇÃO CONJUGAL			
	Frequência	%	% Acumulado
CASADO/UNIÃO CONSENSUAL	28	65,1	65,1
SEPARADO/DIVORCIADO (A)	10	23,3	88,4
SOLTEIRO (A)	5	11,6	100,0
Total	43	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

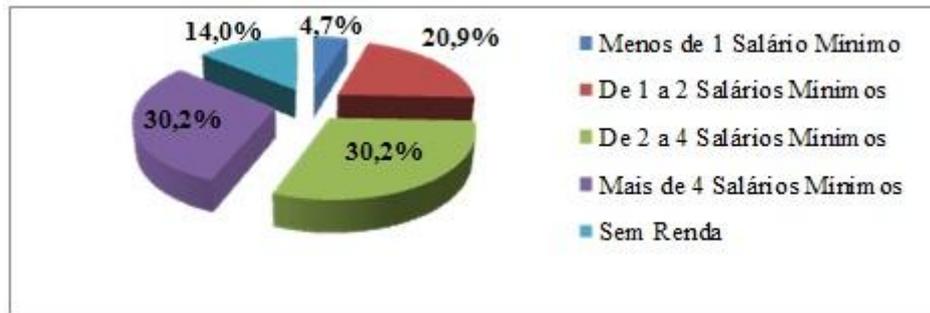
**Gráfico 1 – Grau de escolaridade dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz-PE, Recife, 2014.**



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Entre os participantes do estudo, 16 (37,2%) referiram alguma morbidade (tabela 4), 20 (46,5%) se denominaram cuidadores principais, 27 (62,8%) residem com o idoso portador de Alzheimer e a renda predominante foi a correspondente à faixa de renda entre 2 e 4 salários mínimos (30,2%) e acima de 4 salários mínimos (30,2%) conforme Gráfico 2.

**Gráfico 2 – Faixa de renda dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz-PE, Recife, 2014.**



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

**Tabela 4 – Morbidade referida pelos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz-PE, Recife, 2014.**

MORBIDADE REFERIDA			
	Frequência	%	% Acumulado
Colesterol alto	1	2,3	2,3
Labirintite	1	2,3	4,7
Herpes	1	2,3	7,0
Hipertensão/ Colesterol alto	1	2,3	9,3
Hipertensão/ Hipotiroidismo	1	2,3	11,6
Hipertensão/ Cardiopatia Congênita	1	2,3	13,9
Diabetes/ Hipertensão/ Fibromialgia	1	2,3	16,2
Tireóide	1	2,3	18,5
Diabetes	2	4,7	23,2
Hipertensão arterial	6	14,0	37,2
Nenhuma	27	62,8	100,0
Total	43	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

## 5.2 QUALIDADE DE VIDA

Em relação à qualidade de vida, neste estudo verificou-se que entre os domínios que expressam fatores relacionados à qualidade de vida destacam-se as reduzidas médias nos de vitalidade (48,84) e aspectos sociais (56,69), conforme tabela 5.

**Tabela 5 – Valores médios dos escores do SF-36 dos cuidadores deste estudo, da população normal brasileira e de outro estudo com cuidadores familiares de idosos com Alzheimer.**

<b>DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA</b>			
	Estudo*	Brasil**	Pinto et al. (2009)
Capacidade Funcional	74,30	75,5	82,9
Limitações por aspectos físicos	70,35	77,5	58,1
Dor corporal	58,60	76,7	63,6
Estado geral de saúde	62,60	70,2	71,1
Vitalidade	48,84	71,9	56,8
Aspectos sociais	56,69	83,9	63,6
Aspectos emocionais	64,73	81,7	58,1
Saúde mental	58,95	74,5	60,3

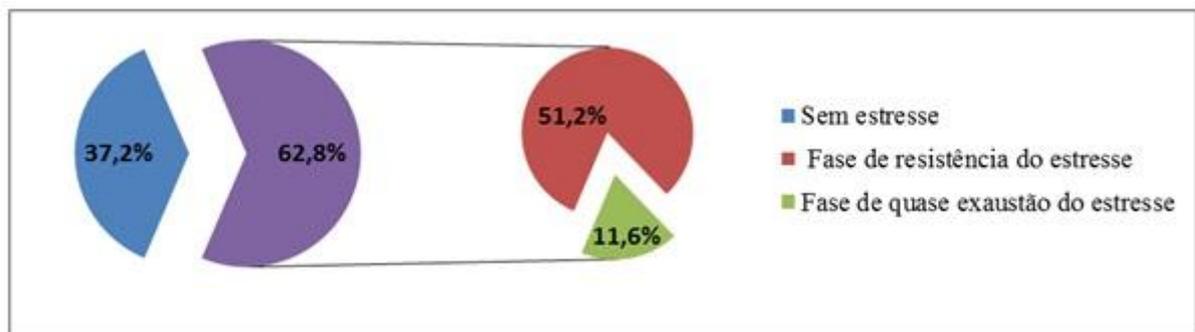
\* Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

\*\* Dados da pesquisa de Laguardia et al. (2013).

### 5.3 ESTRESSE

Quando analisada a variável estresse, conclui-se que 27 (62,8%) participantes da pesquisa apresentam este quadro, 22 (51,2%) estão na fase de resistência e 5 (11,6%) estão na de quase exaustão (Gráfico 3).

**Gráfico 3 – Nível de estresse e fase do estresse dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAZ-PE comparada à população em geral, Recife, 2014.**



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Contudo, entre os sintomas predominantes que favorecem o quadro de estresse, 16 (59,3%) cuidadores familiares apresentaram sintomatologias psicológicas em detrimento das físicas (Tabela 6).

**Tabela 6 – Predominância dos sintomas entre os cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz-PE que evidenciaram estresse, Recife, 2014.**

<b>PREDOMINÂNCIA DE SINTOMAS</b>			
	Frequência	%	% Acumulado
PSICOLÓGICOS	16	59,3	59,3
FÍSICOS	7	25,9	85,2
FÍSICOS/PSICOLÓGICOS	4	14,8	100,0
Total	27	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

#### 5.4 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS INVESTIGADAS

Na tabela 7 constata-se que o estresse não apresentou associação estatisticamente significativa com morbidade referida.

**TABELA 7 - Associação entre o estresse e morbidade dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz/PE, Recife, 2014.**

Variável	Classificação	ESTRESSE			p-Valor (Teste Exato de Fisher)
		NÃO	SIM	Total	
MORBIDADE REFERIDA	Colesterol Alto	1	0	1	0,0747
	Diabetes/ Hipertensão/ Fibromialgia	1	0	1	
	Diabetes	0	2	2	
	Herpes	1	0	1	
	Hipertensão Arterial	1	5	6	
	Hipertensão/ Hipotireoidismo	0	1	1	
	Hipertensão/ Cardiopatia Congênita	1	0	1	
	Hipertensão/ Colesterol Alto	1	0	1	
	Labirintite	1	0	1	
	Nenhuma	9	18	27	
	Tireóide	0	1	1	
Total		16	27	13	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Após a análise estatística da relação entre as variáveis sociodemográficas e o estresse, constatou-se na tabela 8 que a ocupação ( $p=0,02132$ ) e origem dos recursos financeiros da

família ( $p=0,0433$ ) foram as que apresentaram associação estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ).

**TABELA 8 - Associação entre o estresse e variáveis sociodemográficas dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz/PE, Recife, 2014 (CONTINUA...)**

Variável	Classificação	ESTRESSE		Total	p-Valor (Teste Exato de Fisher)
		SIM	NÃO		
SEXO	Feminino	16	21	37	0,0692
	Masculino	0	6	6	
SITUAÇÃO CONJUGAL	Casado/União Consensual	9	19	28	0,4941
	Separado/ Divorciado (a)	4	6	10	
	Solteiro (a)	3	2	5	
FAIXA DE RENDA	Menos de 1 Salário Mínimo	1	1	2	0,4714
	De 1 a 2 Salários Mínimos	3	6	9	
	De 2 a 4 Salários Mínimos	5	8	13	
	Mais de 4 Salários Mínimos	3	10	13	
	Sem Renda	4	2	6	
FAIXA ETÁRIA	Menos de 60 anos	11	16	27	0,7452
	Maior ou igual a 60 anos	5	11	16	
ESCOLARIDADE	Primário Incompleto	1	0	1	0,3600
	1º Grau Completo	1	1	2	
	2º Grau Incompleto	0	1	1	
	2º Grau Completo	6	5	11	
	Superior Incompleto	0	2	2	
	Superior Completo	8	18	26	
OCUPAÇÃO	Aposentado (a)	0	9	9	0,02132*
	Dona de casa	3	3	6	
	Com vínculo empregatício	13	14	27	
	Não informado	0	1	1	
TEMPO QUE CUIDA	Menos de 1 ano	0	1	1	0,3003
	De 1 a 3 anos	5	12	17	
	De 4 a 7 anos	5	10	15	
	8 anos ou mais	6	3	9	
	Não informado	0	1	1	

**TABELA 8 - Associação entre o estresse e variáveis sociodemográficas dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz/PE, Recife, 2014 (CONCLUSÃO).**

Variável	Classificação	ESTRESSE		Total	p-Valor (Teste Exato de Fisher)	
		SIM	NÃO			
GRAU DE PARENTESCO	Filho(a)	11	18	29	0,6692	
	Genro/Nora	1	2	3		
	Irmã (o)	1	0	1		
	Marido/Esposa	3	6	9		
	Primo(a)	0	1	1		
TIPO DE CUIDADOR	Principal	6	14	20	0,4413	
	Secundário	6	10	16		
	Único	4	3	7		
RESIDE COM O IDOSO	Não	5	11	16	0,5337	
	Sim	11	16	27		
SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA	Ativo	9	10	19	0,3413	
	Inativo	7	17	24		
ORIGEM DOS RECURSOS	Aposentadoria	3	9	12	0,0433*	
	Pensão	1	0	1		
	Salário ou atividade informal	6	5	11		
	Aposentadoria/Aluguel de imóveis	0	3	3		
	Aposentadoria/Pensão	0	1	1		
	Salário ou Atividade informal/Aluguel de imóveis	0	1	1		
	Salário ou atividade informal/Aposentadoria	0	4	4		
	Salário ou atividade informal/Pensão	2	1	3		
	Aposentadoria/Aluguel de imóveis/ Outra fonte de renda	1	0	1		
	Salário ou atividade informal/Aposentadoria/Aluguel de imóveis	0	1	1		
	Salário ou atividade informal/Aposentadoria/ Outra fonte de renda	2	0	2		
	Salário ou atividade informal/Aposentadoria/ Pensão	1	1	2		
	Salário ou atividade informal/Aposentadoria/ Pensão/Aluguel de imóveis	0	1	1		
	TOTAL GERAL		16	27		43

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

\*p<0,05

Na tabela 9 verifica-se associação estatisticamente significativa entre o estresse e os domínios de qualidade de vida referentes a aspectos físicos ( $p=0,0346$ ), aspectos sociais ( $p=0,0229$ ) e aspectos emocionais ( $p=0,0013$ ).

