



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE
MESQUITA FILHO”**

FACULDADE DE MEDICINA

Marcelo Piovezan

**Adaptação transcultural de um instrumento sobre
conhecimentos em demências por parte de cuidadores de
idosos**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em Fisiopatologia em
Clínica Médica.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Botucatu

2018

Marcelo Piovezan

Adaptação transcultural de um instrumento sobre
conhecimentos em demências por parte de cuidadores
de idosos

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Fisiopatologia em Clínica
Médica.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Botucatu
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Piovezan, Marcelo.

Adaptação transcultural de um instrumento sobre conhecimentos em demências por parte de cuidadores de idosos / Marcelo Piovezan. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Alessandro Ferrari Jacinto

Capes: 40101002

1. Idosos - Saúde mental. 2. Cuidadores. 3. Demência - Diagnóstico. 4. Psiquiatria transcultural.

Palavras-chave: Conhecimento; Cuidadores; Demência; Idoso.

Marcelo Piovezan

Adaptação transcultural de um instrumento sobre conhecimentos em demências por parte de cuidadores de idosos

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Comissão examinadora

Prof(a). Dr(a).....

Universidade.....

Prof(a). Dr(a).....

Universidade.....

Prof(a). Dr(a).....

Universidade.....

Botucatu, _____ de _____ de _____.

Dedico este trabalho à Gerontologia e a todos que se
aventuram a desbravar este novo velho campo.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente ao meu orientador, professor Alessandro, por ter me apresentado com a proposta deste trabalho. Agradeço pelo ensino, apoio e torcida, tanto na vida acadêmica, como na vida pessoal.

Aos professores participantes da banca examinadora, na qualificação, prof^a. Silvia Cristina Mangini Bocchi, Adriana Polachini do Valle, Karina Gramani Say e, na defesa, Adriana Polachini do Valle, Sofia Cristina Iost Pavarini, Alessandro Lia Mondelli e Vanessa de Albuquerque Citero, pela disposição e interesse.

À colega de mestrado Evelise Saia Rodolpho Duarte pela generosidade, parceria, ajuda e força que me deu no decorrer da pós-graduação.

À minha família por estar sempre ao meu lado e acreditar em meus projetos.

Resumo

PIOVEZAN, M. **Adaptação transcultural de um instrumento sobre conhecimentos em demências por parte de cuidadores de idosos.** 2018. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, 2018.

Introdução: O instrumento *Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2* foi desenvolvido diante da necessidade de avaliação de profissionais da saúde e cuidadores de idosos portadores de demência quanto ao nível de conhecimento a respeito da doença. O *Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2* é um instrumento com 21 itens que contém perguntas sobre vários aspectos da demência. As possíveis respostas para cada pergunta são “sim”, “não” ou “não sei”. A pontuação máxima é 21. **Objetivo:** Realizar a adaptação transcultural do *Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2*. **Método:** Adaptação transcultural do *Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2* e aplicação da versão final a cuidadores de idosos com diagnóstico de demência. **Resultados:** A adaptação transcultural foi realizada seguindo método específico para este trabalho. Vinte e oito cuidadores foram avaliados. A idade média foi de 56,5 ($\pm 12,3$) anos, 92,9% foram mulheres, 60,7% filhos do idoso e 25% cônjuges. O tempo médio de cuidado foi de 4,8 ($\pm 2,6$) anos e 67,8% dos cuidadores apresentaram algum nível de sobrecarga. A idade média dos idosos foi de 81,9 ($\pm 6,76$) anos, 57,1% tinham doença de Alzheimer (DA), 100% eram dependentes em atividades instrumentais de vida diária e 67,8% tinham algum grau de dependência em atividades básicas de vida diária. A pontuação média do nível de conhecimento dos cuidadores foi de 14,8 ($\pm 2,4$) acertos de 21 questões. Das questões, 11 foram consideradas confusas aos cuidadores, considerando a heterogeneidade da população estudada, necessitando ainda de nova adaptação. **Conclusões:** A amostra mostrou características semelhantes àquelas descritas na literatura. O diagnóstico de DA foi a única variável que mostrou ter associação com nível de conhecimento do cuidador. Uma nova aplicação com os ajustes indicados é recomendada.

Palavras-chave: Cuidadores; Conhecimento; Demência; Idoso.

Abstract

PIOVEZAN, M. **Transcultural adaptation of an instrument about knowledge towards dementia by elderly's caregivers.** 2018. Thesis (Master) –Botucatu Medical School, UNESP, Botucatu, 2018.

Introduction: The Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2 was developed on the need for evaluation of health professionals and caregivers of elderly people with dementia regarding the level of knowledge about the disease. The Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2 is a 21 item tool containing questions about several aspects of dementia. The possible answers for each question is “yes”, “no” or “don’t know”. The maximum score is 21. **Objective:** To conduct the cross-cultural adaptation of the Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2. **Method:** Cross-cultural adaptation of the Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2 and application of the final version to caregivers of elderly diagnosed with dementia. **Results:** The cross-cultural adaptation was carried out following specific method for that matter. Twenty-eight caregivers were evaluated. The mean age was 56.5 (± 12.3) years, 92.9% were female, 60.7% elderly’s sons/daughters and 25% spouses. The mean time of caring was 4.8 (± 2.6) years and 67.8% of the caregivers showed some level of burden. The mean age of the elderly was 81.9 (± 6.76) years, 57.1% had Alzheimer's Disease (AD), 100% were dependent on instrumental activities of daily living and 67.8% had some degree of dependence in basic activities of daily living. The average score of caregivers' knowledge level was 14.8 (± 2.4) correct answers of 21 questions. Of all questions, 11 were considered confusing to caregivers, considering the heterogeneity of the studied population, still needing new adaptation. **Conclusions:** The sample showed similar characteristics to those described in the literature. The diagnosis of AD was the only variable that showed to be associated with the level of knowledge of the caregiver. A new application with the indicated settings is recommended.

Key-words: Caregivers; Knowledge; Dementia; Aged.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1. O envelhecimento populacional e as demências.....	10
1.2. O cuidador e as demências	11
1.3. Conhecimento sobre demências por parte dos cuidadores	11
1.4. Instrumentos para a avaliação do conhecimento em demências por parte dos cuidadores.....	12
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3. OBJETIVOS	15
3.1. Objetivo Geral	15
3.2. Objetivos Específicos.....	15
4. MÉTODOS	16
4.1. Delineamento do estudo.....	16
4.2. Local e período da pesquisa	16
4.3. Amostra	16
4.4. Procedimentos	16
4.4.1. Critérios de inclusão e exclusão	16
4.4.2. Passos da adaptação do instrumento pelo método de adaptação transcultural	17
4.4.3. Instrumentos utilizados durante o processo de adaptação.....	17
4.5. Procedimentos éticos.....	19
4.6. Análise estatística.....	19
5. RESULTADOS	20
5.1. Versão final traduzida e utilizada do questionário <i>DKAT2</i>	20
5.2. Da adaptação transcultural do questionário <i>DKAT2</i>	21
5.3. Caracterização da amostra.....	22
5.4. Caracterização dos cuidadores.....	23
5.5. Caracterização dos idosos	23
6. DISCUSSÃO	24
6.1. Da adaptação transcultural do questionário <i>DKAT2</i>	24
6.2. Da caracterização da amostra	27
6.3. Do nível de conhecimento do cuidador	28
6.4. Da análise estatística e associações	30
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICES.....	36
ANEXOS.....	38

1. INTRODUÇÃO

1.1. O envelhecimento populacional e as demências

A proporção de idosos na população brasileira aumentou nas últimas décadas e o processo de inversão da pirâmide etária tem ocorrido gradualmente. De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010¹, o Brasil possuía uma população de idosos de aproximadamente 20 milhões de pessoas, o que representava 10% da população total. Atualmente, a proporção de idosos na população brasileira está próximo de 12,5%.²

De acordo com o IBGE, da década de 80 ao ano de 2013, a expectativa de vida aumentou 33%. Em 1980, para um brasileiro com 60 anos esperava-se uma sobrevivência, em média, 16,4 anos. Já em 2013, essa média subiu para 21,8 anos, representando hoje uma expectativa de vida de 81,8 anos, sendo de 79,9 para os homens e 83,5 para as mulheres.³

Diante do envelhecimento populacional verifica-se o aumento de quadros de demências entre os idosos, destacando que a prevalência dobra a cada cinco anos a partir dos 60 anos.⁴ No mundo, 35,6 milhões de pessoas são afetadas por algum quadro demencial e, a cada ano, 7,7 milhões de novos casos serão registrados.⁵ A prevalência de demências nos países da América Latina é de 7,1%, semelhante ao encontrado em diversos outros estudos mundialmente.⁶

Existem, atualmente, mais de 100 tipos de demências⁵, dentre elas algumas são mais comuns, como a demência da doença de Alzheimer (DA), responsável por aproximadamente 65% dos casos. A demência vascular é a segunda maior causa de demência dentre idosos, seguida por demência frontotemporal, demência com corpos de Lewy e demência da doença de Parkinson.

