
EDUCAÇÃO FÍSICA

LAIS SCARPARI

**EFEITO DE INTERVENÇÕES NÃO
FARMACOLÓGICAS NOS NÍVEIS DE
ESTRESSE EM CUIDADORES DE IDOSOS
COM DOENÇA DE ALZHEIMER:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

LAIS SCARPARI

EFEITO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NOS NÍVEIS DE
ESTRESSE EM CUIDADORES DE PACIENTES COM DOENÇA DE
ALZHEIMER: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Orientador: JOSÉ LUIZ RIANI COSTA

Co-orientador: DANILLA ICASSATTI CORAZZA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto de Biociências da Universidade
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” -
Câmpus de Rio Claro, para obtenção do grau
de Bacharel em Educação Física

Rio Claro
2012

796.19 Scarpari, Lais
S286e Efeito de intervenções não farmacológicas nos níveis de estresse em cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer : uma revisão sistemática / Lais Scarpari. - Rio Claro : [s.n.], 2012
43 f. : il., figs., gráfs., tabs.

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Educação Física) -
Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro
Orientador: José Luiz Riani Costa
Co-Orientador: Danilla Icassatti Corazza

1. Educação física adaptada. 2. Cuidador. 3. Estresse. 4. Alzheimer.
5. Intervenções não farmacológica. 6. Idosos. I. Título.

Ficha Catalográfica elaborada pela STATI - Biblioteca da UNESP
Campus de Rio Claro/SP

À minha família pelo apoio durante os anos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais que fizeram da minha educação uma prioridade constante. A dedicação que vocês obtiveram me inspira como pessoa e profissional que hoje me orgulho de ser. Ao meu irmão, pelos inúmeros momentos compartilhados, que sem dúvida jamais esquecerei.

A minha avó Paulina, pelos cuidados durante a minha infância e pelas orações de todos os dias. Ao meu avô Alcides, pelas conversas de fim de tarde em frente a sua casa que me fazem tanta falta.

Ao Fernando, companheiro de todos os momentos, pelas risadas, choros, brigas e abraços compartilhados. Obrigada pela paciência do dia-a-dia e principalmente por permitir que eu faça parte da sua vida.

A Fabiana, minha amiga dos tempos de colégio, que mesmo longe, nunca deixou de demonstrar o quanto queria estar perto. Ser sua amiga é para mim, motivo de orgulho e imensa felicidade.

Ao Adriel, amigo de longa data, pelas tardes e noites em sua companhia.

Agradeço meu orientador, José Luiz Riani Costa, que além de professor e orientador, se demonstrou um amigo, sempre pronto a ajudar nos momentos de necessidade. Obrigada pela insistência e incentivo, sempre tão leais.

A minha co-orientadora Danilla, pela paciência e ajuda, que sempre me salvavam. Sem dúvida a realização deste projeto só foi possível graças a você.

Aos meus amigos mais diversos, companheiros que por ai encontrei pelas curvas da vida, que sempre serão lembrados com carinho. Em especial a Aninha, companheira das risadas inoportunas !!

Ao LAFE (Laboratório de Atividade Física e Envelhecimento) e ao PRO-CDA (Programa de Cinesioterapia Funcional e Cognitiva em Idosos com Doença de Alzheimer) pela constante evolução e conhecimento proporcionados nestes últimos anos. Um agradecimento especial a todos os integrantes que fizeram da rotina dos dias, deliciosas risadas.

A Unesp – Rio Claro e a todos que de certa forma fizeram parte da minha graduação, pela possibilidade de amadurecimento.

“Já não me preocupo
Se eu não sei porquê
Às vezes o que eu vejo
Quase ninguém vê
E eu sei que você sabe
Quase sem querer
Que eu vejo o mesmo que você.”