**TABELA 9 - Associação entre o estresse e os domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz/PE, Recife, 2014.**

Variável	Classificação	ESTRESSE			p-Valor (Teste Exato de Fisher)
		NÃO	SIM	Total	
CAPACIDADE FUNCIONAL	Pior	0	2	2	0,5216
	Melhor	16	25	41	
ASPECTOS FÍSICOS	Pior	0	7	7	0,0346*
	Melhor	16	20	36	
DOR CORPORAL	Pior	3	11	14	0,1865
	Melhor	13	16	29	
SAÚDE EM GERAL	Pior	3	8	11	0,4942
	Melhor	13	19	32	
VITALIDADE GERAL	Pior	4	16	20	0,0563
	Melhor	12	11	23	
ASPECTOS SOCIAIS	Pior	2	13	15	0,0229*
	Melhor	14	14	28	
ASPECTOS EMOCIONAIS	Pior	0	12	12	0,0013*
	Melhor	16	15	31	
SAÚDE MENTAL	Pior	2	11	13	0,0855
	Melhor	14	16	30	
TOTAL GERAL		16	27	43	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

\* $p < 0,05$

Contudo, ao ser realizada uma análise da relação entre a fase do estresse e as variáveis sociodemográficas, uma associação estatisticamente significativa foi verificada, na tabela 10, com o sexo ( $p=0,0458$ ), ocupação ( $p=0,0089$ ) e origem dos recursos financeiros ( $p=0,0478$ ).

**TABELA 10 - Associação entre a fase do estresse e as variáveis sociodemográficas dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz/PE, Recife, 2014 (CONTINUA...)**

Variáveis	Classificação	FASE ESTRESSE			Total	p-Valor (Teste Exato de Fisher)
		Quase exaustão	Resistência	Não se aplica		
SEXO	Feminino	4	17	16	37	0,0458*
	Masculino	1	5	0	6	
SITUAÇÃO CONJUGAL	Casado/união consensual	4	15	9	28	0,6769
	Separado/divorciado(a)	1	5	4	10	
	Solteiro (a)	0	2	3	5	
FAIXA DE RENDA	Menos de 1 Salário Mínimo	0	1	1	2	0,1473
	De 1 a 2 Salários Mínimos	3	3	3	9	
	De 2 a 4 Salários Mínimos	2	6	5	13	
	Mais de 4 Salários Mínimos	0	10	3	13	
	Sem Renda	0	2	4	6	
FAIXA ETÁRIA	Menos de 60 anos	3	13	11	27	0,8233
	60 anos ou mais	2	9	5	16	
ESCOLARIDADE	Primário incompleto	0	0	1	1	0,2669
	1º Grau completo	0	1	1	2	
	2º Grau incompleto	1	0	0	1	
	2º Grau completo	1	4	6	11	
	Superior incompleto	1	1	0	2	
	Superior completo	2	16	8	26	
OCUPAÇÃO	Aposentado (a)	4	5	0	9	0,0089*
	Dona de Casa	0	3	3	6	
	Com Vínculo Empregatício	1	13	13	27	
	Não informado	0	1	0	1	
TEMPO QUE CUIDA	Menos de 1 Ano	0	1	0	1	0,5513
	De 1 a 3 anos	2	10	5	17	
	De 4 a 7 anos	2	8	5	15	
	8 anos ou mais	0	3	6	9	
	Não informado	0	0	1	1	
TOTAL		4	22	17	43	
GRAU DE PARENTESCO	Filho(a)	3	15	11	29	0,7566
	Genro/nora	0	2	1	3	
	Irmão (a)	0	0	1	1	
	Marido/esposa	2	4	3	9	
	Primo(a)	0	1	0	1	
TIPO DE CUIDADOR	Principal	4	10	6	20	0,3768
	Secundário	1	9	6	16	
	Único	0	3	4	7	

**TABELA 10 - Associação entre a fase do estresse e as variáveis sociodemográficas dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz/PE, Recife, 2014 (CONCLUSÃO).**

Variáveis	Classificação	FASE ESTRESSE				p-Valor (Teste Exato de Fisher)
		Quase exaustão	Resistência	Não se aplica	Total	
RESIDE COM O IDOSO	Não	1	10	5	16	0,4683
	Sim	4	12	11	27	
SITUAÇÃO NA PREVIDENCIA	Ativo(a)	1	9	10	20	0,1773
	Inativo(a)	4	13	6	23	
ORIGEM DOS RECURSOS	Aposentadoria	1	8	3	12	0,0478*
	Pensão	0	0	1	1	
	Salário ou atividade informal	0	5	6	11	
	Aposentadoria/Aluguel de imóveis	0	3	0	3	
	Aposentadoria/Pensão	1	0	0	1	
	Salário ou Atividade informal/Aluguel de imóveis	0	1	0	1	
	Salário ou atividade informal/Aposentadoria	1	3	0	4	
	Salário ou atividade informal/pensão	0	1	2	3	
	Aposentadoria/Aluguel de imóveis/ Outra fonte de renda	0	0	1	1	
	Salário ou atividade informal/Aposentadoria/Aluguel de imóveis	1	0	0	1	
	Salário ou atividade informal/Aposentadoria/Outra fonte de renda	0	0	2	2	
	Salário ou atividade informal/Aposentadoria/Pensão	0	1	1	2	
	Salário ou atividade informal/Aposentadoria/Pensão/ Aluguel de imóveis	1	0	0	1	
<b>TOTAL</b>		<b>5</b>	<b>22</b>	<b>16</b>	<b>43</b>	

Fonte: Dados da pesquisa, 201

\*p < 0,05.

Porém, na tabela 11 não foi verificada associação estatisticamente significativa entre a fase do estresse e a variável de condição de saúde.

**TABELA 11 - Associação entre a fase do estresse e morbidade dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz/PE, Recife, 2014.**

Variáveis	Classificação	FASE ESTRESSE			Total	p-Valor (Teste Exato de Fisher)
		Quase exaustão	Resistência	Não se aplica		
MORBIDADE REFERIDA	Colesterol alto	0	0	1	1	0,3126
	Diabetes	1	1	0	2	
	Herpes	0	0	1	1	
	Hipertensão arterial	1	4	1	6	
	Labirintite	0	0	1	1	
	Tireóide	1	0	0	1	
	Hipertensão arterial/ hipotiroidismo	0	1	0	1	
	Hipertensão/colesterol alto	0	0	1	1	
	Hipertensão/cardiopatia congenita	0	0	1	1	
	Diabetes/hipertensão/fibromi algia	0	0	1	1	
	Nenhuma	2	16	9	27	
Total		5	22	16	43	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A análise estatística entre as variáveis relativas à qualidade de vida com a fase do estresse, na tabela 12, demonstra associação estatisticamente significativa com os domínios capacidade funcional (0,0089), aspectos físicos (0,0245), dor corporal (0,0429), vitalidade em geral (0,0477), aspectos sociais (0,0123) e aspectos emocionais (0,0002).

**TABELA 12 - Associação entre a fase do estresse e os domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz/PE, Recife, 2014 (CONTINUA...)**

Variáveis	Classificação	FASE ESTRESSE			Total	p-Valor (Teste Exato de Fisher)
		Quase exaustão	Resistência	Não se aplica		
CAPACIDADE FUNCIONAL	Pior	2	0	0	2	0,0089*
	Melhor	3	22	16	41	
ASPECTOS FÍSICOS	Pior	1	6	0	7	0,0245*
	Melhor	4	16	16	36	

**TABELA 12 - Associação entre a fase do estresse e os domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com Alzheimer participantes dos grupos de apoio do NAI e ABRAz/PE, Recife, 2014 (CONCLUSÃO).**

Variáveis	Classificação	FASE ESTRESSE			Total	p- Valor (Teste Exato de Fisher)
		Quase exaustão	Resistência	Não se aplica		
DOR CORPORAL	Pior	4	7	3	14	0,0429*
	Melhor	1	15	13	29	
SAÚDE EM GERAL	Pior	3	5	3	11	0,2073
	Melhor	2	17	13	32	
VITALIDADE EM GERAL	Pior	4	12	4	20	0,0477*
	Melhor	1	10	12	23	
ASPECTOS SOCIAIS	Pior	4	9	2	15	0,0123*
	Melhor	1	13	14	28	
ASPECTOS EMOCIONAIS	Pior	4	8	0	12	0,0002*
	Melhor	1	14	16	31	
SAÚDE MENTAL	Pior	3	8	2	13	0,0791
	Melhor	2	14	14	30	
TOTAL GERAL		5	22	16	43	

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

\*p<0,05.

## 6 DISCUSSÃO

O aumento na incidência e prevalência das doenças crônico-degenerativas, a partir do final do século XX, fez emergir no cenário nacional a figura do cuidador de idosos, evidenciando a importância de caracterizá-lo e compreender suas necessidades. Ao realizar uma pesquisa sobre o perfil de 80 cuidadores principais e seus respectivos idosos familiares com Alzheimer no município de Maringá/PR, Matos e Decesaro (2012) identificaram uma maior frequência de mulheres cuidadoras (88,7%), dentre as quais se destacavam as filhas e esposas, corroborando com os achados do presente estudo (MELLO, 2009).

O cuidado na população brasileira ainda está intrinsecamente ligado a questões relacionadas ao sexo, isto porque ainda é considerado como sendo uma característica da mulher ter a capacidade inata de se privar de suas necessidades, adaptar-se às exigências dos familiares, prover assistência e organização da vida familiar. Cachioni et al. (2011) referem que essa responsabilidade feminina é acentuada porque na maioria dos países ocidentais as esposas se destacam por geralmente ter uma maior expectativa de vida do que os cônjuges, além de serem mais jovens que seus maridos. E hierarquicamente, quando elas não conseguem exercer este cuidado socialmente é determinado que as filhas devem assumi-lo (BORGHI et al., 2013).

No entanto, faz-se necessário ressaltar que a população feminina também se predispõe muito mais a participação de grupos de apoio, em que possa compartilhar suas dificuldades e aprendizados, do que os homens, o que pode ter suscitado essa predominância relacionada ao sexo.

A população não idosa (com menos de 60 anos) foi mais prevalente neste estudo, assim como na pesquisa de Oliveira e Caldana (2012) sobre a situação do cuidador familiar em suas diferentes dimensões, à luz da sua história de vida, que ao avaliar 20 cuidadores familiares de idosos com demência de Alzheimer, cadastrados na ABRAZ/ AM na cidade de Manaus concluíram que a faixa etária predominante entre os participantes do estudo concentrava-se entre 40 e 60 anos.

Os cuidadores mais jovens sofrem maior impacto em suas vidas, visto que desponta nesse cenário uma relação intergeracional contínua, caracterizada pela “inversão de papéis” em relação aos seus pais, demonstrando a necessidade de uma reestruturação do sistema familiar. Os sentimentos provenientes dessa relação tornam-se contraditórios e confusos, os quais oscilam entre a oportunidade de demonstrar gratidão pelo cuidado que lhe foi devotado por este idoso e um fardo insuportável. Isto porque alguns assumem este papel pela falta de

opção e pela obrigação socialmente instituída de fazê-lo, o que gera um momento de crise familiar, em que conflitos antigos recrudescem. Enquanto outros veem como uma oportunidade de lidar com os erros do passado e fortalecer relações afetivas, sentindo-se gratificados com a oportunidade de demonstrar todo seu carinho e afeto (ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008; ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009; FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009).