O termo demência é usado para caracterizar síndromes que têm como denominador comum a progressiva alteração da cognição e das atividades de vida diárias.⁷ Quando o indivíduo idoso apresenta comprometimentos de saúde, como os cognitivos, as limitações físicas e mentais relacionadas a esses quadros, o tornam direta e indiretamente dependente de cuidados, aumentando o nível de sobrecarga do cuidador. O reconhecimento dos sintomas demenciais por parte dos cuidadores é crucial para o delineamento de estratégias de enfrentamento.

As demências são um problema de saúde pública e geram gastos aos sistemas de saúde e às famílias, devido às incapacidades dos acometidos, dependência e necessidade de assistência multidisciplinar. Em âmbito mundial o custo da demência atingiu o patamar de 604 bilhões de dólares americanos.⁵

1.2. O cuidador e as demências

Os idosos com demência tornam-se cada vez mais dependentes de seus familiares ou cuidadores, até mesmo para realizar as atividades de vida diárias mais básicas.⁸

Os cuidadores informais que fazem parte da família são geralmente chamados assim para distingui-los dos cuidadores formais que recebem para prestar o cuidado.⁹

Muitas vezes, os cuidadores, formais ou informais, não têm treinamento profissional para administrar os diversos problemas do idoso e conseqüentemente, exibem uma incapacidade em detectar problemas relacionados às condições dos indivíduos cuidados.¹⁰

Os sintomas das demências não afetam somente o paciente, mas também a qualidade de vida de seu cuidador.¹¹ Havendo falta de habilidades para lidar com as responsabilidades do cuidado ao idoso, o cuidador pode sofrer manifestações negativas em sua saúde e bem-estar.¹²

A tarefa de cuidar além de afetar a qualidade de vida do cuidador pela piora da saúde física e psíquica, pode também causar impactos financeiros e sociais. Todos esses fatores são determinantes para a má qualidade do cuidado prestado ao portador da doença, assim como para institucionalizações precoces.¹³

1.3. Conhecimento sobre demências por parte dos cuidadores

Cuidadores, familiares ou contratados, não encontram facilmente informações disponíveis sobre habilidades e conhecimentos que necessitam ter para prover um cuidado eficiente. Também, podem não ter ciência de como a falta desses conhecimentos pode afetar a qualidade do cuidado oferecido.¹⁴

A maior parte dos cuidadores necessitam de discussões sobre o plano de tratamento,¹⁵ já que são os interlocutores entre equipes de saúde e paciente.^{16,17} Os cuidadores tornam-se responsáveis pelo “desenvolvimento de estratégias farmacológicas e não farmacológicas de enfrentamento das situações advindas dos sintomas e condições associados à doença”.¹⁸

Diante do cenário mundial atual, o conhecimento sobre os quadros demenciais em idosos torna-se necessário. O tratamento da demência e o gerenciamento do cuidado podem ser afetados pela habilidade de reconhecer seus sintomas mais prevalentes.

Experiências e preferências no cuidado a pacientes com demência são heterogêneas, no entanto, existem aspectos do curso da doença que são comuns e, portanto, podem ser previstos. Desta forma, algumas estratégias de cuidado acabam sendo úteis para a maioria dos indivíduos.¹⁹

A falta de conhecimento sobre as demências associa-se a intervenções desnecessárias e desgastantes, como alimentação por sonda, transferências para hospitais e unidades de emergência e tratamentos intravenosos, principalmente, em estágios avançados da doença.²⁰

1.4. Instrumentos para a avaliação do conhecimento em demências por parte dos cuidadores

Existem instrumentos que avaliam conhecimentos e atitudes em demências por parte de profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, como o “Questionário de Conhecimento” e o “Questionário de Atitudes”, originalmente britânicos, mas adaptados para o português brasileiro²¹. Porém, instrumentos voltados a cuidadores informais de indivíduos com demência são escassos. Até o presente momento, mesmo na literatura internacional, foram encontrados apenas dois instrumentos validados, ambos de mesma autoria, que atendem o propósito de avaliar o conhecimento de cuidadores informais de idosos portadores de demência.

Desenvolvido por Toye *et al.* (2013), o *Dementia Knowledge Assessment Tool Version One* (DKAT1) objetivou mensurar o conhecimento básico a respeito da trajetória da demência e mudanças no conhecimento de participantes em programas educativos. Destinado a cuidadores formais, após o desenvolvimento e teste, foi

melhorado para uso tanto com a equipe que presta cuidado ao idoso com demência quanto com seus familiares. A versão 1 focava dois conceitos principais: a demência e seu progresso e suporte e cuidado ao paciente.

Durante sua elaboração, no período de 2006 a 2008, o instrumento com 25 questões foi aplicado a cuidadores formais que passavam por treinamento em seu campo de trabalho, de modo a avaliá-los antes da intervenção educativa e em sua conclusão. Em sua validação o instrumento apresentou um coeficiente alfa de Cronbach de 0,72 no primeiro instante (N=613) e 0,64 na segunda aplicação (N=615). Em 2009, a versão 2 foi elaborada pelos mesmos autores.

Após revisão, o *Dementia Knowledge Assessment Tool Version Two* (DKAT2) foi finalizado contendo 21 questões. No mesmo molde da versão anterior, o entrevistado deve escolher uma das três opções: "sim", "não", "não sei". As respostas equivalem ao valor de 1 se correto e 0 se incorreto ou quando a resposta for "não sei". O instrumento não possui nota de corte, a classificação do nível de conhecimento do cuidador ou profissional se dá pela somatória de acertos, sendo que quanto maior a pontuação final, maior indicação de conhecimento sobre demência. A pontuação final pode variar de 0 a 21 pontos.

A versão 2 do instrumento avalia, assim como a versão 1, o conhecimento a respeito da demência, contudo, a nova versão tem maior foco em familiares cuidadores, em cuidadores idosos e ênfase no estágio final da demência.

O DKAT2 aborda diversas áreas de conhecimento das demências, abrangendo características da DA e da demência vascular, sintomas comportamentais, emocionais, fisiológicos, funcionais e sensoriais das demências, além de sintomas que não são obrigatoriamente associados às demências, de modo que avalia o nível de conhecimento do sujeito sobre as demências e as crenças que fazem parte do senso comum. Questiona sobre a prevalência da DA, o conhecimento sobre os estágios das demências e as peculiaridades de cada fase dos quadros demenciais. Investiga se o entrevistado apresenta conhecimento sobre quais condutas devem ser tomadas frente a alguns sintomas e intercorrências e, se há conhecimento a respeito do prognóstico da doença.

Em sua validação, o DKAT2 foi aplicado a 34 cuidadores familiares e 70 profissionais membros de equipe de instituição de cuidados a idosos portadores de demência. Em ambos os casos o coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,79.¹⁹

Os autores recomendam novas revisões e aplicação do instrumento em outros contextos para verificar a consistência e confiabilidade do instrumento. Foi ressaltado que, há evidência de más interpretações que podem ter ocorrido ou em que o conhecimento dos entrevistados foi falho.¹⁹

Todavia, o instrumento atende à necessidade da existência de uma ferramenta que consiga avaliar o conhecimento sobre a demência e o cuidado necessário ao paciente, atendendo a diversos contextos e quadros demenciais, ao contrário de outros instrumentos que focam em determinado tipo específico de demência, tornando a ferramenta mais amplamente aplicável.¹⁹

Figura 1 – *Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2.*¹⁹

Statements	Yes	No	Don't Know
1. Dementia occurs because of changes in the brain.			
2. Brain changes causing dementia are often progressive.			
3. Alzheimer's disease is the main cause of dementia.			
4. Blood vessel disease can also cause dementia.			
5. Confusion in an older person is almost always due to dementia.			
6. Only older adults develop dementia.			
7. Knowing the likely cause of dementia can help to predict its progression.			
8. Incontinence always occurs in the early stages of dementia.			
9. Dementia is likely to limit life expectancy.			
10. When a person has late stage dementia, families can help others to understand that person's needs.			
11. People who have dementia may develop problems with visual perception (understanding or recognising what they see).			
12. Sudden increases in confusion are characteristic of dementia.			
13. Uncharacteristic distressing behaviours may occur in people who have dementia (e.g., aggressive behaviour in a gentle person).			
14. Difficulty swallowing occurs in late stage dementia.			
15. Movement (e.g., walking, moving in a bed or chair) is limited in late stage dementia.			
16. Changing the environment (e.g., putting on a CD, opening or closing the blinds) will make no difference to a person who has dementia.			
17. When a person who has dementia is distressed, it may help to talk to them about their feelings.			
18. It is important to always correct a person who has dementia when they are confused.			
19. A person who has dementia can often be supported to make choices (e.g., what clothes to wear).			
20. It is impossible to tell if a person who is in the later stages of dementia is in pain.			
21. Exercise can sometimes be of benefit to people who have dementia.			