Renato Russo

RESUMO

Atrelado ao processo de envelhecimento está o surgimento de demências e, dentre elas, a doença de Alzheimer (DA) tem sido responsável por aproximadamente 60% dos casos. Essa doença é caracterizada como uma neuropatologia de etiologia desconhecida que causa déficits cognitivos e distúrbios comportamentais. Cuidar de pacientes com DA pode causar uma sobrecarga, tanto física quanto psíquica, que pode acarretar altos níveis de estresse ao cuidador principal. É necessário que o cuidador também receba atenção e desenvolva atividades que promovam benefícios a sua saúde e ao mesmo tempo ofereçam momentos de distração da tarefa de cuidar. Intervenções não farmacológicas podem ser favoráveis para a melhoria da saúde com conseqüente diminuição dos níveis de estresse. Assim, o objetivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática de artigos científicos que objetivaram verificar o efeito de intervenções não farmacológicas nos níveis de estresse em cuidadores de pacientes com DA. Para contemplar este objetivo foi realizada uma busca sistemática nas seguintes bases de dados: Biological Abstracts, PsycINFO, PubMed/Medline, Web of Science, SciELO e LILACS. Foram utilizados as seguintes palavras-chave e operadores booleanos, com correspondentes em inglês: “cuidadores” OU “familiares” E “intervenções não farmacológicas” OU “grupos de apoio” OU “terapias” E “doença de Alzheimer” OU “demência de Alzheimer” OU “Alzheimer” OU “idosos” E “estresse”. Foram encontrados três artigos que atendiam aos critérios de inclusão para este trabalho e nenhum apresentou resultados significativos para a variável estresse. Não é possível afirmar, de acordo com os estudos encontrados, que programas de intervenção não farmacológica para cuidadores de idosos com DA possam influenciar ou controlar os níveis de estresse. No entanto, os estudos mostram benefícios para outras variáveis, como auto eficácia e confiança com relação ao cuidado. Sugere-se a implementação de programas de intervenção não farmacológica a cuidadores de idoso com DA, inclusive com atividade física regular, assim como pesquisas relacionadas, a fim de suprir a carência de conhecimento nesta área.

Palavras-chave: cuidador, estresse, Alzheimer, intervenção não farmacológica.

ABSTRACT

Beside aging process comes the incidence of dementia and, among them Alzheimer's disease (AD) accounts for approximately 60% of cases. This disease is characterized as a neuropathology with unknown etiology that causes cognitive deficits and behavioral disorders. Caring for patients with AD can cause an overload, both physical and psychological, which can cause high levels of stress on the primary caregiver. It is necessary that the caregiver also receives attention and develop activities that promote health benefits, while providing moments of distraction from the task of caring. Nonpharmacological interventions may be favorable for improving health with consequent decreased on the levels of stress. The objective of this study was to conduct a systematic review of scientific papers that aimed to verify the effect of nonpharmacological interventions on stress levels in caregivers of patients with AD. To contemplate this goal was accomplished a systematic search in the following databases: Biological Abstracts, PsycINFO, PubMed/Medline, Web of Science, LILACS and SciELO. The following keywords and Boolean operators was used: "caregivers" OR "family" and "nonpharmacological interventions" OR "support groups" OR "therapies" AND "Alzheimer's disease" OR "Alzheimer's dementia" OR "Alzheimer" OR "elderly" AND "stress". There were found 3 studies that met inclusion criteria adopted for the present work, and none showed significant results for the variable stress. It is not possible to affirm, according to the studies, that nonpharmacological interventions programs for caregivers of patients with AD are effective to influence and to control the stress. However, studies show benefits for other variables such as self-efficacy and confidence in relation to care. It is suggested to implement nonpharmacologic intervention programs to caregivers of elderly with AD, including regular physical activity, as well as related research in order to supply the lack of knowledge in this area.

Keywords: caregiver, stress, Alzheimer's disease, nonpharmacologic intervention.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Contextualização do problema	10
2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	12
3. OBJETIVOS	14
3.1. Objetivo Geral	14
3.2. Objetivos Específicos	14
4. REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1. Envelhecimento e Doença de Alzheimer	15
4.2. Cuidador	17
4.2.1 Perfil do cuidador de idosos com doença de Alzheimer.....	18
4.2.2 Sobrecarga do cuidador de idosos com doença de Alzheimer	19
4.3 O estresse	20
4.4 Intervenções não farmacológicas	21
4.5 Revisão sistemática	22
5. MÉTODOS	24
6. RESULTADOS	26
7. DISCUSSÃO	32
8. CONCLUSÃO	38
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Representação esquemática do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA). Fonte: The effects of stress and stress hormones on human cognition: implications for field of brain and cognition, Lupien et al, 2007.....	21
Figura 2. Etapas de seleção dos artigos incluídos na revisão sistemática.....	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características dos estudos que examinaram os efeitos da intervenção não farmacológica nos sintomas de estresse em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer.....	31
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Evolução Cronológica dos Distúrbios Neuropsiquiátricos (MORTIMER et al.,1992 apud CANONICI, 2009).....	16
--	----