Porém, a literatura afirma que tem se destacado o número de idosos cuidando das pessoas com Alzheimer, conforme verificado na pesquisa de Gaioli, Furegato e Santos (2012) ao traçar o perfil de 101 cuidadores em um ambulatório de hospital geral e Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto/SP. De maneira que os participantes deste estudo relataram preocupações relacionadas as mudanças e limitações que veem ocorrendo em decorrência do seu envelhecimento, pois muitos não possuem assistência e ficam a maior parte do tempo sozinhos com o idoso, o que dificulta o cuidado consigo e com a pessoa com Alzheimer.

Lenardt et al. (2011) ao avaliar a condição de saúde e satisfação com a vida de 208 cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, usuários de um centro de referência em atendimento aos idosos em Curitiba/PR, observaram que a maioria (81,2%) residem no mesmo lar que o idoso e um expressivo percentual (91,8%) realiza um ou mais atividades além do cuidado, convergindo com os achados deste estudo.

A co-habitação com o idoso promove profundas modificações na vida do familiar, uma vez que pode provocar inconveniências ao alterar a rotina, dinâmica, estrutura e relação de troca entre aqueles que residem neste ambiente, em função das mudanças psicofuncionais que ocorrem na pessoa com Alzheimer, devido a progressão da doença (ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008).

O cuidado contínuo com o idoso associado a realização de outras tarefas é uma característica presente na realidade dos familiares cuidadores, os quais propiciam uma maior sobrecarga na vida deste indivíduo. Em virtude dos comprometimentos físicos e emocionais, decorrentes dessa exposição prolongada a situações de desgaste, uma maior predisposição ao desenvolvimento de quadros de estresse é verificada entre os cuidadores, demonstrando o quanto a saúde desses indivíduos torna-se vulnerável (LENARDT et al., 2010).

No entanto, Moraes e Silva (2009) em pesquisa sobre o perfil e avaliação do impacto do cuidado sobre a vida pessoal de 122 cuidadores principais de pacientes com doença de Alzheimer na região metropolitana de Londrina/PR observaram, sob uma ótica distinta, que a realização de outras atividades impede o isolamento social destes indivíduos, permitindo com

que possam interagir com situações diferentes do cuidado, e, portanto, estar e sentir-se mais presentes no convívio familiar e profissional.

No presente estudo, o elevado percentual de cuidadores que exercem esta função há mais de 3 anos é ratificado pela pesquisa de Seima, Lenardt e Caldas (2014) que ao interpretar a relação no cuidado entre idosos com DA e 208 cuidadores familiares de um Centro de Referência em Atendimento em Doença de Alzheimer em Curitiba/PR constatou que 61% dos entrevistados exerciam este cuidado há tempo prolongado, o que poderia determinar um aumento de sua sobrecarga.

O tempo diário de horas que o familiar dispensa a pessoa com Alzheimer é proporcional ao período que ele exerce a função de cuidador porque com a progressão da doença a dependência do idoso pode fazer com que essa jornada perfaça um total de oito horas ou mais. Neste sentido, uma pressão socioeconômica e psíquica negativa é gerada, visto que o familiar não consegue ter uma oportunidade para seu autocuidado e desenvolver ações voltadas para seu bem-estar (NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010; DIEL et al., 2010).

Lima e Marques (2007) ressalta que um dos maiores desafios da família passa a ser a garantia de que haja um equilíbrio entre as tarefas relacionadas a assistência e as necessidades relativas a vida do familiar cuidador, para que se possa evitar o seu adoecimento.

Em revisão de literatura realizada por Ilha et al. (2014) com objetivo de refletir acerca das dificuldades geradas pela doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso verificou que a assistência a pessoa com Alzheimer é exercido em sua maioria por um único familiar, considerado como cuidador principal, corroborando com este estudo. E, em alguns casos, os demais familiares “fingem” que a doença não existe, provocando um quadro de solidão e desconforto no cuidador principal que vivencia uma rotina de tarefas ainda mais desgastante (Ilha et al. 2014).

Ao identificar a relação entre cuidador principal e pessoa com Alzheimer Ramos e Menezes (2012) observaram que a pessoa demenciada progressivamente evidencia uma dependência em relação ao seu cuidador, de maneira que demonstra que não se sente seguro com mais ninguém. Silva e Santos (2012) ratificam essa dependência e referem que este sentimento também é compartilhado por diversos cuidadores que em virtude das instabilidades do idoso não se sentem tranquilos quando outros exercem esta assistência em seu lugar.

O elevado nível de escolaridade identificado entre os participantes deste estudo corrobora com a pesquisa de Lopes e Cachioni (2013) que em uma intervenção psicoeducacional com 21 cuidadores de idosos com DA detectaram que um percentual significativo (47,6%) de indivíduos apresentavam ensino superior.

A pesquisa qualitativa de Ramos e Menezes (2012) de reflexão acerca do cuidado prestado por 20 cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em Salvador/BA se contrapõe ao presente estudo ao constatar que apenas 30% cursaram uma faculdade, enquanto a maioria apenas concluiu o Ensino Médio. Esses autores referem que o reduzido nível de instrução influencia no processo de cuidar dos idosos os quais necessitam de assistência especial, podendo fragilizar o cuidador e predispor o desenvolvimento de um quadro de estresse prolongado.

Uma maior escolaridade entre os responsáveis pelo cuidado supõe que esses podem ser favorecidos devido ao maior acesso à informações, melhor compreensão sobre a DA e suas implicações. No entanto, Escobar e Afanador (2010) destacam que, no início do cuidado, a compreensão de que a pessoa com Alzheimer precisa de apoio, em virtude de suas progressivas incapacidades, é muito exígua, independente do nível educacional do cuidador. A literatura indica, também, que mesmo os cuidadores os quais possuem um alto nível de escolaridade, impulsionados pelos seus desejos diante dessa doença incurável, não a aceitam, não se rendam e a enfrentem, ignorando as suas características (SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012; SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014).

É importante ressaltar que os achados relacionados ao nível de instrução dos cuidadores na casuística estudada e na literatura indicam que indivíduos com maior escolaridade tendem a se aproximar mais de grupos de apoio, uma vez que conseguem perceber mais claramente os impactos e restrições que a tarefa de cuidar produzem em suas vidas, o que pode justificar essa característica prevalente nos participantes da pesquisa.

Entre a população pesquisada a renda referida pelos cuidadores foi maior do que dois salários mínimos vigentes, assim como no estudo de Seima e Lenardt (2011) que ao identificar o nível de sobrecarga de 208 cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, usuários de um Centro de Referência em Atendimento aos Idosos na cidade de Curitiba/PR, verificou que a maioria dos participantes (65%) apresentaram uma renda maior que seis salários mínimos.

A condição financeira, conforme afirmam Lopes e Massinelli (2013) influencia diretamente a vida dos cuidadores, uma vez que aqueles que possuem uma renda satisfatória

conseguem garantir o seu sustento ao passo que não precisam se privar de programas de lazer e entretenimento devido a falta de poder aquisitivo.

Porém, algumas vezes, aqueles que possuem uma melhor condição financeira apresentam menores níveis de satisfação e bem-estar em relação aos que tem menor poder aquisitivo. Supõe-se que isto esteja relacionado a maior capacidade dos cuidadores com menor renda de se adaptar a situações adversas. Especula-se, também, entre os mais favorecidos financeiramente, a manifestação de um turbilhão de sentimentos que envolvem a frustração com os novos direcionamentos da sua vida, os quais destoam de suas expectativas anteriores, além da impotência mediante esta patologia, o que pode gerar um maior desgaste emocional (LOPES; CACHIONI, 2013).

A tarefa de cuidar pode propiciar o desenvolvimento de morbidades entre aqueles que a desempenham conforme verificado neste estudo. Ratificando essa realidade, Santos e Gutierrez (2013) puderam identificar em pesquisa sobre a qualidade de vida de 50 cuidadores informais de idosos com Alzheimer, associados e/ou participantes dos grupos de apoio da ABRAZ localizados na região metropolitana de São Paulo, que uma porcentagem significativa (62%) relatou algum tipo de doença, enquanto 32,1% indicaram ter mais de uma patologia, destacando-se hipertensão, tireoidopatias, osteoporose e diabetes.

O adoecimento desse familiar pode ser relacionado a intensa convivência com a pessoa com Alzheimer, a qual é permeada de situações desgastantes, uma vez que o cuidador tem seu modo de vida desestruturado, visto que apresenta conflitos familiares e profissionais mais intensos que as pessoas que não exercem este função. Bem como, essa rotina faz com que o autocuidado do familiar que realiza essa assistência, diversas vezes, seja inexistente, favorecendo o aumento das chances deles desenvolverem problemas de saúde física, sintomas psiquiátricos e co-morbidades (FREITAS et al., 2008; BORGHI et al., 2013; CUSTODIO et al., 2014).

No processo de saúde-doença, deve-se compreender que a avaliação de saúde dos indivíduos apresenta aspectos inteiramente subjetivos, os quais podem ser contemplados com análise de sua qualidade de vida. Ao passo que ela nos aproxima da percepção de cada indivíduo sobre si e sua satisfação individual e social é possível compreender os desejos, carências, expectativas e frustrações de cada ser humano mediante as múltiplas dimensões da sua vida (PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008).

Os dados referentes a qualidade de vida neste estudo, ao serem comparados com a população normal brasileira investigada por Laguardia et al. (2013) através de um inquérito domiciliar de base populacional com 12.423 chefes de famílias e cônjuges residentes em todas

as regiões do Brasil apresentaram médias menores nos oito domínios. Isso indica que a população estudada investigada percebe mais desfavoravelmente seu estado de saúde em relação a média da população brasileira.

Enquanto que em estudo realizado por Pinto et al. (2009) com 118 cuidadores de idosos atendidos no Núcleo de Envelhecimento Cerebral da Universidade Federal de São Paulo constatou-se que apesar dos valores médios dos domínios de qualidade de vida estarem abaixo dos níveis nacionais, ainda superavam os apresentados pela população investigada neste estudo, exceto quanto as limitações por aspecto físico e os aspectos emocionais.

Essa pior qualidade de vida entre os cuidadores familiares pode estar relacionada a devastadora experiência de cuidar, que acarreta preocupações sobre a evolução e prognóstico da doença, além do estresse diário. Vargas-Escobar (2012) ressalta que o cuidar promove comprometimentos no aspecto físico, emocional, espiritual e social naqueles que o realizam, isto porque gera desde o esgotamento físico, baixa autoestima, subvalorização de suas necessidades, isolamento social até preocupações em herdar essa patologia (PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008).