2. JUSTIFICATIVA

Dadas as consequências negativas que as demências podem causar sobre a qualidade do cuidado prestado ao paciente dementado, investigar a dinâmica do conhecimento dos cuidadores associado a características sociodemográficas e clínicas desses sujeitos, cuidador e idoso, pode permitir o delineamento de estratégias que visem minimizar os impactos sobre a saúde emocional do cuidador, saúde clínica do idoso e ônus ao sistema de saúde do país.

Até o momento não há dados na literatura de instrumentos que avaliem conhecimentos por parte dos cuidadores de idosos com demência esteja disponível no Brasil. Portanto, o presente estudo propôs adaptar transculturalmente o DKAT2.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Adaptar transculturalmente o instrumento *Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2*, para o português do Brasil.

3.2. Objetivos Específicos

- Realizar a tradução, retrotradução e adaptação do DKAT2.
- Caracterizar os cuidadores quanto às condições sociodemográficas e de cuidado.
- Avaliar o conhecimento sobre demências de cuidadores de idosos familiares com diagnóstico de demência.
- Avaliar quais fatores sociodemográficos dos cuidadores e clínicos dos idosos com demência associam-se a maior ou menor conhecimento sobre demência (escores do DKAT2).

4. MÉTODOS

4.1. Delineamento do estudo

Pesquisa metodológica para adaptação transcultural.

4.2. Local e período da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Escola (CSE) “Achilles Luciano Dellevedove”, unidade Vila dos Lavradores da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP, no período de 19 de abril de 2016 a 12 de maio de 2017.

4.3. Amostra

É consenso na literatura nacional e internacional que para este tipo de trabalho não haja um número de sujeitos pré-determinado e recomendado. A literatura internacional considera que a partir de 5 sujeitos já é considerado satisfatório para pesquisa científica de adaptação transcultural²². O presente estudo contou com uma amostra de 28 cuidadores.

4.4. Procedimentos

4.4.1. Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão à pesquisa foram: ser cuidador de idoso com diagnóstico de demência, não ter curso de capacitação para cuidadores de idosos e ser cuidador primário. O idoso deveria ser cadastrado e atendido no serviço ambulatorial do CSE

Os critérios de exclusão para os cuidadores foram: ser apenas acompanhante do idoso atendido, não apresentar compreensão suficiente diante das questões (de acordo com a avaliação subjetiva do pesquisador).

4.4.2. Passos da adaptação do instrumento pelo método de adaptação transcultural:²²

- a) Obtenção da autorização para o estudo proposto por parte do autor do instrumento; (ANEXO A)
- b) Tradução do inglês para o português falado no Brasil por dois indivíduos cuja língua materna seja o português e que domine o idioma inglês, sendo um ciente sobre o estudo e outro não;
- c) Obtenção sob consenso do pesquisador e de seu orientador de uma única forma resultante da análise conjunta das duas traduções do item *b*;
- d) Retrotradução da forma obtida no item *c* (do inglês para o português) por parte de dois indivíduos não cientes sobre o estudo, cuja língua materna seja o inglês e que domine o idioma português falado no Brasil;
- e) Obtenção de uma forma única a partir das retrotraduções do item *d*;
- f) Análise de todo o processo (item 1 ao 5) e envio da versão final ao autor do instrumento para sua apreciação;
- g) Aplicação da versão final a cuidadores de idosos com diagnóstico de demência.

4.4.3. Instrumentos utilizados durante o processo de adaptação:

- a) Questionário sociodemográfico (APÊNDICE A)

Questionário contendo as características do cuidador como idade, escolaridade, gênero, parentesco com idoso, tipo de cuidador (formal ou informal), renda e tempo em que exerce o papel de cuidador.

- b) *Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2* (DKAT2) (ANEXO B)

Instrumento que avalia o nível de conhecimento do cuidador sobre demência. É composto por 21 afirmações às quais o cuidador deve responder se concorda como “sim”, se discorda como “não” ou se não sabe como “não sei”. As respostas equivalem ao valor de 1 se correto e 0 se incorreto, “não sei” corresponde a incorreto. Quanto maior a pontuação final, maior indicação de conhecimento sobre demência;¹⁹

c) Questionário de atividades funcionais (Índice de Pfeffer) (ANEXO C)

Escala composta por dez itens que avalia o nível de funcionalidade do idoso por meio de respostas do cuidador. Indica o grau de independência para realização das atividades instrumentais de vida diária. Os escores variam de 0 a 30 e quanto mais pontos, maior é a dependência do paciente, sendo considerada a presença de declínio funcional a partir de um escore de 5;²³

d) Índice de Katz (ANEXO D)

Avaliação da capacidade funcional do idoso baseada nas evidências de independência funcional do paciente em seis domínios de atividades de vida diárias (banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se, ser continente e comer sem ajuda). A avaliação apresenta pontuação de 0 a 6 e classifica o paciente como independente quando a pontuação for de 5 a 6 pontos; semidependente quando pontuar de 3 a 4 ou dependente se a pontuação for de 0 a 2 pontos;²⁴

e) *Zarit Burden Interview* (ANEXO E)

Avalia a sobrecarga dos cuidadores relativa ao cuidado prestado ao idoso. É composta de 22 itens em que o cuidador responde cada item segundo a frequência da situação descrita, sendo 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = bastante frequente e 4 = quase sempre. A soma de todos os itens pode variar entre 0 a 80 pontos, sendo que quanto maior o resultado maior também a sobrecarga. Se a pontuação for menor que 21 pontos, indica sobrecarga/estresse mínimo ou inexistente; se estiver entre 21 e 40 pontos indica sobrecarga leve a moderada; entre 41 e 60 pontos: moderada a severa; e acima de 61, sobrecarga/estresse severo;²⁵

f) *Patient Health Questionnaire-2* (ANEXO F)

Questionário que identifica humor depressivo ou falta de prazer em realizar atividades. É uma versão abreviada do PHQ-9 e inclui apenas as duas primeiras perguntas do questionário original. Para cada pergunta há a possibilidade de resposta como “nunca”, “em vários dias”, “em mais da metade do número de dias” ou “em quase todos os dias”, com valores respectivos de 0 a 3. A pontuação total pode variar de 0 a 6, sendo 3 a nota de corte para identificar humor deprimido.²⁶

4.5. Procedimentos éticos

Todos os cuidadores foram informados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da entrevista ocorrer. (APÊNDICE B)

O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu e aprovado com número CAAE: 50028115.6.0000.5411. (ANEXO G)

4.6. Análise estatística

As variáveis categorizadas foram descritas em forma de valores brutos e relativos. As variáveis contínuas, de acordo com sua distribuição normal ou não, foram apresentadas em forma de medidas de tendência central: médias e desvios-padrões ou medianas e intervalos interquartílicos. Para análise multivariada, utilizou-se ajuste do modelo linear generalizado, assumindo distribuição binomial com função de ligação logística.