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização do problema

O aumento da expectativa de vida e a diminuição das taxas de natalidade estão levando a um processo de envelhecimento populacional em vários países, tanto nos desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, acarretando mudanças na caracterização da população e influenciando a dinâmica das políticas públicas relacionadas. A velocidade com que tais mudanças vêm ocorrendo nos últimos anos, tratando-se especialmente de países em desenvolvimento, torna-se um desafio seguido por problemas como a falta na melhoria da qualidade do processo de envelhecimento, como as doenças crônicas e a inatividade física (RAMOS et al., 1987).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), entre os anos de 1950 e 2025, haverá um aumento aproximado de dezesseis vezes na população idosa do Brasil, obtendo à sexta posição em relação a tal população (Ministério da Saúde, 2002). Atrelado a este processo está o surgimento das doenças crônico-degenerativas, onde segundo Agüero-Torres et al. em 1998, as doenças classificadas como demências contribuem para a dependência funcional de idosos, sendo a doença de Alzheimer (DA) a mais frequente.

A doença de Alzheimer é uma síndrome caracterizada pela deterioração de habilidades intelectuais previamente adquiridas que interfere na atividade ocupacional e social (CALDEIRA; RIBEIRO, 2004), sendo um processo degenerativo, assinalado por perdas progressivas da memória e de outras capacidades cognitivas (MESULAM, 2000).

A ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, em 2010, estimou que existissem 35,6 milhões de pessoas vivendo com esta demência, e que este número pode chegar a 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões, em 2050.

A DA é responsável por aproximadamente 65% de todos os casos de demência em adultos (CALDEIRA; RIBEIRO, 2004), tendo sua prevalência aumentada de acordo com a idade, podendo chegar a 50% em idosos com 95 anos ou mais (LOPES; BOTTINO, 2002). É caracterizada por declínios nas capacidades cognitivas, como a memória, e podem ser seguidos por distúrbios comportamentais como, por exemplo, a apatia, depressão, delírios e alucinações.

Conforme progride, surge a demanda por cuidados, função importante desempenhada pelos cuidadores (CRUZ; HAMDAN, 2008). Esses cuidadores, geralmente membros da família, vivenciam situações delicadas voltadas à manutenção do bem estar do idoso com Alzheimer. A demanda de cuidados tende a aumentar com o progredir da doença, assim como a complexidade desses cuidados, uma vez que as progressivas perdas das funções cognitivas associadas aos distúrbios neuropsiquiátricos impossibilitam o idoso com DA a realizá-las normalmente, gerando a necessidade de cuidados especiais. Esses cuidados geralmente estão associados à alimentação, higiene e aos remédios utilizados.

Estima-se que aproximadamente 80% dos cuidadores de pacientes com DA são familiares e que a sobrecarga gerada pelo ato de cuidar faz com que as funções diárias sejam sobrecarregadas tendendo a aumentar com o progresso da doença (HALEY, 1997).

Bauer (2005) afirma:

“O estresse diário causado pelo cuidado de pacientes com demência pode antecipar o surgimento de algumas características próprias do processo de envelhecimento natural ou potencializá-las, exercendo um efeito devastador nas alterações que já ocorrem no sistema imune e endócrino com o envelhecimento (imunossenescência e endocrinossenescência)”.

O conceito de estresse envolve uma resposta biológica/hormonal ampla, porém na literatura o termo é utilizado como sinônimo de sobrecarga do cuidador (CASSIS et al., 2007). Na família, os mecanismos utilizados para a adaptação à nova situação são bastante variados e podem alterar a percepção do comprometimento (DOURADO et al., 2006), agravando os casos de sobrecarga no cuidador.