A gama de comprometimentos que afetam os cuidadores evidencia a necessidade de que haja uma maior aproximação com suas carências, visto que a qualidade de vida desses gera reflexos diretos sobre a qualidade de vida dos idosos demenciados, demonstrando que a família deve ser considerada, além de cuidadora, unidade a ser cuidada (INOUE et al., 2009).

Poltroniere, Checchetto e Souza (2011) reafirmam a importância de que haja especial atenção aos cuidadores familiares, em particular pelos profissionais de saúde, para que seja possível conhecer suas fragilidades e potencializar a atuação dos mesmos, já que são eles que estão continuamente exercendo a assistência, evitando o desenvolvimento de complicações e promovendo o bem-estar da pessoa com Alzheimer.

O papel de cuidar possui relação direta com o estresse, visto que o mesmo promove impactos na saúde, equilíbrio familiar e qualidade de vida daqueles que o realizam ao passo que também ocasiona reflexos sobre a aceitação da condição do paciente e cuidado a ser desenvolvido. De acordo com Lipp (2011), o estresse é uma reação do organismo que pode gerar comprometimentos físicos, psicológicos e afeta especialmente as pessoas que se encontram em situações de potencial e constante tensão, tais como os cuidadores (SADIR; BIGNOTTO; LIPP, 2010; SANTOS; CARDOSO, 2015).

Horiguchi e Lipp (2010) ao realizarem um estudo com 20 mulheres que cuidavam de pessoas com o diagnóstico de Doença de Alzheimer verificaram que 75% delas apresentavam

estresse, entre as quais 70% estavam na fase de resistência e 40% apresentavam predominância de sintomas psicológicos, o que converge com os achados do presente estudo.

A literatura referencia que, entre aqueles que realizam a assistência, o estresse pode ter como fatores causais a falta de informação, o sentimento de despreparo para exercer esta função e a angustia de viver com o sofrimento de outra pessoa, evidenciando que esta condição apresenta uma íntima relação com questões psicológicas (MIYAZAKI et al., 2010; SANTOS; CARDOSO, 2015).

A fase de resistência verificada indica que a pessoa está tentando lidar com as situações estressoras que vivencia, a fim de manter o seu equilíbrio interno. No entanto, evidencia, também, que o quadro de estresse está instalado o que torna necessário um esforço mais sério para que haja o resgate de sua homeostase corporal (LIPP, 2011; SANTOS; CARDOSO, 2015).

Nesse processo de readquirir o seu equilíbrio, os cuidadores já apresentam sintomas de aspecto psicossocial, os quais, associados a outros aspectos negativos da sua vida, podem predispor o desenvolvimento de comorbidades. Ao passo que patologias vão emergindo entre os cuidadores, a prevalência da fase de quase exaustão do estresse se sobressai, conforme identificado neste estudo, sendo esta caracterizada pelo início de um processo de adoecimento, provocando, entre aqueles que realizam o cuidado, a deterioração dos órgãos mais vulneráveis (LIPP, 2011; VALLE; SOUZA; RIBEIRO, 2013).

A realização de outras atribuições além do cuidado são fatores que geram uma maior sobrecarga no cotidiano do cuidador e predispõe um quadro de estresse entre eles, o que pôde ser ratificado entre os entrevistados deste estudo, uma vez que constatou-se associação significativa entre a ocupação do cuidador e origem dos recursos financeiros da família com o estresse (FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011).

Entre os entrevistados estressados foi identificado, que além das variáveis supracitadas, o sexo também se associou com a fase do estresse em que se encontravam. Uma vez que a mulher moderna tem exercido dupla jornada de trabalho, além da assistência, é fortalecida a teoria de que a sobreposição de responsabilidades tem provocando, entre os cuidadores, sentimentos de impotência, problemas de saúde, cansaço e irritabilidade, os quais culminam em perda do equilíbrio corporal e até mesmo adoecimento (INOUE et al., 2009).

A relação entre estresse e sobreposição de responsabilidade é reforçada por características específicas da doença de Alzheimer. Entre as quais se destaca seu caráter progressivo, que gera um aumento exponencial da necessidade de assistência ao idoso demenciado e, conseqüentemente, culmina em um quadro de estresse prolongado entre os

cuidadores, identificando a prestação de cuidados como um estressor crônico (FIGUEIREDO; LIMA; SOUSA, 2009; VARGAS-ESCOBAR, 2012).

Oliveira et al. (2011) em um estudo acerca de qualidade de vida e sobrecarga de 126 cuidadores familiares de idosos atendidos no Ambulatório de Psicogeriatria e Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) verificaram uma relação intrínseca entre internação do idoso em instituições de longa permanência e estresse do cuidador. Para tanto eles sugerem que a redução da sobrecarga do cuidador poderia contribuir na diminuição em seus níveis de estresse e, conseqüentemente, adiar ou evitar a internação dos idosos dependentes, favorecendo a melhora na qualidade de vida de ambos.

A associação entre o estresse e os domínios relacionais a qualidade de vida do cuidador, aspectos sociais, emocionais e físicos, identificada neste estudo corroboram com a literatura, a qual refere que o desgaste proveniente da atividade de cuidar predispõe um quadro de estresse, além de gerar limitações na vida desses indivíduos. O cotidiano do cuidador pode ser tão permeado dessas limitações que suas necessidades se anulam, gradativamente ele vai se privando de sua vida social, do lazer e até mesmo da sua individualidade e sua existência torna-se, em diversas situações, apenas uma extensão da vida do idoso com demência (GARCES et al., 2012; ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014).

Esta realidade pode se manifestar de forma concreta no cuidador quando a sua qualidade de vida relativa ao domínio físico é afetada e se torna possível visualizar alterações corporais e fisiológicas que são conseqüências do trabalho excessivo e estressante que tem praticado em sua rotina (FERREIRA; ALEXANDRE; LEMOS, 2011; OLIVEIRA et al., 2011).

Esses dados demonstram a multidimensionalidade de um quadro de estresse, o qual envolve desde as condições físicas e emocionais dos indivíduos até sua relação com a sociedade, reafirmando a questão da necessidade de um suporte aos cuidadores, os quais tem toda sua vida modificada em função desta nova atribuição (FIGUEIREDO; LIMA; SOUSA, 2009).

Essa necessidade é corroborada pelo artigo 19 da Lei de N° 10.741, de 1° de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, o qual referencia a obrigatoriedade das instituições de saúde prestarem atendimento e orientação aos cuidadores familiares e grupos de autoajuda para o cuidado de idosos. No entanto, atualmente, não há programas, banco de dados ou instituições governamentais que possuam informações sobre os cuidadores

familiares em Recife, demonstrando a fragilidade das políticas públicas vigentes nesse município (BRASIL, 2003).

Contudo, é notório que a saúde destes indivíduos encontra-se profundamente afetada, a tal ponto que o quadro de estresse relacionado ao cuidado pode influenciar a percepção dos cuidadores familiares sobre o seu estado de saúde, bem como afetar a assistência prestada, a continuidade da disponibilidade familiar e a saúde do idoso com Alzheimer (FIGUEIREDO; LIMA; SOUSA, 2009).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidar é uma responsabilidade que progressivamente tem constituído o cotidiano de familiares brasileiros, em virtude do processo de envelhecimento populacional. Ao passo que essa transição demográfica ocorre, desponta no cenário nacional o crescente aumento na incidência da Doença de Alzheimer.

Ser familiar cuidador de um idoso com Alzheimer tem propiciado um cotidiano imerso em mudanças, medos, contradições e situações adversas. Em meio a essa realidade, a assistência prestada pelo cuidador o tem subjugado em todos os aspectos de sua vida, o que promove reflexos em sua qualidade de vida e saúde.

No entanto, o cuidado não deve ser considerado um sinônimo de dor, sofrimento ou desgaste, assim como o estresse não é somente indicação de patologias e sensações desagradáveis. Isto porque, conforme a literatura, alguns indivíduos podem vislumbrar um sentido maior para sua existência quando se tornam cuidadores ou ao vivenciarem a sensação de plenitude que constitui a fase de alerta do estresse.

A compreensão de que o cuidar é algo complexo que provoca reações distintas em cada ser humano, positivas e/ou negativas, demonstra a adequação do ISSL para identificar o estresse entre os cuidadores, uma vez que este instrumento considera a fase inicial do estresse como sendo positiva, a qual teve a possibilidade de ser detectada entre os cuidadores, caso eles a estivessem vivenciando.

A participação dos entrevistados em grupos de apoio não-governamentais, que evidencia um suporte social diferenciado, poderia ser um dos fatores que atenuasse os aspectos negativos do estresse e favorecesse os positivos nesta pesquisa. Apesar disso, o impacto desfavorável do estresse na vida dos cuidadores pôde ser ratificado com o significativo percentual de indivíduos que estavam nas fases negativas do estresse o que demonstra o quão preocupante é a condição de saúde dos investigados.

Esse achado propicia uma reflexão ainda mais profunda em relação a sensação de desassistência daqueles cuidadores que não tem a oportunidade de participar de grupos de apoio e vivem em situações mais adversas, conjuntura que acentua o risco deles desenvolverem quadros mais graves de estresse, além de outros comprometimentos.

Nesse sentido, é ratificada a necessidade de que os profissionais de todos os níveis de atenção à saúde compreendam a importância de haver uma maior aproximação com esses familiares que cuidam das pessoas com Alzheimer, de forma que considerem a saúde como um complexo estado que envolve não apenas a fisiopatologia das doenças, mas o contexto e

condição familiar. Isso estimulará a disseminação de iniciativas no âmbito de atenção à saúde, relacionadas a assistência do paciente e sua rede social de cuidado, formação de grupos de apoio (que fornecem suporte social, emocional e técnico) e o desenvolvimento de pesquisas científicas direcionadas para o idoso com Alzheimer e sua família.

A atenção fornecida ao familiar predispõe uma melhora na qualidade de vida e condição de saúde da família e idoso, visto que permite com que ocorra a desmistificação de que cuidar é uma atividade solitária, promotora de adoecimento e isolamento social. Assim como favorece a aproximação de mais familiares, os quais se afastaram por sentirem-se inaptos para lidar com as mudanças que a Doença de Alzheimer provoca em seu ente querido.

Para tanto, é imprescindível um intenso comprometimento governamental, subsidiando as ações dos profissionais, por meio de políticas públicas e condições de trabalho que favoreçam uma postura mais humanizada e comprometida dos trabalhadores em saúde, em detrimento do tecnicismo e produtivismo constituintes do modelo biomédico vigente.