5. RESULTADOS

5.1. Versão final traduzida e utilizada do questionário *Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2*

Afirmações	Sim	Não	N.S.
1. A demência ocorre devido a mudanças no cérebro.	1	0	0
2. As mudanças no cérebro que causam demência geralmente são progressivas.	1	0	0
3. A Doença de Alzheimer é a principal causa de demência.	1	0	0
4. Doenças vasculares também podem causar demência.	1	0	0
5. Confusão mental em idosos quase sempre é causada por demência.	0	1	0
6. Apenas idosos desenvolvem demência.	0	1	0
7. Conhecer a causa provável de demência pode ajudar a entender sua progressão.	1	0	0
8. Falta de controle da urina e/ou fezes sempre ocorre nos estágios iniciais da demência.	0	1	0
9. A demência tende a limitar a expectativa de vida.	1	0	0
10. Quando uma pessoa se encontra em estágio avançado de demência, os familiares podem ajudar outras pessoas a compreender as necessidades do paciente.	1	0	0
11. As pessoas com demência podem desenvolver problemas de percepção visual (ex. compreender ou reconhecer o que veem).	1	0	0
12. Crises repentinas de confusão mental são características da demência.	0	1	0
13. Presença de comportamentos não característicos da pessoa pode ocorrer em pacientes com demência (ex. comportamento agressivo por parte de alguém que sempre foi gentil).	1	0	0
14. Dificuldade para engolir surge em estágios avançados da demência.	1	0	0
15. Mobilidade (ex. caminhar, movimentar-se na cama ou cadeira) fica limitada nos estágios avançados da demência.	1	0	0
16. Mudanças no ambiente não farão diferença para uma pessoa com demência (ex. por um CD para tocar, abrir ou fechar as cortinas).	0	1	0
17. Quando a pessoa com demência está angustiada, conversar sobre seus sentimentos pode ajudar.	1	0	0
18. É importante sempre corrigir a pessoa com demência quando ela estiver confusa.	0	1	0
19. Uma pessoa com demência geralmente pode ser apoiada a fazer escolhas (ex. a escolher o que vestir etc.).	1	0	0
20. É impossível dizer se uma pessoa em estágio avançado de demência está com dor.	0	1	0
21. Exercícios físicos, às vezes, podem ser benéficos a pessoas com demência.	1	0	0

Total: _____

5.2. Da adaptação transcultural do questionário *Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2*

O instrumento foi aplicado após a execução de todos os passos referidos, seguindo a metodologia e mantendo a fidedignidade ao instrumento original segundo o rigor da linguagem e ideia das questões, de modo a não ocorrer interferências e vieses como solicitado pela autora. Christine Toye, professora associada na “Curtin University” (Austrália) e autora do questionário DKAT2, revisou a versão final e solicitou que fossem mantidas algumas sentenças das perguntas para que não houvesse distorção em seu sentido.

Contudo, na aplicação do questionário, pelo contexto sociocultural brasileiro e da população estudada, considerando sua heterogeneidade em relação a idade, escolaridade, renda, tempo de cuidado e envolvimento com idoso, algumas questões mostraram-se confusas, algumas vezes redundantes e de difícil compreensão:

Nº da questão	Questão
1	A demência ocorre devido a mudanças no cérebro.
2	As mudanças no cérebro que causam demência geralmente são progressivas.
7	Conhecer a causa provável de demência pode ajudar a entender sua progressão.
9	A demência tende a limitar a expectativa de vida.
10	Quando uma pessoa se encontra em estágio avançado de demência, os familiares podem ajudar outras pessoas a compreender as necessidades do paciente.
12	Crises repentinas de confusão mental são características da demência.
16	Mudanças no ambiente não farão diferença para uma pessoa com demência (ex. por um CD para tocar, abrir ou fechar as cortinas).
17	Quando a pessoa com demência está angustiada, conversar sobre seus sentimentos pode ajudar.
18	É importante sempre corrigir a pessoa com demência quando ela estiver confusa.
19	Uma pessoa com demência geralmente pode ser apoiada a fazer escolhas (ex. a escolher o que vestir etc.).
21	Exercícios físicos, às vezes, podem ser benéficos a pessoas com demência.

5.3. Caracterização da amostra

Dos 28 cuidadores de idosos avaliados a maioria era do sexo feminino (92,9%), com idade média de 56,5 ($\pm 12,3$) anos. A maior parte prestava cuidados aos pais (60,7%) com média de tempo de cuidado de 4,8 ($\pm 2,6$) anos. A mediana da renda do núcleo familiar foi de dois mil reais, com intervalos interquartílicos entre um mil e quinhentos e três mil reais.

A tabela 1 mostra a distribuição das variáveis categorizadas.

Tabela 1. Variáveis categorizadas dados sociodemográficos dos cuidadores

		N(%)
Sexo	Feminino	26,0(92,9)
	Masculino	2,0(7,1)
Estado civil	Com companheiro	17,0(60,7)
	Sem companheiro	11,0(39,2)
Escolaridade	Superior incompleto e completo	9,0(32,1)
	Médio incompleto e completo	8,0(28,6)
	Alfabetizado e fundamental incompleto	11,0(39,2)
Parentesco com idoso	Irmão(ã)	1,0(3,6)
	Esposo(a)	7,0(25,0)
	Cuidador(a)	2,0(7,1)
	Filho(a)	17,0(60,7)
	Neto(a)	1,0(3,6)
Tipo de cuidador informal	Familiar	26,0(92,9)
	Contratado	2,0(7,1)
*Sobrecarga	Mínima/inexistente	9,0(32,1)
	Leve a moderada	14,0(50,0)
	Moderada a grave	3,0(10,7)
	Grave	2,0(7,1)
**Sintomas depressivos	Ausentes	22,0(78,6)
	Presentes	6,0(21,4)

*Avaliação com *Zarit Burden Interview* **Avaliação com *Patient Health Questionnaire-2*

5.4. Caracterização dos cuidadores

A média de acertos no DKAT2 foi de 14,8 ($\pm 2,4$), lembrando que a pontuação final varia de 0 a 21 pontos. A maioria dos cuidadores (67,8%) apresentou algum grau de sobrecarga e ausência de sintomas depressivos (78,6%).

5.5. Caracterização dos idosos

Tabela 2. Distribuição dos dados dos idosos em relação ao grau de dependência

Média (*DP)		
Idade (anos)	81,9 (6,8)	
N (%)		
Tipo de demência	#DA	16,0 (57,1)
	##DVa	5,0 (17,9)
	Outras	7,0 (25,0)
**QAF-Pfeffer	Dependente	28 (100)
Atividades básicas de vida diária (Katz)	Dependente	9,0 (32,1)
	Semidependente	10,0 (35,7)
	Independente	9,0 (32,1)

*DP, desvio-padrão; **QAF-Pfeffer, Questionário de Atividades Funcionais-Pfeffer; #DA, doença de Alzheimer; ##DVa, demência vascular

Em relação aos idosos receptores de cuidados, a média de idade foi de 81,9 ($\pm 6,8$) anos. De acordo com a tabela 2, 57,1% tinham o diagnóstico de DA 17,9% demência vascular e 25% outros tipos de demência. A média de pontos no QAF-Pfeffer foi de 22,1 ($\pm 7,9$), indicando 100% dos sujeitos como dependentes em atividades instrumentais de vida diárias, mesmo com o desvio padrão e, de acordo com o Índice de Katz, 67,8% apresentou algum grau de dependência em atividades básicas de vida diárias.

Com o intuito de avaliar quais fatores estiveram independentemente associados ao nível de conhecimento em demências, utilizou-se o ajuste do modelo linear generalizado, assumindo distribuição binominal com função de ligação logística. Os resultados mostraram que quem cuida de quem tem DA teve 1,76 vezes mais chances de ter um escore mais alto no DKAT2 [OR: 1,76 (IC95% 1,2 - 2,5)]. Portanto, a variável que influenciou o resultado na DKAT2 foi o idoso cuidado ter diagnóstico de doença de Alzheimer ($p=0,0034$).

6. DISCUSSÃO

6.1. Da adaptação transcultural do questionário *Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2*

Foram listadas 11 das 21 questões que possivelmente necessitarão de outra adaptação para que, no idioma português brasileiro, sejam mais coerentes e mais facilmente aplicadas num próximo estudo utilizando-se do instrumento. Seguem abaixo as questões na primeira versão traduzida e adaptada seguidas de sugestão para nova versão.

Versão	Nº da questão	Questão
Versão 1	1	A demência <u>ocorre devido a</u> mudanças no cérebro.
Versão 2	1	A demência acontece por causa de mudanças no cérebro.
Versão 1	2	As mudanças no cérebro que causam demência geralmente <u>são</u> <u>progressivas</u> .
Versão 2	2	As mudanças no cérebro que causam demência geralmente vão aumentando/piorando.
Versão 1	7	Conhecer a causa <u>provável</u> de demência pode ajudar a entender <u>sua progressão</u> .
Versão 2	7	Conhecer a causa da demência pode ajudar a entender seu avanço.
Versão 1	9	A demência tende a <u>limitar</u> a expectativa de vida.
Versão 2	9	A demência tende a diminuir a expectativa de vida.