A literatura aponta que as intervenções não farmacológicas mostram-se eficazes para o alívio da sobrecarga e depressão dos cuidadores, auxiliando no cuidar e na qualidade de vida das pessoas (SORENSEN et al., 2008).

Tais cuidadores necessitam também de cuidados especiais, voltados à administração de uma rotina que englobe um bem estar físico e mental, assim como seus familiares acometidos pela DA. As intervenções não farmacológicas representam uma alternativa dentro das possibilidades existentes, para amenizar o estresse e seus sintomas.

2. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Juntamente ao ato de cuidar de idosos com DA estão atrelados processos que geram o desgaste e a sobrecarga do cuidador. Vale lembrar que estes, na sua figura fundamental, muitas vezes são caracterizados por membros da família, como cônjuges ou filhos, que muitas vezes também são idosos, ou seja, estão vivenciando o processo de envelhecimento e, além de terem que se adaptar a essas novas condições de vida, sofrem os desgastes do ato de cuidar de um idoso que, ao longo do processo de evolução da doença, vai necessitar de auxílio com alimentação, vestimenta e higiene, dentre outros.

Neste sentido, na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Idosos (BRASIL, 1999), é levantada a questão da implementação e financiamento de medidas que satisfaçam as necessidades de cuidados em longo prazo das pessoas com DA, incluindo o apoio aos cuidadores (PORTERO; RUIZ, 1998), considerando que "a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos de tornar o cuidador doente e igualmente dependente".

Em estudo realizado por Rainer et al. (2002), quando comparado a outros dois grupos de cuidadores de pessoas idosas com e sem necessidade de cuidados especiais, os cuidadores de idosos com DA mostraram maiores níveis de impacto sobre o ato de cuidar. As evidências apontam a necessidade de apoio, nas suas mais diversas formas, que amparem na diminuição dos sintomas psicológicos e físicos apresentados pela pessoa que toma para si a missão de cuidar de um paciente com DA.

De acordo com tais necessidades dos cuidadores, alguns estudos têm observado que intervenções não farmacológicas podem ser uma maneira eficaz para a diminuição da sobrecarga (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002) e para a reinserção em grupos sociais, uma vez que, dada a demanda de cuidado, que pode chegar a aproximadamente 60 horas semanais (HALEY, 1997), muitos destes idosos cuidadores diminuem ou até mesmo perdem a interação com parentes e conhecidos.

No Brasil ainda são escassas as intervenções com cuidadores de idosos com DA, assim como os estudos relacionados. Ao se analisar o panorama mundial, a gama de intervenções e estudos torna-se mais ampla, sendo de extrema

importância um conhecimento aprofundado sobre estas a fim de servir de modelo para futuras intervenções em nosso país.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Este estudo teve como objetivo a realização de uma revisão sistemática de artigos científicos que verificaram o efeito de intervenções não farmacológicas nos níveis de estresse em cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer.

3.2 Objetivos específicos

Verificar se intervenções não farmacológicas exercem influência nos níveis de estresse em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer;

Descrever outras possíveis variáveis analisadas nos artigos selecionados, bem como as intervenções desenvolvidas;

Analisar, caso haja intervenção com atividade física, quais exercícios físicos utilizados;

Realizar uma observação crítica da participação do Estado, na forma de políticas públicas nos grupos de intervenção analisados.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Envelhecimento e Doença de Alzheimer

A diminuição das taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida, acarretado principalmente pelo avanço tecnológico na área da saúde, vem caracterizando um processo de envelhecimento populacional observado em diversos países, assim como no Brasil.