## REFERÊNCIAS

- ABRAz - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER- **História**, 2013 Disponível em: < <http://www.abraz.org.br/a-abraz/historia>>. Acesso em: 15 de novembro de 2013.
- ABRAz - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER- **Regional Pernambuco**, 2013 Disponível em: < <http://www.abraz.org.br/regional?reg=Pernambuco>>. Acesso em: 15 de novembro de 2013.
- ABRAz/PE - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER- REGIONAL PERNAMBUCO. **Estatuto**, 2013 Disponível em: < <http://www.icons.com.br/abrazpe/>>. Acesso em: 15 de novembro de 2013.
- ALBERT, M. S. et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer's & Dementia**, v.7, n. 3, pp. 270-9, Maio 2011. Disponível em: <[http://ac.els-cdn.com/S155252601100104X/1-s2.0-S155252601100104X-main.pdf?\\_tid=bd71585a-3440-11e4-9c0d-00000aab0f27&acdnat=1409841518\\_5602d2caf81dbd1fd313c4facc184caa](http://ac.els-cdn.com/S155252601100104X/1-s2.0-S155252601100104X-main.pdf?_tid=bd71585a-3440-11e4-9c0d-00000aab0f27&acdnat=1409841518_5602d2caf81dbd1fd313c4facc184caa)>. Acesso em: 03 de setembro de 2014.
- ALMEIDA FILHO, N. de; BARRETO, M. L. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e saúde**: Fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. pp. 165-74.
- ALMEIDA, K. dos S. ; LEITE, M. T. L.; HILDEBRANDT, L. M. Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão da literatura **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n.2, pp. 403-12, 2009. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n2/pdf/v11n2a23.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/pdf/v11n2a23.pdf)>. Acesso em: 10 de maio de 2013.
- ANJOS, K. F. dos; BOERY, R. N. S. de O. ; PEREIRA, R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 3, pp. 600-8, Jul-Set 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00600.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00600.pdf)>. Acesso em: 24 de novembro de 2014.
- ARAÚJO, J. D. de. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n.4, pp.533-538, out-dez 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a02.pdf>>. Acesso em: 24 de setembro de 2013.

ARRUDA, M. C.; ALVAREZ, A. M.; GONÇALVES, L. H. T. O familiar cuidador de portador de doença de Alzheimer participante de um grupo de ajuda mútua. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 7, n.3, p.339-345, Jul/Set 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6505/3860>>. Acesso em: 10 de maio de 2013.

BALLARD, C. et al. Alzheimer's disease. **The Lancet**, v. 377, pp. 1019–31, March 2011. Disponível em: <[http://ac.els-cdn.com/S0140673610613499/1-s2.0-S0140673610613499-main.pdf?\\_tid=2dde433e-343f-11e4-9398-00000aab0f6c&acdnat=1409840848\\_dc99c5309706328da94b1fecf21c304e](http://ac.els-cdn.com/S0140673610613499/1-s2.0-S0140673610613499-main.pdf?_tid=2dde433e-343f-11e4-9398-00000aab0f6c&acdnat=1409840848_dc99c5309706328da94b1fecf21c304e)>. Acesso em: 03 de setembro de 2014.

BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. 2ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. pp. 173-179.

BORGHI, A. C. et al. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online], v.32, n.4, pp. 751-758, 2011. ISSN 1983-1447. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a16.pdf>>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

BORGHI, A. C. et al. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n.4: [07 telas], jul.-ago. 2013. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt\\_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0876.pdf)>. Acesso em: 26 de agosto de 2013.

BRASIL. Lei de Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. Publicada no **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 out. 2003, seção 1, pp. 1-6 Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/712903/pg-6-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-03-10-2003>>. Acesso em: 27 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Institui a política nacional de saúde do idoso. Publicada no **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 dez. 1999, nº237-E, seção 1, pp. 20-24. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/1498840/pg-20-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-13-12-1999>>. Acesso em: 27 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 703/GM em 12 de abril de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 de Abril de 2002, Seção 1, p. 28. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/513312/pg-28-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-16-04-2002>>. Acesso em: 27 de dezembro de 2012.

CACHIONI, M. et al. Elderly patients with Alzheimer's disease and their family relationships: Caregiver perspectives. **Dement. Neuropsychol**, v. 5, n. 2, pp. 114-122, 2011. ISSN 1980-5764. Disponível em: <[http://demneuropsych.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=275](http://demneuropsych.com.br/detalhe_artigo.asp?id=275)>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

CAIXETA, L. Evolução do conceito da doença de Alzheimer. In CAIXETA, L et al. **Doença de Alzheimer**. Porto Alegre: Artmed, 2012. ISBN: 978-85-363-2702-0.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. **Texto para Discussão**, Rio de Janeiro: Ipea, n. 1.426, out. 2009. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1426.pdf](http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf)>. Acesso em: 05 de julho de 2013

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 39, n3. Mai-jun, 1999. Disponível em: <[http://lava.med.br/MESTRADO/VASCULAR/2005/Artigos\\_Revista/Modulo\\_XXVI/390301.pdf](http://lava.med.br/MESTRADO/VASCULAR/2005/Artigos_Revista/Modulo_XXVI/390301.pdf)>. Acesso em: 13 de novembro de 2013.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm**, v. 45, Esp. 2, pp. 1763-82, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf>>. Acesso em: 24 de setembro de 2013.

CIPRIANI, G. et al. Alzheimer and his disease: a brief history, **Neurol Sci** , v. 32, pp. 275–279, 2011. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10072-010-0454-7#page-1>>. Acesso em: 24 de setembro de 2013.

CLOSS, V. E. ; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, pp.443-458, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n3/v15n3a06.pdf>>. Acesso em: 26 de dezembro de 2012.

CORDEIRO, Q.; VALLADA FILHO, H. P. Bases genéticas da doença de Alzheimer. In: CAIXETA, L et al. **Doença de Alzheimer**. Porto Alegre: Artmed, 2012, pp. 49-56. ISBN: 978-85-363-2702-0.

CÔRREA, S. E. S.; SILVA, D. B. da. Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 12, n. 3, pp. 463-474, 2009. Disponível em: <[http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_artigos/152.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/152.pdf)>. Acesso em: 02 de setembro de 2013.

CRUZ, D. T. da; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 18 (4): 500-8, 2010. Disponível em: <[http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010\\_4/artigos/CSC\\_v18n4\\_500-508.pdf](http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_500-508.pdf)>. Acesso em: 05 de julho de 2013.

CURIATI, J. A. E; KASAI, J. Y. T.; NÓBREGA, T. C. M. de. Senescência e senilidade. In JACOB FILHO, W; KIKUCHI, E. L. **Geriatrics e gerontologia básicas**. Elsevier editora LTDA. Rio de Janeiro, 2012. ISBN: 978-85-352-3097-0.

CUSTODIO, N. et al. Informal caregiver burden in middle-income countries Results from Memory Centers in Lima – Peru. **Dement Neuropsychol**, v. 8, n. 4, pp.376-383, December 2014. Disponível em: <[http://www.demneuropsy.com.br/detalhe\\_artigo.asp?id=488](http://www.demneuropsy.com.br/detalhe_artigo.asp?id=488)>. Acesso em: 07 abr. de 2015.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, pp.01-13, 2008. Disponível em: <[http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/metodos\\_quantitativos\\_e\\_qualitativos\\_um\\_resgate\\_teorico.pdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf)>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.

DEROUESNÉ, C. La maladie d’Alzheimer: regards sur le présent à la lumière du passé. Une approche historique. **Psychol NeuroPsychiatr Vieil**, v.6, n.2, pp. 115-28, jun 2008. Disponível em: <[http://www.jle.com/download/-pnv-279116-la\\_maladie\\_dalzheimer\\_regards\\_sur\\_le\\_present\\_a\\_la\\_lumiere\\_du\\_passe.\\_une\\_approche\\_historique-VAiJt38AAQEAAAGM-yIUAAAAS.pdf](http://www.jle.com/download/-pnv-279116-la_maladie_dalzheimer_regards_sur_le_present_a_la_lumiere_du_passe._une_approche_historique-VAiJt38AAQEAAAGM-yIUAAAAS.pdf)>. Acesso em: 02 de setembro de 2014

DIEL, L. et al. Sociodemographic profile and level of burden of dementia patients’ caregivers who participate in a support group. **Dement Neuropsychol**, v. 4, n. 3, pp.232-237, September 2010. Disponível em: <[http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/v4n3a13.pdf?aid2=232&nome\\_en=v4n3a13.pdf](http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/v4n3a13.pdf?aid2=232&nome_en=v4n3a13.pdf)>. Acesso em: 31 mar. de 2015.

DUARTE, E.C.; BARRETO, S. M.. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. v. 21, n.4, pp. 529-532, 2012. ISSN 1679-4974. Disponível: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a01.pdf>>. Acesso em: 05 de julho de 2013.  
DUBOIS, B. et al. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer’s disease: revising the NINCDS–ADRDA criteria. **The Lancet Neurology**, v. 6, n.8, pp.734-46, ago 2007. Disponível em: <[http://ac.els-cdn.com.ez139.periodicos.capes.gov.br/S1474442207701783/1-s2.0-S1474442207701783-main.pdf?\\_tid=927f3d84-3480-11e4-96e5-00000aab0f6c&acdnat=1409868934\\_506a1966da931ef17544c531327fc14e](http://ac.els-cdn.com.ez139.periodicos.capes.gov.br/S1474442207701783/1-s2.0-S1474442207701783-main.pdf?_tid=927f3d84-3480-11e4-96e5-00000aab0f6c&acdnat=1409868934_506a1966da931ef17544c531327fc14e)>. Acesso em: 03 de setembro de 2014.

ESCOBAR, L. M. V.; AFANADOR, N. P. Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. **Avances en enfermería**, v. 28, n. 1, pp. 116-128, 2010. Disponível em: <[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1\\_12.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_12.pdf)>. Acesso em: 06 abr. de 2015.

FALCÃO, D. V. da S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. O impacto da doença de alzheimer nas relações intergeracionais. **Ver. Psic. Clin.** Rio de Janeiro, v. 21, n.1, pp.137-52, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v21n1/v21n1a10.pdf>> Acesso em: 08 de setembro de 2014.

FERREIRA, C. G.; ALEXANDRE, T. DA S.; LEMOS, N. D. Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária. **Saúde Soc.** [online], v.20, n.2, pp. 398-409, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/12.pdf>>. Acesso em: 25 de novembro de 2014.

FIGUEIREDO, D. ; LIMA, M. P.; SOUSA, L. Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 12, n.1, pp. 97-112, jan. 2009. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2782/1817>> . Acesso em: 25 de agosto de 2014.

FREITAS, I. C. C et al. Convivendo com o portador de Alzheimer: perspectivas do familiar cuidador. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, pp. 508-13, Jul-Ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/18.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2013.

FROTA, N. A. F. et al. Critérios para o diagnóstico de doença de Alzheimer. **Dement Neuropsychol**, v. 5 (Suppl 1), pp. 5-10, June 2011. Disponível em: <[http://www.demneurology.com.br/audiencia\\_pdf.asp?aid2=281&nomeArquivo=v5s1a02.pdf](http://www.demneurology.com.br/audiencia_pdf.asp?aid2=281&nomeArquivo=v5s1a02.pdf)>. Acesso em: 27 de agosto de 2013.

GAIOLI, C. C. L. DE O. ; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de alzheimer associado à resiliência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, pp. 150-7, Jan-Mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a17v21n1.pdf>>. Acesso em: 27 de agosto de 2013.