Versão 1	10	Quando uma pessoa se encontra em estágio avançado de demência, os familiares podem ajudar <u>outras pessoas</u> a compreender as necessidades <u>do paciente</u> .
Versão 2	10	Quando uma pessoa se encontra em estágio avançado de demência, os familiares podem ajudar os outros a compreender as necessidades dela.
Versão 1	12	Crises <u>repentinas</u> de confusão mental são características da demência.
Versão 2	12	Crises de confusão mental são características da demência.
Versão 1	16	Mudanças no ambiente <u>não farão</u> diferença para uma pessoa com demência (ex. por um CD para tocar, abrir ou fechar as cortinas).
Versão 2	16	Mudanças no ambiente fazem diferença para uma pessoa com demência (ex. por um CD para tocar, abrir ou fechar as cortinas).
Versão 1	17	Quando a pessoa com demência está angustiada, conversar sobre <u>seus</u> sentimentos pode ajudar.
Versão 2	17	Quando a pessoa com demência está angustiada, conversar sobre os sentimentos dela pode ajudar.
Versão 1	18	É importante sempre corrigir a pessoa com demência quando ela estiver confusa.
Versão 2	18	É importante corrigir a pessoa com demência quando ela estiver confusa.
Versão 1	19	Uma pessoa com demência <u>geralmente pode ser apoiada</u> a fazer escolhas (ex. a escolher o que vestir etc.).
Versão 2	19	Podemos apoiar uma pessoa com demência a fazer suas escolhas (ex. a escolher o que vestir etc.).
Versão 1	21	Exercícios físicos, às vezes, podem <u>ser benéficos</u> a pessoas com demência.
Versão 2	21	Exercícios físicos, às vezes, podem fazer bem a pessoas com demência.

Na questão 1 sugere-se a troca do termo “ocorre devido a” por “acontece por causa de” para se utilizar de uma linguagem mais simples, mas com mesmo sentido, facilitando assim a compreensão. O mesmo é sugerido na questão 2 ao substituir “são progressivas” por “vão aumentando ou piorando”, pois, o adjetivo “progressivas” pode não ser de uso comum a todos.

No item 7 sugere-se a exclusão da palavra “provável”, pois torna-se irrelevante à questão, e a troca de “progressão” para “avanço”, de modo a simplificar a linguagem mais uma vez. Na questão 9 o verbo “limitar” foi trocado por um mais claro: “diminuir”. A questão 10 por ser longa, algumas vezes teve de ser repetida ao entrevistado, pois esse não conseguiu compreendê-la, por isso sugere-se a adaptação da questão, tornando-a mais simples.

Na questão 12 o adjetivo “repentinas” cria um pleonasma e por isso é desnecessário, pois segundo o *Dicionário Michaelis* a palavra “crise” já se refere a alteração súbita ou manifestação repentina.

A questão 16 mostrou-se muitas vezes confusa aos entrevistados, pois a oração na negativa “não farão diferença” torna-se confundidora para as respostas “sim”, “não” ou “não sei”. Dessa maneira dispor a sentença na afirmativa e com verbo no presente torna-a mais fácil de interpretar.

Na questão 17 a simples substituição do pronome possessivo na 3ª pessoa “seus”, que gera ambiguidade, para a forma contraída “dela” deixa a sentença mais compreensível.

O uso do advérbio “sempre” na questão 18 soou muitas vezes como um reforçador da ação de corrigir o paciente, o que pareceu influenciar na resposta do cuidador, criando um viés para interpretação, por isso sugere-se sua exclusão.

Na questão 19 a inversão da oração na voz passiva para a voz ativa torna a sentença mais clara, o que apareceu como necessário na aplicação do instrumento. Muitos cuidadores mostraram-se confusos na compreensão dessa questão.

E por último, na questão 21, a troca da expressão “ser benéficos” por “fazer bem” também deixa o questionamento mais simples e claro para o entrevistado.

Portanto espera-se que numa próxima utilização do instrumento os entrevistados, independentemente do grau de instrução, consigam responder às questões de maneira mais autônoma, sem interferências e sem necessidade de repetições, diminuindo a possibilidade de vieses e interpretações errôneas. Assim o questionário estará melhor adaptado à cultura brasileira, atendendo ao objetivo desse trabalho.

Ressalta-se que durante as entrevistas foi tomado o cuidado de não interferir na interpretação dos cuidadores, nem com mudança das palavras contidas nas sentenças, nem com impositação emocional na voz, permitindo apenas a repetição das questões, quando necessário, para melhor compreensão.

Quanto à utilização prática, o questionário mostrou-se ser um instrumento de fácil e rápido uso. Com questões breves, objetivas, poucas opções de respostas e número reduzido de questões, a aplicação não levou mais de cinco minutos.

Para a prática clínica ou de pesquisas parece ser um instrumento interessante de apoio na investigação de dados dos cuidadores e também do paciente, tanto para uma análise quantitativa quanto qualitativa. Pode ser aplicado por um profissional ou por meio de auto aplicação, no entanto, na auto aplicação são necessários um nível de escolaridade e alfabetismo funcional que permitam a compreensão das sentenças e seu sentido.

6.2. Da caracterização da amostra

O trabalho confirmou, como demonstra a literatura gerontológica, que há predominância de mulheres na prática do cuidado à pessoa idosa, ainda mais quando se refere ao idoso dependente e portador de demência. Há na literatura o consenso de que no contexto familiar o cenário de cuidado ao idoso associa-se com o cuidador sendo mulher, de meia-idade ou idosa, geralmente esposa ou filha. Se for filha será a mais velha, ou a solteira/viúva. Raramente um homem assume o papel de cuidador, dito que esse papel é caracterizado como função doméstica e feminina.^{9,27}

No presente estudo ficou evidente o predomínio de filhos no cuidado ao paciente, corroborando com esse achado, um estudo prévio que avaliou 129 idosos portadores de demência e seus cuidadores mostrou que 64,3% dos cuidadores eram filhos e 32,6% eram cônjuges.⁸

Estudos envolvendo cuidadores de pessoas com demência ou transtornos mentais^{20, 25, 28} foi evidenciado que a idade média dos cuidadores era em torno dos 56 anos, semelhante ao encontrado no presente estudo.

O tempo de trabalho desses cuidadores, nesse estudo, teve média de 4,8 anos, equivalente a outro estudo com 35 cuidadores de idosos dependentes¹², em que a média do tempo de trabalho dos cuidadores foi de 4,2 anos.

Sobre o estado emocional dos cuidadores observou-se que a maioria apresentou algum nível de sobrecarga pelo cuidado prestado ao idoso. Estudos^{8,11} afirmam que a dependência como sintoma da evolução da demência recai sobre o cuidador afetando sua qualidade de vida, e além disso, quando o cuidador não sabe lidar com as tarefas do cuidado, o estresse e sobrecarga gerados por isso podem afetar sua saúde física e emocional. No estudo que avaliou as características de cuidadores informais de pacientes com demência,⁸ foi encontrado que 36,9% dos cuidadores apresentavam depressão ou ansiedade. Ademais os autores concluíram que pessoas que cuidam de pacientes com algum tipo de demência tendem a apresentar maior sobrecarga do que aqueles que cuidam de pacientes com outras doenças.

No que diz respeito aos idosos, a média de idade apareceu acima dos 80 anos, o que representa a população pertencente à quarta idade, ou classe dos “idosos muito idosos”. Como mostra o IBGE³ a longevidade tem aumentado, e em 2013 a expectativa de sobrevida do brasileiro poderia chegar aos 81,8 anos, ou seja, a população estudada está de acordo com as projeções nacionais.

Neste trabalho a demência tipo DA mostrou-se a mais prevalente, confirmando os resultados de revisão bibliográfica⁴ sobre a prevalência da DA em âmbito mundial, quando eles encontraram que é a demência mais prevalente mundialmente e sua ocorrência é significativamente maior que a da demência vascular. Apenas em países asiáticos essa relação se inverteu. Em outros estudos transversais,^{8,28} foi encontrado que a DA apresentava prevalência de 78,4% e 42% sobre todos os casos.