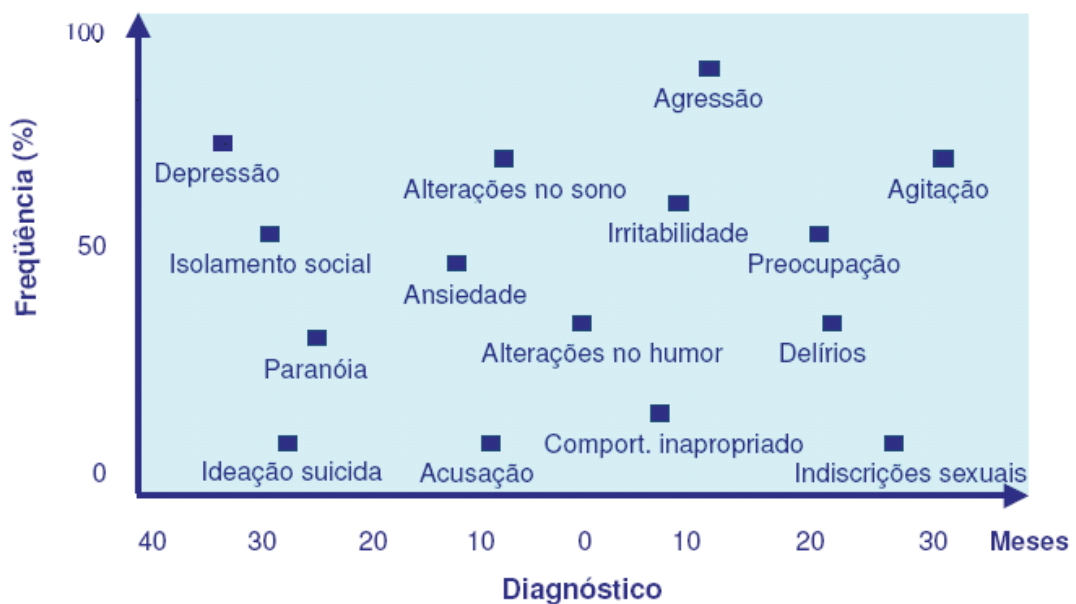
Inúmeras doenças crônicas acometem a população idosa, entre elas as demências, que se apresentam com diversos sintomas e manifestam-se com o aparecimento de múltiplos déficits cognitivos, como prejuízo da memória e pode ser acompanhado de, pelo menos, outro declínio, podendo este ser da linguagem, praxia, gnosia ou funções executivas, acarretando comprometimento nas interações sócio espaciais (Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais: DSM-IV). Tais alterações tem um quadro evolutivo progressivo e interferem negativamente nas atividades de vida diária (AVDs) (VOLICER et al., 1997). As causas para o aparecimento das demências variam, sendo conhecidos vários fatores que interferem no mesmo.

A DA, descrita pela primeira vez pelo médico alemão Alois Alzheimer em 1907, é a demência com maior prevalência, sendo responsável por aproximadamente 65% dos casos demenciais, acometendo 80% da população idosa com mais de 75 anos (CALDEIRA, 2004). No Brasil, estima-se que 1,2 milhão de pessoas vivam com a DA (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2009), muitas destas sem o devido diagnóstico, uma vez que os exames de imagem utilizados, como tomografia e ressonância magnética, são de alto custo e muitas vezes a impossibilidade da realização impede o fechamento do diagnóstico. Outra dificuldade encontrada é referente aos testes cognitivos validados no Brasil, sendo que, muitas vezes, a avaliação leva em consideração a alfabetização e tempo de escolaridade, o que pode comprometer o resultado e, conseqüentemente um provável diagnóstico, daqueles que não apresentam tal demência. A DA é uma patologia caracterizada por modificações estruturais e bioquímicas que acarretam perdas neuronais e alterações cognitivas, motoras e comportamentais. É considerada a quarta maior causadora de mortes no mundo, tendo aproximadamente 100.000 vítimas por ano (PENDLEBURY; SOLOMON, 1996).

O idoso que desenvolve a DA apresenta um retrocesso morfofuncional cerebral semelhante ao que ocorre no processo de envelhecimento sadio, mas numa intensidade maior. A DA distingue-se pelo surgimento das placas senis e dos emaranhados neurofibrilares principalmente e causam alterações no peso e no volume cerebral, aspecto dos giros e sulcos e número dos neurônios. Seus fatores de risco estão relacionados com a interação dos fatores genéticos com fatores ambientais (MACHADO, 2006).