GARCES, S.B.B. et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n.2, pp. 335-352, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n2/16.pdf>>. Acesso em: 26 de dezembro de 2012.

GEDA, Y.E. et al. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer’s disease: Past progress and anticipation of the future. **Alzheimer’s & Dementia**, v. 9, n. 5, pp. 602-8, sep. 2013.

Disponível em: < [http://ac.els-cdn.com/S1552526012025708/1-s2.0-S1552526012025708-main.pdf?\\_tid=dc62de7e-343f-11e4-bed7-00000aab0f26&acdnat=1409841141\\_8bba60a411c5355e9b8d9ca037ac2b83](http://ac.els-cdn.com/S1552526012025708/1-s2.0-S1552526012025708-main.pdf?_tid=dc62de7e-343f-11e4-bed7-00000aab0f26&acdnat=1409841141_8bba60a411c5355e9b8d9ca037ac2b83)> Acesso em: 03 de setembro de 2014.

GUSTIN, M. T. S.; DIAS, M. T. F. **(Re) pensando a pesquisa jurídica: teoria e prática**. 2 ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2006. 268 p. ISBN: 85-7308-812-5.

HOLANDA, I. T. A.; PONTE, K. M. DE A.; PINHEIRO, M. C. D. Idosos com alzheimer: um estudo descritivo **Rev Rene**, v.13, n.3, pp.582-89, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/725/pdf>>. Acesso em: 02 de setembro de 2013.

HORIGUCHI, A.; LIPP, M. E. N. Alzheimer: stress e qualidade de vida de cuidadores informais. **Psychiatry on line Brasil**, v. 15, n.3, março 2010. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano10/art0310.php>>. Acesso em: 25 de novembro de 2014.

ILHA, S. et al. Refletindo acerca da doença de alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 4, n. 1, pp.1057-1065 jan/abr 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/378/580>>. Acesso em: 06 abr. de 2015.

INOUYE, K. et al. Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n.2, pp. 187-193, março-abril 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/08.pdf>>. Acesso em: 07 abr. de 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. [2008]. **Projeção da população do Brasil por sexo idade 1980-2050: revisão 2008**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/projecao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf)>. Acesso em: 27 de dezembro de 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. [2010]. **Cidades: Recife (PE) - dados básicos**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=261160#topo>>. Acesso em: 28 de dezembro de 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. [2010]. Sinopse dos resultados do censo 2010: **Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil**. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>>. Acesso em: 27 de dezembro de 2012.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A. 2ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. pp.193-219.

LAGUARDIA, J. et al. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 4, pp. 889-97, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n4/pt\\_1415-790X-rbepid-16-04-00889.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n4/pt_1415-790X-rbepid-16-04-00889.pdf)>. Acesso em: 20 de novembro de 2014.

LENARDT, M. H. et al. O idoso portador da doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **Rev. Min. Enferm.** , v. 14, n.3, pp. 301-7, jul./set., 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/120>>. Acesso em: 09 de setembro de 2014.

LENARDT, M. H. et al. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Colomb Med.**, v. 42, n.2 (Supl 1), pp. 17-25, abril-junho 2011. Disponível em: <<http://www.bioline.org.br/request/rc11036>>. Acesso em: 13 de outubro de 2013.

LIMA, L. D. de; MARQUES, J.C. Relações interpessoais em famílias com portador da doença de Alzheimer. **Revista PSICO**, v. 38, n. 2, pp.157-65, maio-ago, 2007. Disponível em:< <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1470/1990>>. Acesso em: 09 de setembro de 2014.

LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

LOPES, L. de O. ; CACHIONI, M. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [online], vol.16, n.3, pp. 443-460, 2013. ISSN 1809-9823. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n3/v16n3a04.pdf>>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

LOPES, M. V. de O. Desenhos de pesquisa em epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z. ; GURGEL, M. Epidemiologia e Saúde. 7 ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. pp. 121-132.

LOPES, S. R. de A.; MASSINELLI, C. de J. Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. **Aletheia**, n.40, p.134-145, jan./abr. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n40/n40a12.pdf>>. Acesso em: 06 abr. de 2015.

MATOS, P. C. B. de; DECESARO, M. das N. Características de idosos acometidos pela doença de Alzheimer e seus familiares cuidadores principais. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 14, n. 4, p. 857-65, oct/dec 2012. Disponível em: <

<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/14775/13350>>. Acesso em: 30 mar. de 2015.

MCKHANN, G. M. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. **Alzheimer's & Dementia**, v.7, n. 3, pp. 263-9, Maio 2011. Disponível em: < [http://ac.els-cdn.com/S1552526011001014/1-s2.0-S1552526011001014-main.pdf?\\_tid=3e4e6c6a-3441-11e4-bf9d-00000aab0f02&acdnat=1409841735\\_af4b564a7d7031534b5ca633c1eac718](http://ac.els-cdn.com/S1552526011001014/1-s2.0-S1552526011001014-main.pdf?_tid=3e4e6c6a-3441-11e4-bf9d-00000aab0f02&acdnat=1409841735_af4b564a7d7031534b5ca633c1eac718)>. Acesso em: 03 de setembro de 2014.

MELLO, M. P. de et al. O paciente oculto: Qualidade de Vida entre cuidadores e pacientes com diagnóstico de Esclerose Lateral Amiotrófica. **Rev Bras Neurol**, v. 45, n.4, pp. 5-16, 2009. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/0101-8469/2009/v45n4/a5-16.pdf>>. Acesso em: 14 de novembro de 2013.

MIYAZAKI, E. T et al. Patients on the Waiting List for Liver Transplantation: Caregiver Burden and Stress. *Liver transplantation*, vol. 16, n. 10, pp. 1164-68, oct. 2010. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lt.22130/epdf>>. Acesso em: 09 abr. de 2015.

MORAES, S. R. P. de; SILVA, L. S. T. da. An evaluation of the burden of Alzheimer patients on family caregivers. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, pp.1807-1815, ago. 2009. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n8/17.pdf>>. Acesso em: 31 mar. de 2015.

NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs. **World Population Ageing, 2013**. Disponível em: < <http://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/Data/WorldPopulationAgeingReport2013.pdf>>. Acesso em: 02 de setembro de 2014.

NOVELLI, M. M. P. C.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 2, pp. 139-147, maio/ago. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14097/15915>>. Acesso em: 31 mar. de 2015.

OLIVEIRA, D. C.de et al. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, pp. 234-40, Abr-Jun 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a03v20n2.pdf>>. Acesso em: 24 de novembro de 2014.

OLIVEIRA, A. P. P. de; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saude soc. [online]**, vol.21, n.3, pp.

675-685, 2012. ISSN 0104-1290. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n3/13.pdf>>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2<sup>a</sup> ed., revisada e ampliada, São Paulo: Atheneu, 2007.

PAULA, J. dos A.; ROQUE, F. P.; ARAÚJO, F. S. de .Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **J Bras Psiquiatr**, vol. 57, n.4, pp.283-287, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n4/a11v57n4.pdf>>. Acesso em: 10 de maio de 2013.

PAVARINI, S. C. I. et al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 3, pp. 580-90, 2008. Disponível em:<  
[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v10/n3/pdf/v10n3a04.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a04.pdf)>. Acesso em: 10 de maio de 2013.

PINTO, M. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 5, pp. 652-7, 2009. Disponível em:<  
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>> Acesso em: 14 de novembro de 2013.

POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F.H.; SOUZA, E. N. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.2, pp.70-8, jun, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a09v32n2.pdf>> Acesso em: 15 de novembro de 2013.

RAMIREZ-BERMUDEZ, J. Alzheimer's Disease: Critical Notes on the History of a Medical Concept, **Archives of Medical Research**, v. 43, n.8, pp. 595-9, nov. 2012. Disponível em: <[http://ac.els-cdn.com/S0188440912003360/1-s2.0-S0188440912003360-main.pdf?\\_tid=266e2d42-336f-11e4-85f5-00000aab0f26&acdnat=1409751500\\_d76cae34354991320ff87a1a0dd9f156](http://ac.els-cdn.com/S0188440912003360/1-s2.0-S0188440912003360-main.pdf?_tid=266e2d42-336f-11e4-85f5-00000aab0f26&acdnat=1409751500_d76cae34354991320ff87a1a0dd9f156)>. Acesso em: 03 de setembro de 2014.

RAMOS, J. L.C.; MENEZES M. DO R. de Cuidar de idosos com doença de alzheimer: um enfoque na teoria do cuidado cultural. **Revista de rede de enfermagem do nordeste**, v. 13, n. 4, pp. 805-15, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarede.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1075/pdf>>. Acesso em: 26 de agosto de 2013.

ROE, C. M.; RENTZ; D. M. Alzheimer disease: Before the diagnosis. **Neurology**, v.80, n. 13, pp.148-149, mar 2013. Disponível em: <<http://www.neurology.org/content/80/13/e148.full.pdf+html>>. Acesso em: 28 de agosto de 2013.

SADIR, M. A.; BIGNOTTO, M. M.; LIPP, M. E. N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paideia**, v. 20, n. 45, Ribeirão Preto, pp. 73-81, jan.-abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n45/a10v20n45.pdf>>. Acesso em: 07 abr. de 2015.

SANTANA, V. S.; CUNHA, S. Estudos transversais. In: ALMEIDA FILHO, N.; BARRETO, M. L. **Epidemiologia e saúde**: Fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. pp. 186-193

SANTOS, A. F. de O. ; CARDOSO, C. L. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais em saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, pp. 245-253, abr./jun. 2010 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a03v15n2.pdf>>. Acesso em: 15 de novembro de 2013.

SANTOS, A. F. de O.; CARDOSO, C. L. Family members of individuals suffering from mental disorders: Stress and care stressors **Estud. psicol.**, Campinas, v.32, n.1, pp. 87-95, Jan./Mar. 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v32n1/0103-166X-estpsi-32-01-00087.pdf>>. Acesso em: 09 abr. de 2015.

SANTOS, C. F. dos; GUTIERREZ, B. A. O. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da doença de Alzheimer. **Rev Min Enferm**, v. 17, n. 4, pp. 792-98, out/dez 2013.ISSN (on-line): 1415-2762. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/887>>. Acesso em: 05 de agosto de 2014.

SEIMA, M. D. ; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, pp. 388-98, ago./dez. 2011. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/9901/7341>>. Acesso em: 10 de maio de 2013.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H.; CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 2, pp. 233-40, mar-abr 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0233.pdf>>. Acesso em: 31 mar. de 2015.

SERENIKI, A.; VITAL, M. A. B. F. A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul** [online], v. 30, n.1, 1 Supl., 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n1s0/v30n1a02s0.pdf>>. Acesso em: 27 de dezembro de 2012.

SILVA, C. F. DA; PASSOS, V. M. DE A.; BARRETO, S. M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**,

Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, pp.707-731, 2012. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n4/11.pdf>>. Acesso em: 06 abr. de 2015.

SILVA, D. K. da; SANTOS, N. C. dos. O impacto causado pelo longo processo de morte na família do idoso acometido pela doença de Alzheimer. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, pp. 277-292, 2012. Disponível em:  
<<http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/18691/25396>>. Acesso em: 27 de agosto de 2013.