Observou-se que todos os idosos receptores de cuidado já se encontram dependentes de cuidados em suas atividades instrumentais de vida diária, como cuidar do próprio dinheiro, fazer compras, sair sozinho, administrar seus medicamentos, e a maioria apresentou algum grau de dependência em suas atividades básicas de vida diária, como trocar-se, comer e tomar banho. Esses dados confirmam a deterioração progressiva das capacidades funcionais do indivíduo causada pela demência e sua evolução irreversível.⁸

6.3. Do nível de conhecimento do cuidador

O conhecimento do cuidador de um paciente dementado é fundamental para o sucesso de seu papel. Seja para o direcionamento de suas ações na rotina do trabalho, seja com foco nos resultados e garantia de melhor sobrevida ao paciente, ou com o objetivo de diminuir o ônus do cuidado sobre o prestador.

A literatura ressalta a importância da educação no sentido de treinamento ao cuidador sobre o curso da doença, estratégias e planejamento no cuidado, de modo a desenvolver a capacidade dos indivíduos em relação ao reconhecimento das diversas características da doença.²⁰ Um estudo mostrou que mesmo os cuidadores formais apresentaram carência de treinamento em demência e menos de um terço dos cuidadores estudados receberam esse treinamento prévio.⁸ Pesquisadores ressaltam a importância de avaliar e compreender a capacidade dos envolvidos no cuidado, para assim reconhecer os pontos fortes e o que deve ser melhorado.

Especialistas sugerem a educação como o melhor caminho de se garantir melhores cuidados e qualidade de vida para o indivíduo com demência, mas enfatizam a necessidade de aprimoramento nesse tipo de educação, com atenção ao conteúdo e qualidade dos treinamentos.²⁹ Todavia essas avaliações, análises e

aprimoramentos necessitam de ferramentas que ajudem na investigação de como as intervenções podem afetar nos resultados ao paciente.¹⁴

Por outro lado, considerando a qualidade de vida dos cuidadores, estudos mostram também que um alto nível de conhecimento está associado a menores níveis de sobrecarga e sintomas depressivos entre os cuidadores.²⁷

Nesse sentido o presente trabalho reforça a necessidade de se conhecer o contexto e o nível de conhecimento dos cuidadores na população brasileira. Mesmo que os dados não tenham mostrado discrepância entre os resultados brasileiros (média de 14,8 acertos) e os australianos (média de 14 acertos)¹⁹ na avaliação com o DKAT2, não se pode assumir como suficiente esse resultado, ou nível de conhecimento, para cuidadores que lidam diretamente com pacientes com demência nas mais diversas condições, o que indica a necessidade de intervenção educativa sobre esses sujeitos.

Não obstante, a média de acertos esteja acima da média aritmética entre pontuação mínima e máxima do instrumento, para se obter um trabalho de qualidade no cuidado a um paciente com demência é necessário que o conhecimento acerca da doença seja de um nível superior a esse. Assim espera-se para que no contexto de sobrecarga e ônus do cuidado devido às intercorrências e intervenções que podem ser evitadas, o cuidador, munido de maior instrução, evite o referido ônus e preste um serviço de maior qualidade, de modo a oferecer uma qualidade de vida maior ao paciente e a si próprio.

Portanto, justifica-se a importância da adaptação do instrumento objeto de estudo para o idioma brasileiro, para num próximo estudo, quando da sua validação, este ser amplamente aplicado e assim disponibilizado para a literatura brasileira para uso público, de modo a auxiliar pesquisas da área, estimular a avaliação de cuidadores e programas educativos. O instrumento pode também auxiliar a prática clínica de profissionais da saúde que lidam com idosos e seus familiares/cuidadores, assim como ser útil para instituições que contratam cuidadores em seus serviços.

6.4. Da análise estatística e associações

Na análise multivariada, não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o nível de conhecimento dos cuidadores, fatores socioeconômicos como escolaridade, renda, tempo de trabalho como cuidador e tipo de relação com idoso. Os níveis de sobrecarga do cuidador e presença de sintomas depressivos também não foram associados ao conhecimento. Tampouco aspectos clínicos dos idosos, como o grau de dependência em atividades de vida diárias apresentaram associações significativas.

Entretanto, a variável que se mostrou independentemente associada ao conhecimento, foi o idoso cuidado ter diagnóstico de DA, talvez por ser o tipo de demência mais discutido na mídia devido a sua prevalência sobre os outros quadros demenciais.

Foram considerados como limitações do estudo, o tamanho da amostra, que por ser pequena limita a variabilidade de informações. Além do local de pesquisa que, sendo o mesmo para todos os sujeitos e referência no tratamento a idosos, pode ter contribuído para a homogeneização dos dados.

Do mesmo modo, o estudo tendo sido realizado em ambulatório de geriatria, com atendimento periódico e regular a esses pacientes e cuidadores, pode ter havido viés de seleção pela disponibilidade de intervenção³⁰, o que pode ter contribuído com a pontuação média encontrada dentre a amostra, permitindo talvez uma pontuação maior do que a realidade socioeconômica e demográfica da população de cuidadores brasileiros mostraria.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho realizou a adaptação transcultural prévia do instrumento denominado *Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2*, que avalia o nível de conhecimento, acerca das demências, de cuidadores de idosos portadores da doença.

A média de acertos na avaliação com o DKAT2 entre a amostra de cuidadores estudada foi equivalente à média da população estudada na elaboração do instrumento.

Na avaliação dos dados sociodemográficos observou-se que os resultados foram condizentes à literatura nacional e internacional referentes às características dos cuidadores de idosos, dos idosos cuidados e prevalência das demências.

Na população estudada, foram relacionadas características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos para verificar associações com o nível de conhecimento do cuidador. Apenas uma variável mostrou-se estatisticamente significativa.

Algumas dificuldades na aplicação do instrumento foram encontradas, no que se refere à compreensão dos indivíduos devido a linguagem ter sido mantida fiel à ideia da autora original, que é australiana.

Sugere-se a continuidade do estudo, para melhoramento da adaptação transcultural do questionário. A aplicação em outros contextos brasileiros, outros ambientes e para outros tipos de cuidadores faz-se necessária, visto que a população estudada pertencia a um ambulatório específico de geriatria, então os cuidadores já poderiam possuir certo conhecimento transmitido pela equipe de saúde que ali os assistem. Da mesma forma o perfil socioeconômico da população estudada certamente foi mais homogêneo, pois os sujeitos eram atendidos em um serviço público e na mesma localidade.

Em um próximo estudo poderá ser feita então a validação do instrumento para liberação de seu uso em âmbito nacional, podendo ser utilizado nos mais diversos cenários e contextos clínicos e de pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse dos Resultados do Censo 2010 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade.** 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?cod1=0&cod2=&cod3=0&frm=piramide>>. Acesso em: 01 jul. 2017.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.** 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 01 jul. 2017.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Em 2013, esperança de vida ao nascer era de 74,9 anos.** 2014. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&idnoticia=2773&busca=1&t=2013-esperanca-vida-nascer-era-74-9-anos>>. Acesso em: 02 jul. 2017.
4. LOPES, Marcos A.; BOTTINO, Cássio M. C.; Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 60, n. 1, p. 61-69, 2002.
5. Relatório Pot, A. M. & Petrea, I., Bupa/ADI: Melhoria mundial do tratamento da demência: Ideias e conselhos sobre o desenvolvimento e implementação de um Plano Nacional de Demência. **Bupa/ADI**, Londres, 2013.
6. NITRINI, Ricardo; BOTTINO, Cássio M. C.; ALBALA, Cecília; CAPUÑAY, Nilton Santos Capuñay; KETZOIAN, Carlos; RODRIGUEZ, Juan J. Llibre; MAESTRE, Gladys E.; RAMOS-CERQUEIRA, Ana Tereza A.; CARAMELLI, Paulo. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. **International Psychogeriatrics**, v. 21, n. 4, p. 622-630, 2009.
7. BERTOLUCCI, P. H. F. **Manual do cuidador. Doença de Alzheimer na fase leve.** 2010.
8. TORIBIO-DÍAZ, M. E.; MEDRANO-MARTÍNEZ, V.; MOLTÓ-JORDÁ, J. M.; BELTRÁN-BLASCO, I. Characteristics of informal caregivers of patients with dementia in Alicante province. **Neurología**, v. 28, n. 2, p. 95-102, 2012.