Além da perda da memória é comum o aparecimento de outros distúrbios neuropsiquiátricos que são decorrentes principalmente do estágio da doença e de particularidades do idoso acometido com DA, dentre eles Garrido e Almeida (1999) relacionam como os de maior frequência: alterações no sono, distúrbios de apetite, apatia progressiva, irritabilidade, agressividade e mudanças repentinas no humor. Esses distúrbios costumam dificultar a permanência de uma possível vida social do paciente, que muitas vezes, nos estágios mais avançados da doença, pode ser institucionalizado. Outro fator complicador é relacionado à sobrecarga que o cuidador tem com o aparecimento de tais distúrbios que se tornam mais complexos com o evoluir da doença.

Gráfico 1. Evolução Cronológica dos Distúrbios Neuropsiquiátricos (MORTIMER et al.,1992 apud CANONICI, 2009)



Segundo a Escala de Avaliação Clínica de Demência – CDR (MORRIS, 1993; MONTAÑO; RAMOS, 2005), a doença pode ser classificada em três estágios: leve, moderado e grave.

Na primeira fase, além da perda da memória para fatos recentes, há o surgimento de limitações da fala, dificuldade para elaborar frases e lista de palavras, apresentação de discurso vazio e as habilidades visuo-espaciais se encontram alteradas. É nesta fase que o idoso encontra dificuldade para se orientar em lugares que já conheça como os arredores da sua casa (CUMMINGS, 2000a).

Na segunda fase, todas as propriedades cognitivas estão prejudicadas, assim como a compreensão. O discurso é fluente e parafásico e a capacidade de realizar cálculos está depreciada. Encontram-se alterações da postura e marcha e o tônus muscular mostra-se aumentado (ABREU; BARROS ;FORLENZA, 2005).

A última fase é caracterizada pela extrema perda das funções cognitivas. É apresentado um quadro acentuado de rigidez muscular e incide quadros de incontinência esfinteriana (ABREU, FORLENZA, BARROS, 2005).

Os familiares que encontram-se em condições de auxílio profissional na forma de instituições permanentes ou de cuidadores profissionais tendem a fazer uso destes serviços, uma vez que a sobrecarga gerada, a demanda de tempo e de conhecimentos específicos se torna um fator complicador para a manutenção da integridade do idoso com DA.

Para Luzardo et al. (2006) a dependência cognitiva, social e física de um idoso com DA demanda uma carga progressiva de cuidados, podendo acarretar um dano financeiro também.

O quadro de evolução da doença dura em média de 8 anos (VILELA; CARAMELLI, 2006), sendo que depende da eficiência do diagnóstico e dos tipos de tratamento que são realizados. Muitas vezes o idoso com DA é apenas tratado através de medicamentos, sendo excluídas as intervenções não farmacológicas. É de extrema importância que este passe a ser estimulado cognitivamente e mantenha uma vida cotidiana e social preservada dentro dos limites possíveis.

Tais alterações comportamentais sugerem a ajuda de alguém que tenha a capacidade de exercer os cuidados necessários, e sendo dependente das possibilidades familiares.

4.2 Cuidador:

4.2.1 Perfil do cuidador de idosos com doença de Alzheimer

Os estudos relacionados à cuidadores de idosos são recentes na literatura e tiveram seu início na década de sessenta onde cuidadores de pacientes psiquiátricos foram avaliados, seguidos de outros grupos especiais. No Brasil, esta área de pesquisa vem sendo explorada, mas informações sobre esta população ainda são escassos (KARSCH, 2003).

A concepção sobre o cuidador e o seu papel vem apresentando inúmeras variantes sendo que, de acordo com cada autor estes são denominados dependentemente das variáveis as quais o ato de cuidar está relacionado. São encontradas classificações como: **cuidador primário** e **cuidador secundário**, de acordo com o tempo dispendido diariamente ao cuidado. Também é utilizado o termo **cuidador formal** ou **cuidador informal**, levando-se em consideração o tipo de relação paciente/ cuidador. Grafstrom e colaboradores (1992) afirmam que o cuidador é a pessoa a qual dá suporte físico e psicológico, fornecendo ajuda prática, se necessário. Para Petrilli (1997) o cuidador é caracterizado como a pessoa diretamente responsável pelos cuidados do paciente podendo este ser um parente ou alguém que foi contratado para a função. Para este estudo será utilizada a definição de Garrido e Almeida (1999), onde o cuidador é definido como o principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo paciente.