SPERLING, R. A. et al. Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimer's & Dementia**, v.7, n. 3, p. 280-92, Maio 2011. Disponível em: < [http://ac.els-cdn.com/S1552526011000999/1-s2.0-S1552526011000999-main.pdf?\\_tid=4e103d82-3440-11e4-9ccd-00000aab0f6b&acdnat=1409841332\\_17df3dbd4c33ac0f35d0c855e9305236](http://ac.els-cdn.com/S1552526011000999/1-s2.0-S1552526011000999-main.pdf?_tid=4e103d82-3440-11e4-9ccd-00000aab0f6b&acdnat=1409841332_17df3dbd4c33ac0f35d0c855e9305236) >. Acesso em: 03 de setembro de 2014.

UFPE-UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. NAI, 2013. Disponível em:<[http://www.ufpe.br/proext/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14&Itemid=101](http://www.ufpe.br/proext/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=101)>. Acesso em: 04 de novembro de 2013.

UFPE-UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. PROIDOSO, 2013. Disponível em:<[http://www.ufpe.br/proext/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14&Itemid=101](http://www.ufpe.br/proext/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=101)>. Acesso em: 04 de novembro de 2013.

VALE, F. de A. C. do et al. Tratamento da doença de Alzheimer. **Dement Neuropsychol**, v.5 (Suppl 1), pp.34-48, June 2011. Disponível em:  
<[http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/v5s1a05.pdf?aid2=284&nome\\_en=v5s1a05.pdf](http://www.demneuropsy.com.br/imageBank/PDF/v5s1a05.pdf?aid2=284&nome_en=v5s1a05.pdf)>. Acesso em: 27 de agosto de 2013.

VALLE, L. dos S.; SOUZA, V. F. de; RIBEIRO, A. M. . Estresse e ansiedade em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n.1, pp. 131-138, jan-março, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n1/14.pdf>>. Acesso em: 15 de novembro de 2013.

VARGAS-ESCOBAR, L. M. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente com Alzheimer. **Aquichán [online]**, Bogotá, v. 12, n.1, pp. 62-76, abr. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a07.pdf> >. Acesso em: 07 abr. de 2015.

VERHEY, F. R. J. Alois Alzheimer (1864–1915). **J Neurol**, v. 256, p. 502–503, 2009. DOI 10.1007/s00415-009-0003-6. Disponível em:

<[http://download.springer.com/static/pdf/143/art%253A10.1007%252Fs00415-009-0003-6.pdf?auth66=1385303321\\_a404e8ba9a92d14a3d69227d73377741&ext=.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/143/art%253A10.1007%252Fs00415-009-0003-6.pdf?auth66=1385303321_a404e8ba9a92d14a3d69227d73377741&ext=.pdf)>. Acesso em: 24 de setembro de 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health and Aging**, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf)>. Acesso em: 24 de setembro de 2013.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Avaliação do conhecimento dos cuidadores familiares sobre o processo de envelhecimento e a doença de Alzheimer**

#### **Dissertação: Estresse do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer e seus fatores associados**

Autora: Vanovya Alves Claudino

Endereço para contato: Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE.

CEP: 50670-901.

E-mail: vanovya@gmail.com

Telefone: (81): 21268550

CEP/CCS/UFPE: Av. da Engenharia, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE,

CEP: 50740-600. Recife – PE.

Telefone: (81): 21268588

Convido o (a) senhor(a) a participar deste estudo que tem como objetivo analisar o estresse do cuidador familiar de idosos portadores da doença de Alzheimer e seus fatores associados. As informações obtidas servirão para elaboração da dissertação de mestrado da estudante Vanovya Alves Claudino do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Vale salientar que sua participação é voluntária e lhe será garantido e respeitado o direito de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento. Sua participação no estudo não acarretará despesas para o senhor (a), assim como também não receberá pagamento. Solicito, ainda, sua autorização para a gravação de áudio referentes as perguntas sobre expectativas sobre o próprio envelhecimento e conhecimento sobre a doença de Alzheimer, que consta no roteiro de entrevista.

As informações obtidas ficarão em segredo, sendo respeitada a sua privacidade no momento da entrevista. As informações serão armazenadas no Departamento de Medicina Social, endereço citado acima, em armário particular, sob a responsabilidade da pesquisadora, durante 5 anos, podendo os resultados obtidos ser usados apenas para alcançar os objetivos deste trabalho, incluindo publicações em revistas científicas.

O estudo poderá trazer risco como o possível constrangimento para o senhor (a) durante a entrevista. Porém, poderá trazer melhorias para a qualidade de vida sua e do idoso que está sob os seus cuidados, pois ajudará a aumentar os conhecimentos na área da assistência ao idoso portador de Alzheimer, além disso, durante a entrevista o senhor (a) poderá fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas.

**Consentimento**

Após leitura do documento e esclarecida às dúvidas que julgo necessárias sobre o estudo, declaro que concordo em participar voluntariamente do mesmo.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou acompanhante

\_\_\_\_\_  
Testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou acompanhante

\_\_\_\_\_  
Testemunha

## APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

### I - DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO

01 N° Questionário: _____	02 Entrevistador: _____
03 Data da entrevista: ____/____/____	04 N° do cuidador: _____
Nome: _____	
Profissão: _____	

### II – Expectativas sobre o próprio envelhecimento e conhecimento sobre a doença de Alzheimer

Qual a sua percepção sobre envelhecimento?

O que é ser velho?

O que você sabe sobre a doença de Alzheimer?

O que você espera do seu envelhecimento?

Que mudanças você percebeu no seu familiar antes e após o diagnóstico de Alzheimer?

Quais as principais mudanças na sua vida após o diagnóstico de Alzheimer de seu familiar?

Para codificação das perguntas abertas será realizada análise lexical utilizando o Programa estatístico “Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto” ALCESTE, cuja função é de análise quantitativa de dados textuais.

### III- Dados sociodemográficos

<b>05 Sexo</b>  (1) Masculino (2) Feminino	
<b>06 Data de Nascimento</b> __/__/__ <b>DATA:</b> __/__/__	<b>07 Idade (anos comple.)</b> ____
<b>08 Situação Conjugal</b>  (1) Casado(a) ou em união consensual (2) Solteiro(a)(nunca se casou ou morou com companheiro(a)) (3) Viúvo(a) (4) Separado/divorciado(a)	<b>09 Grau de parentesco com o idoso</b>  _____

<p><b>10.O Sr(a) estudou?</b></p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	<p><b>11 Até que série? (anos de estudo com aprovação)</b></p> <p>(1) Superior completo      (6) 1º grau incompleto (2) Superior incompleto    (7) Primário completo (3) 2º grau completo        (8) Primário incompleto (4) 2º grau incompleto     (9) Nenhum (5) 1º grau completo</p>
<p><b>12 Situação Previdenciária</b></p> <p>(1) Ativo(a) (2) Inativo(a)</p>	<p><b>13 Qual a renda mensal total do Sr(a)?</b></p> <p>(1) Menos de 1 salário mínimo vigente (2) De 1-2 salários mínimos vigente (3) De 2- 4 salários vigente (4) Mais de 4 salários vigente (5) Sem renda</p>
<p><b>14 Tipo de cuidador:</b></p> <p>(1) Principal (2) Secundário (3) Único</p>	<p><b>15 Origem dos recursos financeiros</b></p> <p>(1) Não tem rendimento próprio (2) Salário ou atividade informal (3) Aposentadoria (4) Pensão (5) Aluguel de imóveis (6) Outra fonte de renda</p>
<p><b>16 Reside com o idoso?</b></p> <p>(Sim) (Não)</p>	<p><b>17 Há quanto tempo cuida do idoso?</b></p> <hr/>

### III – Condições de Saúde

**Morbidade referida** – categorizada posteriormente.

## **ANEXOS**



**QUADRO 1a**

a) Marque com um F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- ( ) 1. MÃOS E PÉS FRIOS
- ( ) 2. BOCA SECA
- ( ) 3. NÓ NO ESTÔMAGO
- ( ) 4. AUMENTO DE SUDORESE  
(Muito suor, suadeira)
- ( ) 5. TENSÃO MUSCULAR
- ( ) 6. APERTO DA MANDÍBULA/  
RANGER OS DENTES
- ( ) 7. DIARRÉIA PASSAGEIRA
- ( ) 8. INSÔNIA  
(Dificuldade para dormir)
- ( ) 9. TAQUICARDIA  
(Batedeira no peito)
- ( ) 10. HIPERVENTILAÇÃO  
(Respirar ofegante, rápido)
- ( ) 11. HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SÚBITA E PASSAGEIRA  
(Pressão alta)
- ( ) 12. MUDANÇA DE APETITE

**QUADRO 1b**

b) Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas.

- ( ) 13. AUMENTO SÚBITO DE  
MOTIVAÇÃO
- ( ) 14. ENTUSIASMO SÚBITO
- ( ) 15. VONTADE SÚBITA DE  
INICIAR NOVOS  
PROJETOS

## QUADRO 2a

a) Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- 1. PROBLEMAS COM A MEMÓRIA
- 2. MAL-ESTAR GENERALIZADO, SEM CAUSA ESPECÍFICA
- 3. FORMIGAMENTO DAS EXTREMIDADES
- 4. SENSAÇÃO DE DESGASTE FÍSICO CONSTANTE
- 5. MUDANÇA DE APETITE
- 6. APARECIMENTO DE PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS (Problemas de pele)
- 7. HIPERTENSÃO ARTERIAL (Pressão alta)
- 8. CANSAÇO CONSTANTE
- 9. APARECIMENTO DE ÚLCERA
- 10. TONTURA/SENSAÇÃO DE ESTAR FLUTUANDO

## QUADRO 2b

b) Marque com um P2 os sintomas que tem experimentado na última semana.

- 11. SENSIBILIDADE EMOTIVA EXCESSIVA (Estar muito nervoso)
- 12. DÚVIDA QUANTO A SI PRÓPRIO
- 13. PENSAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO
- 14. IRRITABILIDADE EXCESSIVA
- 15. DIMINUIÇÃO DA LIBIDO (Sem vontade de sexo)

## QUADRO 3a

a) Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- ( ) 1. DIARRÉIA FREQUENTE  
 ( ) 2. DIFICULDADES SEXUAIS  
 ( ) 3. INSÔNIA  
 (Dificuldade para dormir)  
 ( ) 4. NÁUSEA  
 ( ) 5. TIQUES  
 ( ) 6. HIPERTENSÃO ARTERIAL CONTINUADA  
 (Pressão alta)  
 ( ) 7. PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS PROLONGADOS  
 (Problemas de pele)  
 ( ) 8. MUDANÇA EXTREMA DE APETITE  
 ( ) 9. EXCESSO DE GASES  
 ( ) 10. TONTURA FREQUENTE  
 ( ) 11. ÚLCERA  
 ( ) 12. ENFARTE

## QUADRO 3b

b) Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês.