9. NERI, Anita Liberalesso; SOMMERHALDER, Cinara. As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador. In: NERI, Anita Liberalesso. **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. 3ªed. Campinas, SP: Alínea, 2012.
10. HOUTS, Peter S.; NEZU, Arthur M.; NEZU, Christine Maguth; BUCHER, Julia A. The prepared family caregiver: A problem-solving approach to family caregiver education. **Patient Education and Counseling**. n. 27, p. 62-78, 1996.
11. NOVELLI, Márcia Maria Pires Camargo; CARAMELLI, Paulo. The influence of neuropsychiatric and functional changes on quality of life in Alzheimer's disease. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 4, n. 1, p. 47-53, jun. 2010.
12. PIOVEZAN, Marcelo; BATISTONI, Samila Sathler Tavares. Habilidades de resolução de problemas e estresse entre cuidadores de idosos dependentes. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 95-115, 2012.
13. VITALIANO, Peter. P. *et al.* Depressed Mood Mediates Decline in Cognitive Processing Speed in Caregivers. **The Gerontologist**, v. 49, n. 1, p. 12-22, 2009.
14. GIVEN, Barbara; SHERWOOD, Paula; GIVEN, Charles. What knowledge and skills do caregivers need? **American Journal of Nursing**, v. 108, n. 9, p. 28-34, 2008.
15. CHANG, Yoon-Jung *et al.* Burdens, Needs and Satisfaction of Terminal Cancer Patients and their Caregivers. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 14, n. 1, p. 209-215, 2013.
16. GARCIA, Cesar H.; ESPINOZA, Sara E.; LICHTENSTEIN, Michael; HAZUDA, Helen P. Health Literacy Associations Between Hispanic Elderly Patients and Their Caregivers. **Journal of Health Communication**, v. 18, p. 256-272, 2013.
17. DAVIS, Terry C.; WOLF, Michael S. Health Literacy: Implications for Family Medicine. **Family Medicine**, v. 36, n. 8, p. 595-598, 2004.
18. NOVELLI, Márcia Maria Pires Camargo; NITRINI, Ricardo; CARAMELLI, Paulo. Cuidadores de idoso com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 2, p. 139-147, maio/ago. 2010.

19. TOYE, Christine; LESTER, Leanne; POPESCU, Aurora; MCINERNEY, Fran; ANDREWS, Sharon; ROBINSON, Andrew; Dementia knowledge assessment tool version two: Development of a tool to inform preparation for care planning and delivery in families and care staff. **Dementia: The International Journal of Social Research and Practice**, v. 13, n. 2, p. 248-256, 2013.

20. ROBINSON, Andrew; ECCLESTON, Claire; ANNEAR, Michael; ELLIOTT, Kate-Ellen; ANDREWS, Sharon; STIRLING, Christine; ASHBY, Michael; DONOHUE, Catherine; BANKS, Susan; TOYE, Christine; MCINERNEY, Fran. Who knows, who cares? Dementia knowledge among nurses, care workers, and family members of people living with dementia. **Journal of Palliative Care**, v. 30, n. 3, p. 158-165, 2014.

21. JACINTO, Alessandro Ferrari; OLIVEIRA, Erika Correa de; CITERO, Vanessa de Albuquerque. Brazilian transcultural adaptation of an instrument on physicians' knowledge and attitudes towards dementia. **Dement. neuropsychol.**, São Paulo , v. 9, n. 3, p. 245-250, Sept. 2015.

22. CANINO, G.; BRAVO, M. The adaptation and testing of diagnostic and outcome measures for cross-cultural research. **International Review of Psychiatry**, vol. 6, n. 4, 1994.

23. PFEFFER, R. I.; KUROSAKI, T. T.; HARRAH, C. H. Jr; CHANCE, J. M.; FILOS, S. Measurement of functional activities in older adults in the community. **J. Gerontol.**, v. 37, n. 3, p. 323-329, 1982.

24. KATZ S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

25. SCAZUFCA, Marcia. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n.1, p. 12-17, 2002.

26. KROENKE K.; SPITZER R.L.; WILLIAMS J.B. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. **Med Care**, v. 41, n. 11, p. 1284-1292, nov 2003.

27. HOSSEINPOOR, Ahmad R.; BERGEN, Nicole; SOMNATH, Chatterji. Socio-demographic determinants of caregiving in older adults of low- and middle-income countries. **Age and Ageing**, v. 42, p. 330–338, 2013.

28. TAUB, Anita; ANDREOLI, Sérgio; BERTOLUCCI, Paulo H; Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 372-376, mar/abr, 2004.
29. MICHAEL, Annear J.; TOYE, Christine; MCLNERNEY, Frances; ECCLESTON, Claire; TRANTER, Bruce; ELLIOTT, Kate-Ellen; ROBINSON, Andrew. What should we know about dementia in the 21st Century? A Delphi consensus study. **BMC Geriatrics**, v. 15, n. 5, 2015.
30. CARVALHO DE, Alan P. V.; SILVA, Valter; GRANDE, Antonio J. Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. **Diagn. Tratamento**, v. 18, n. 1, p. 38-44, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico

Nome: _____ Idade: _____ Gênero: _____

Est. Civil: _____ Escolaridade: _____ Tipo de Cuidador: _____

Grau de parentesco com o idoso: _____ Há quanto tempo cuida: _____

Cuida quantas horas por dia: _____ Renda familiar: _____

Nome do idoso: _____ Idade: _____

Tipo de demência: _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/12-CNS-MS)

O(a) sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada **“Adaptação transcultural de um instrumento sobre conhecimentos em demências por parte de cuidadores de idosos.”**, que pretende estudar o nível do seu conhecimento sobre a doença do idoso que você cuida.

O(a) sr(a) foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por ser um(a) cuidador(a) de um paciente com demência.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre aspectos da sua vida, da sua função como cuidador(a) do idoso e sobre aspectos da vida do idoso. Serão utilizados questionários com questões sobre sua escolaridade e saúde, seu conhecimento sobre o que acontece nas demências, seu estado emocional, seu estresse em relação ao cuidado prestado ao idoso e a condição de saúde e qualidade de vida do idoso que você cuida.

O pesquisador executante é o gerontólogo Marcelo Piovezan. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. A entrevista será realizada em atendimento no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. A entrevista durará cerca de 60 minutos.

Os resultados dessa pesquisa contribuirão com conhecimento sobre o nível de conhecimento, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir com o tratamento da pessoa que o(a) senhor(a) cuida. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo de suas informações e informações a respeito do idoso que o(a) senhor(a) cuida, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do telefone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisador

Data: ____/____/____ Assinatura do Pesquisador: _____

Orientador: Alessandro Ferrari Jacinto. Departamento de Clínica Médica - Rubião Júnior s/n. Fone: (14) 3880-1106. E-mail: alessandrojacinto@uol.com.br

Pesquisador: Marcelo Piovezan. Departamento de Clínica Médica - Rubião Júnior s/n,

Fone: (014) 99118-3541. E-mail: marcelo.piovezan@gmail.com

ANEXOS

ANEXO A – Autorização autora do instrumento

De: Chris Toye <C.Toye@curtin.edu.au>
Data: 7 de abril de 2016 23:00:06 BRT
Para: Alessandro Ferrari Jacinto <alessandrojacinto@uol.com.br>
Assunto: Re: Cultural adaptation - Brazil

Dear Alessandro

Many thanks for providing the back translation of the DKAT2 for checking.

Items 1-8 are good

Item 9 is not an exact match as we used 'is likely to limit' rather than reduces. So 'is likely to reduce' would be the correct equivalent. This is because of the co-morbid conditions that sometimes cause death during the often lengthy dementia trajectory.

Items 10 and 11 are good

Item 12 is not an exact equivalent as the wording 'characteristic of' was used to denote a usual manifestation. This was to differentiate the more usual gradual progression from a sudden change resulting from a superimposed delirium.

Items 13-16 are good

Items 17 and 18 have the word 'patient' rather than 'person'

Item 19 is not an exact equivalent - the wording 'supported to make choices' was used to denote that the person living with dementia was the decision maker in this context - for example, being shown two or three clothing options rather than being asked to select from a whole wardrobe of clothes. In English, 'assisted decision making' has a subtly different interpretation - with decision making being more overtly guided and therefore the choice being less that of the person living with dementia .