Cruz e Hamdan (2008), em uma revisão de literatura, referencia que a maioria dos cuidadores de idosos com DA são do sexo feminino, geralmente representado por esposas ou filhas. Isso se deve principalmente ao fator cultural, onde a mulher é vista como a responsável pelo cuidado e manutenção da dinâmica da casa. Para cuidadores de idosos com demência, a idade varia entre 50 e 65 anos, onde aproximadamente um terço desta parcela tem mais de 60.

Por também serem idosos, os cuidadores encontram nesta sobrecarga de cuidado um agravante, pois estes já advém de um processo degenerativo, decorrente do próprio processo de envelhecimento, que acarreta em diversas mudanças funcionais e que podem estar interferindo no dia-a-dia. Em média são disponibilizados sessenta horas por semana aos cuidados com o idoso com DA. Isso varia muito de acordo com o estágio da doença e tende a evoluir com o passar do tempo. A dificuldade em manter as tarefas diárias com o cuidado gera um acúmulo

de ocupações que tendem não só a sobrecarregar o cuidador, mas fazer com que este deixe de manter uma rotina social e cultural.

4.2.2 Sobrecarga do cuidador de idosos com DA

A tarefa de cuidar de um idoso com DA, independentemente do estágio da doença, gera uma sobrecarga principalmente originada pela justaposição de tarefas e a dependência que este idoso vem a apresentar com o decorrer da doença. Associada as tarefas do dia-a-dia, o cuidador muitas vezes têm que tomar para si a responsabilidade com a alimentação, medicação, vestimentas e higiene, sendo atividades que dispõem de tempo e dedicação, além de envolverem um fator emocional. Como evidenciado a cima os cuidadores de idosos com DA, na sua maioria, igualmente são idosos, ou seja, também sobrevivem de um processo de envelhecimento e estão sujeitos a adaptações físicas, cognitivas e psicológicas.

Ainda sobre a revisão de Cruz e Hamdan (2008), reconhece-se que os cuidadores de idosos com DA tem maiores chances de desenvolver sintomas psiquiátricos, problemas de saúde, conflitos familiares e problemas no trabalho, se comparados com idosos não cuidadores. Frequentam mais médicos (46% a mais), fazem mais uso de medicamentos psicotrópicos, e tem uma maior resistência a vacinação (GLASER et al., 2000).

Existem também fatores complicadores para a sobrecarga do cuidador como a situação econômica, tempo de evolução da doença e o aparecimento de distúrbios neuropsiquiátricos, a saúde de cuidador e o apoio que pode vir tanto da família como da sociedade em geral (PORTERO; RUIZ, 1998). Estendendo um pouco o olhar, Garrido e Almeida (1999) evidenciam que a sobrecarga do cuidador pode estar associada também a pouca disponibilidade de suporte tanto social quanto familiar, evidenciando a necessidade de políticas publicas relacionadas.

O termo “burden” tem sido utilizado na literatura e se associa a essa temática para contemplar a sobrecarga gerada pela tarefa de cuidar e é um termo internacionalmente designado para tal. Segundo Platt (1985) a palavra “burden” é responsável por abranger as problemáticas e as dificuldades pelo qual o cuidador passa ao tomar para si a responsabilidade de cuidar.

A necessidade de auxílio para esta população se torna eminente e as intervenções não farmacológicas apresentam-se como uma opção válida a fim de se

amenizar os sintomas gerados pela sobrecarga do ato de cuidar de um idoso com DA.