- ( ) 13. IMPOSSIBILIDADE DE TRABALHAR  
 ( ) 14. PESADELÓS  
 ( ) 15. SENSAÇÃO DE INCOMPETÊNCIA EM TODAS AS ÁREAS  
 ( ) 16. VONTADE DE FUGIR DE TUDO  
 ( ) 17. APATIA, DEPRESSÃO OU RAIVA PROLONGADA  
 ( ) 18. CANSAÇO EXCESSIVO  
 ( ) 19. PENSAR/FALAR CONSTANTEMENTE EM UM SÓ ASSUNTO  
 ( ) 20. IRRITABILIDADE SEM CAUSA APARENTE  
 ( ) 21. ANGÚSTIA/ANSIEDADE DIÁRIA  
 ( ) 22. HIPERSENSIBILIDADE EMOTIVA  
 ( ) 23. PERDA DO SENSO DE HUMOR

## ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO ESTRESSE PELO ISSL

MEL.02.8

### INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

Marilda Emmanuel Novaes Lipp

---

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local de Nascimento: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
dia mês ano Cidade Estado País

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Escolaridade: \_\_\_\_\_

Curso/Série: \_\_\_\_\_ Escola/Instituição: \_\_\_\_\_ Públ. ( ) Priv. ( )

Ocupação: \_\_\_\_\_ Data da Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dia mês ano

Aplicador: \_\_\_\_\_

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: \_\_\_\_\_  
assinatura

---

Após a soma dos resultados brutos, verifique as tabelas para as porcentagens.

Quadros	F		P		Total F+P	%
	Result. Bruto	%	Result. Bruto	%		
Q1 Alerta						
Q2 Resistência						
Q3 Exaustão						
Total						

Sinais de stress

P1 + F1 > 6

P2 + F2 > 3

P3 + F3 > 8

VIDE TABELAS NO VERSO

TEM STRESS ( )      NÃO TEM STRESS ( )  
 FASE ALERTA ( )      FASE DE RESISTÊNCIA ( )  
 FASE DE QUASE EXAUSTÃO ( )      FASE DE EXAUSTÃO ( )  
 Predominância de sintomas:  
 FÍSICOS ( )      PSICOLÓGICOS ( )

**Casa do Psicólogo®**

© 2000 Casapsi Livraria e Editora Ltda  
 É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.  
 Rua Santo Antônio, 1010 – Jd. México – Itatiba/SP – Brasil  
 CEP 13253-400 – Tel.: (11) 4524.6997 – www.casadopsicologo.com.br

O presente Protocolo de Avaliação é impresso em cores. Caso desconfie de sua autenticidade, ligue para (11) 3034-3600.

**Tabela de Correção 1.**  
**Fases do Stress**

QUADRO 1		QUADRO 2		QUADRO 3	
Fase 1		Parte I		Fase 4	
Alerta		Resistência		Exaustão	
Resultado Bruto	Porcentagem	Resultado Bruto	Porcentagem	Resultado Bruto	Porcentagem
7	11	4	8	9	7
8	22	5	17	10	13
9	33	6	25	11	20
10	44	7	33	12	27
11	56	8	42	13	33
12	67	9	50	14	40
13	78	Parte II		15	47
		II) Fase 3	Quase Exaustão		
14	89	10	58	16	53
15	100	11	67	17	60
		12	75	18	67
		13	83	19	73
		14	92	20	80
		15	100	21	87
				22	93
				23	100

**Tabela de Correção 2.**  
**Tipo de Sintomatologia**  
*Sintomas Físicos*

Fase de Alerta		Fase de Resistência		Fase de Exaustão	
Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.
1	8	1	10	1	8
2	16	2	20	2	16
3	25	3	30	3	25
4	33	4	40	4	33
5	41	5	50	5	41
6	50	6	60	6	50
7	58	7	70	7	58
8	66	8	80	8	66
9	75	9	90	9	75
10	83	10	100	10	83
11	91			11	91
12	100			12	100

**Tabela de Correção 3.**  
**Tipo de Sintomatologia**  
*Sintomas Psicológicos*

Fase de Alerta		Fase de Resistência		Fase de Exaustão	
Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.	Res. Bruto	Porcent.
1	33	1	20	1	9
2	66	2	40	2	18
3	100	3	60	3	27
		4	80	4	36
		5	100	5	45
				6	54
				7	63
				8	72
				9	81
				10	90
				11	100

## ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

# Sua Saúde e Bem-Estar

Este questionário lhe pergunta sua opinião sobre sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como você se sente, e como você é capaz de desempenhar suas atividades usuais. *Muito obrigado por responder a este questionário!*

Por favor, para cada uma das perguntas a seguir marque com um  o quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Ruim
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor agora do que há um ano	Um pouco melhor agora do que há um ano	Quase a mesma de um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano	Muito pior agora do que há um ano
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. As seguintes perguntas são sobre atividades que você poderia fazer durante um dia comum. A sua saúde atual limita você nestas atividades? Se for o caso, o quanto?

Sim, limita muito	Sim, limita um pouco	Não, não limita nem um pouco
▼	▼	▼

- a Atividades vigorosas, 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, dançar ou nadar .....  1 .....  2 .....  3
- c Levantar ou carregar compras de supermercado .....  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 várias centenas de metros .....  1 .....  2 .....  3
- i Andar cem metros .....  1 .....  2 .....  3
- j Tomar banho ou vestir-se .....  1 .....  2 .....  3

**4. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades diárias regulares por causa de sua saúde física?**

	Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Diminuiu o <u>tempo</u> em que você trabalhava ou fazia outras atividades? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. <u>Realizou menos</u> do que você gostaria? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Esteve limitado/a no <u>tipo</u> de trabalho ou em outras atividades? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Teve <u>dificuldade</u> em fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**5. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades diárias regulares, por causa de qualquer problema emocional (como se sentir deprimido/a ou ansioso/a)?**

	Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Diminuiu o <u>tempo</u> em que você trabalhava ou fazia outras atividades? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. <u>Realizou menos</u> do que você gostaria? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Trabalhou ou fez qualquer outra atividade <u>sem o cuidado habitual</u> ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SF-36v2® Health Survey © 1996, 2004, 2012 Medical Outcomes Trust and QualityMetric Incorporated. All rights reserved.  
 SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.  
 (SF-36v2® Health Survey Standard, Brazil (Portuguese))

6. Nas **últimas 4 semanas**, o quanto sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais normais, em relação a família, amigos, vizinhos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Quanta dor no **corpo** você teve nas **últimas 4 semanas**?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Severa	Muito severa
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Nas **últimas 4 semanas**, o quanto a **dor** interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto dentro de casa)?

De forma nenhuma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Estas perguntas são sobre como você se sente e como as coisas aconteceram com você **nas últimas 4 semanas**. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que mais se aproxime da maneira como você tem se sentido. Nas **últimas 4 semanas**, durante quanto tempo...

	Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Nas **últimas 4 semanas**, durante quanto tempo sua **saúde física ou seus problemas emocionais** interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**11. O quão VERDADEIRA ou FALSA é cada uma das seguintes afirmações para você?**

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente do que outras pessoas .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Minha saúde é excelente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

***Muito obrigado por responder a este questionário!***

**ANEXO D - LICENÇA FORNECIDA PELA OPTUM INSIGHT LIFE SCIENCES  
PARA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36**

**APPENDIX B**



**LICENSE AGREEMENT - DETAILS**

Licensee: Universidade Federal de Pernambuco  
Vanovya Alves Claudino  
: Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Un  
Recife, Pernambuco 50670-901

License Number: QM023278  
Amendment to: N/A  
Study Term: 03/01/14 to 03/01/15

Approved Purpose  
Stress familiars caregivers of elderly with  
Alzheimer's disease and associated factors

**Licensed Surveys (Modes) and Services:**

Item	Description	Mode of Admin	Quantity
PROJ01	License Fee	Paper	1
ADM012	Patients Enrolled		70
ADMINS	Administrations		70
ES0220	SF-36v2, Standard Recall	Paper	1

**Approved Languages:**  
Brazil (Portuguese)

SS075	Scoring Software v4.5		1
SS080	SS v4.5 Key: SF-36v2		70
EM020	SF-36v2 Clinical Trial Guide		1

**Approved Languages:**  
United States (English)

**TOTAL FEES: 0.00 USD**

## ANEXO E – CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO PARA APRECIÇÃO ÉTICA (CAAE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação do conhecimento dos cuidadores familiares sobre o processo de envelhecimento e a doença de Alzheimer

**Pesquisador:** Márcia Carréra Campos Leal

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 15131513.0.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 373.993

**Data da Relatoria:** 28/08/2013

**Apresentação do Projeto:**

Indicado na relatoria inicial

**Objetivo da Pesquisa:**

Indicado na relatoria inicial

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Indicado na relatoria inicial

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Indicado na relatoria inicial

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Indicado na relatoria inicial

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 373.993

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

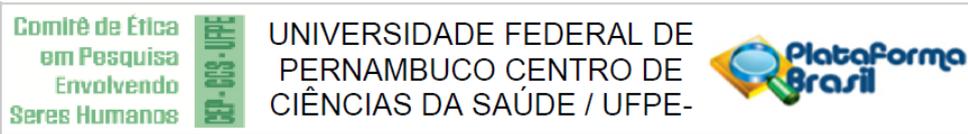
Projeto foi avaliado e sua APROVAÇÃO definitiva será dada, após a entrega do relatório final, através da PLATAFORMA BRASIL.

RECIFE, 27 de Agosto de 2013

---

**Assinador por:**  
**GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação do conhecimento dos cuidadores familiares sobre o processo de envelhecimento e a doença de Alzheimer

**Pesquisador:** Márcia Carréra Campos Leal

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 15131513.0.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 666.317

**Data da Relatoria:** 28/05/2014

**Apresentação do Projeto:**

A presente EMENDA foi apresentada pela pesquisadora, tendo em vista a necessidade de realizar a coleta de dados na ABRZ-PE, com a finalidade de complementar o cálculo amostral

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo da EMENDA é de realizar a coleta de dados na ABRZ-PE, para complementação do cálculo amostral.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foi indicado no projeto inicial.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Foi indicado no projeto inicial.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

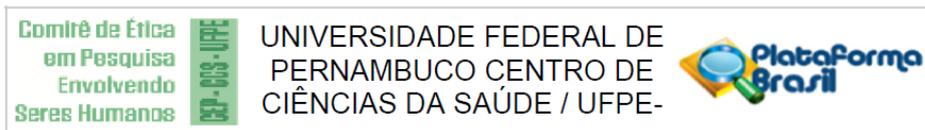
Estão adequados os termos apresentados nesta EMENDA.

**Recomendações:**

Recomendação:

Foi indicado no projeto a resolução 196/96, entretanto a resolução atual é a 466/12.

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 666.317

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado com recomendação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado aprova o parecer da EMENDA da pesquisa, tendo a mesma sido avaliada e aprovada para continuar a coleta de dados.

RECIFE, 29 de Maio de 2014

---

Assinado por:  
**GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **Fax:** (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br