Item 20 was about physical pain rather than suffering

Item 21 is good

I recognise that I sound a bit pedantic about this, for which I apologise

I think I have already sent the scoring sheet - please let me know if this is not the case

Best regards

chris

Chris Toye, School of Nursing, Midwifery and Paramedicine
Associate Professor, Older Persons' Health Care |
Faculty of Health Sciences, Curtin University
Tel | [+61 8 9266 1756](tel:+61892661756) (Mondays and Wednesdays)
Fax | [+61 8 9266 2959](tel:+61892662959)
Email | <mailto:c.toye@curtin.edu.au>
Web | <http://curtin.edu.au>

Centre for Nursing Research at Sir Charles Gairdner Hospital
Tel | [+61 8 6151 0810](tel:+61861510810) (Thursdays and Fridays)
Not available on Tuesdays.
Mobile is 0411 354 309

ANEXO B – DKAT2

Avaliação de Conhecimento sobre Demência: DKAT2

Afirmações	Sim	Não	N.S.
1. A demência ocorre devido a mudanças no cérebro.	1	0	0
2. As mudanças no cérebro que causam demência geralmente são progressivas.	1	0	0
3. A Doença de Alzheimer é a principal causa de demência.	1	0	0
4. Doenças vasculares também podem causar demência.	1	0	0
5. Confusão mental em idosos quase sempre é causada por demência.	0	1	0
6. Apenas idosos desenvolvem demência.	0	1	0
7. Conhecer a causa provável de demência pode ajudar a entender sua progressão.	1	0	0
8. Falta de controle da urina e/ou fezes sempre ocorre nos estágios iniciais da demência.	0	1	0
9. A demência tende a limitar a expectativa de vida.	1	0	0
10. Quando uma pessoa se encontra em estágio avançado de demência, os familiares podem ajudar outras pessoas a compreender as necessidades do paciente.	1	0	0
11. As pessoas com demência podem desenvolver problemas de percepção visual (ex. compreender ou reconhecer o que veem).	1	0	0
12. Crises repentinas de confusão mental são características da demência.	0	1	0
13. Presença de comportamentos não característicos da pessoa pode ocorrer em pacientes com demência (ex. comportamento agressivo por parte de alguém que sempre foi gentil).	1	0	0
14. Dificuldade para engolir surge em estágios avançados da demência.	1	0	0
15. Mobilidade (ex. caminhar, movimentar-se na cama ou cadeira) fica limitada nos estágios avançados da demência.	1	0	0
16. Mudanças no ambiente não farão diferença para uma pessoa com demência (ex. por um CD para tocar, abrir ou fechar as cortinas).	0	1	0
17. Quando a pessoa com demência está angustiada, conversar sobre seus sentimentos pode ajudar.	1	0	0
18. É importante sempre corrigir a pessoa com demência quando ela estiver confusa.	0	1	0
19. Uma pessoa com demência geralmente pode ser apoiada a fazer escolhas (ex. a escolher o que vestir etc.).	1	0	0
20. É impossível dizer se uma pessoa em estágio avançado de demência está com dor.	0	1	0
21. Exercícios físicos, às vezes, podem ser benéficos a pessoas com demência.	1	0	0

Total: _____

ANEXO C – Questionário de atividades funcionais

Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diárias: Índice de Pfeffer

O paciente:	Normal	Faz com dificuldade	Necessita de ajuda	Não é capaz	Nunca fez, mas poderia fazer	Nunca fez e agora teria dificuldade
1. Manuseia seu próprio dinheiro?	0	1	2	3	0	1
2. É capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho(a)?	0	1	2	3	0	1
3. É capaz de esquentar a água para o café e apagar o fogo?	0	1	2	3	0	1
4. É capaz de preparar uma refeição?	0	1	2	3	0	1
5. É capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da vizinhança?	0	1	2	3	0	1
6. É capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de televisão, um jornal ou revista?	0	1	2	3	0	1
7. É capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares e datas?	0	1	2	3	0	1
8. É capaz de manusear seus próprios remédios?	0	1	2	3	0	1
9. É capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta?	0	1	2	3	0	1
10. Pode ser deixado(a) em casa sozinho(a) de forma segura?	0	1	2	3	0	1

Total: _____

Resultados

Independência: pontuação ≤ 5

Dependência: pontuação > 5

ANEXO D – Índice de Katz

Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diárias : Índice de Katz

ABVDs		Sim	Não
1. Em relação ao banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.	1	0
2. Em relação a vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	1	0
3. Quanto à higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).	1	0
4. Em relação à transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).	1	0
5. Quanto à continência	Controla completamente urina e fezes.	1	0
6. Em relação à alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar ou passar manteiga no pão).	1	0

Total: _____

Resultados

- Independência:** 05 a 06 pontos
- Dependência Parcial:** 03 a 04 pontos
- Dependência Importante:** 0 a 02 pontos

ANEXO E – Zarit Burden Interview

Avaliação de Sobrecarga do Cuidador: Zarit

Respostas

0= Nunca sinto isso 1= Raramente sinto isso 2= Sinto isso de vez em quando
3= É verdadeiro, eu sinto isso 4 = É muito verdadeiro, eu sinto isso bastante

Nº	Perguntas
	1. Você sente que o idoso pede mais ajuda do que ele necessita?
	2. Você sente que por causa do tempo que gasta com o idoso, você não tem tempo suficiente para si mesmo?
	3. Você se sente estressado por cuidar do idoso e de suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?
	4. Você se sente envergonhado com o comportamento do idoso?
	5. Você se sente irritado quando o idoso está por perto?
	6. Você sente que o idoso afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
	7. Você sente receio pelo futuro do idoso?
	8. Você sente que o idoso depende de você?
	9. Você se sente tenso quando o idoso está por perto?
	10. Você sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com o idoso?
	11. Você sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa do idoso?
	12. Você sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque está cuidando do idoso?
	13. Você não se sente à vontade de ter visitas em casa por causa do idoso?
	14. Você sente que o idoso espera que você cuide dele, como se você fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?
	15. Você sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do idoso, somando-se às suas outras despesas?
	16. Você sente que será incapaz de cuidar do idoso por muito mais tempo?
	17. Você sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença do idoso?
	18. Você gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse do idoso?
	19. Você se sente em dúvida sobre o que fazer pelo idoso?
	20. Você sente que deveria estar fazendo mais pelo idoso?
	21. Você sente que poderia cuidar melhor do idoso?
	22. Em geral, o quanto você se sente sobrecarregado por cuidar do idoso? ()=0 <i>nem um pouco</i> , ()=1 <i>um pouco</i> , ()=2 <i>moderadamente</i> , ()=3 <i>muito</i> , ()=4 <i>extremamente</i> .

Total: _____

Classificação de Sobrecarga

	Mínima ou inexistente: menor que 21 pontos
	Leve a moderada: 21-40 pontos
	Moderada a severa: 41 a 60 pontos
	Severa: 61 a 88 pontos

ANEXO F – Patient Health Questionnaire-2

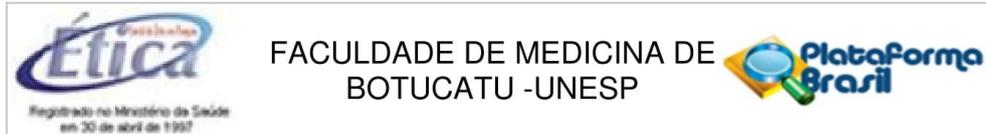
Avaliação do Estado Emocional do Cuidador: PHQ-2

Durante as duas últimas semanas, com qual frequência você foi incomodada(o) por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas.	0	1	2	3
2. Se sentir para baixo, deprimida(o) ou sem perspectiva.	0	1	2	3

Sem sintomas depressivos: pontuação < 3

Presença de sintomas depressivos: pontuação ≥ 3

ANEXO G – Comprovante de envio do projeto ao comitê de ética



Continuação do Parecer: 1.332.530

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados termos pertinentes.

Recomendações:

Ao final da execução do presente estudo, deverá ser enviado o respectivo Relatório Final de Atividades, através de "NOTIFICAÇÃO".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sugiro aprovação, sem necessidade de envio à CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião EXTRAORDINÁRIA do CEP de 23/11/2015, sem necessidade de envio à CONEP.

Alertamos aos pesquisadores sobre a necessidade de enviar o respectivo "Relatório Final de Atividades" tão logo o presente estudo seja concluído. Essa documentação deve ser enviada via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO"

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_583938.pdf	10/11/2015 16:35:32		Aceito
Outros	Resposta_ao_CEP.pdf	10/11/2015 16:33:45	Marcelo Piovezan	Aceito
Outros	Documento_de_Anuencia_Institucional.pdf	07/10/2015 15:16:49	Marcelo Piovezan	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Final.pdf	05/10/2015 10:37:47	Marcelo Piovezan	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_PIBr_assinada.pdf	05/10/2015 10:34:55	Marcelo Piovezan	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	02/09/2015 16:01:55	Marcelo Piovezan	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br