4.3 O estresse

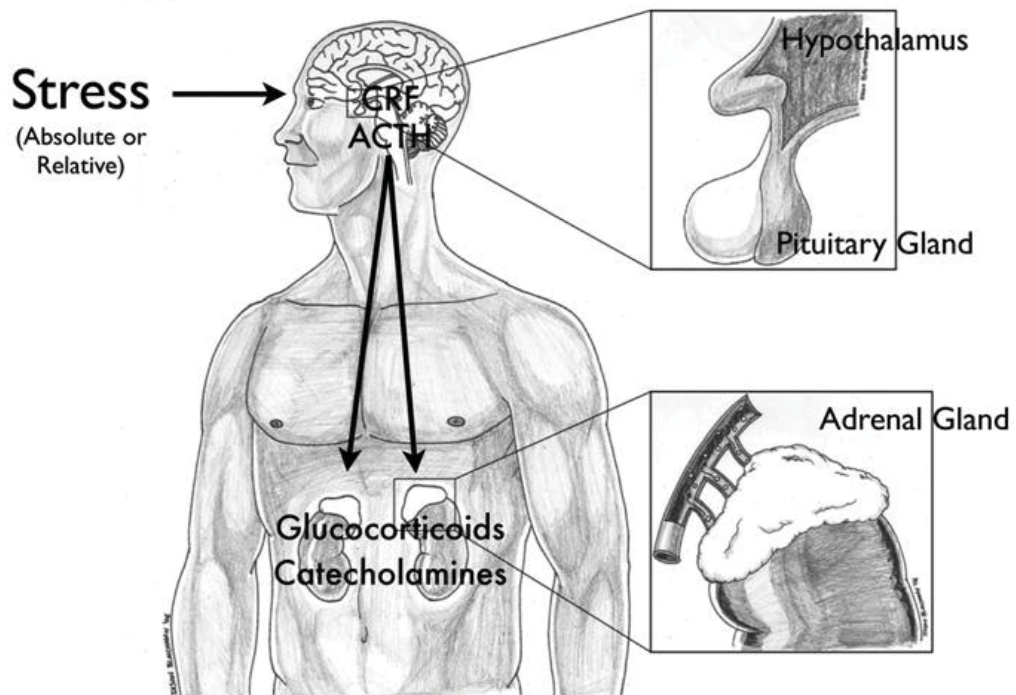
Segundo Jeckel (2006) o estresse pode ser definido como o estado gerado pela percepção de estímulos que provocam excitação emocional e, ao perturbarem a homeostase, leva o organismo a disparar um processo de adaptação.

Pode ser entendido como um processo psicofisiológico que, se prolongado, pode exercer perdas das funções homeostáticas do organismo, gerando um quadro de estresse crônico. O estresse ativa o eixo hipotálamo-hipofise-adrenal liberando glicocorticoides como o cortisol (BUCKINGHAM et al., 1997), a adrenalina e a noradrenalina que atuam de forma direta no funcionamento do sistema imunológico.

Sabe-se que o estresse agudo está associado ao acréscimo de algumas funções do organismo (SHAW et al., 1997), mas o estresse crônico relaciona-se a perdas de funções, principalmente do sistema imunológico.

O sistema hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) quando estimulado gera a liberação do hormônio adrenocorticotrófico, que na corrente sanguínea atinge as glândulas adrenais e incita a secreção dos hormônios do estresse (TALARICO, 2009).

Figura 1. Representação esquemática do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA). Fonte: The effects of stress and stress hormones on human cognition: implications for field of brain and cognition, Lupien et al, 2007.



No caso de cuidadores idosos, devido ao próprio processo de envelhecimento e as alterações ocorridas no organismo (imunossenescência), as funções neuroendócrinas se encontram deficitárias e a disfunção dos receptores mineralocorticoides (MR) e receptores de glicocorticoides (GR) deriva um mecanismo de *feedback* prejudicado (PEDERSEN et al., 2001).

O estresse decorrente ao ato de cuidar de um idoso com demência pode antecipar ou potencializar o aparecimento de algumas alterações fisiológicas naturais ao processo de envelhecimento, causando prejuízos do ponto de vista imune e endócrino (BAUER, 2005), sendo o cuidador de idosos com DA considerado um modelo de estresse crônico (KIECOLT-GLASSER et al., 2003)

4.4 Intervenções não farmacológicas

A fim de se amenizar os sintomas decorrentes da sobrecarga causada pelo ato de cuidar de um idoso com DA, as intervenções não farmacológicas apresentam-se como uma forma bem sucedida de tratamento no alívio do estresse.

As intervenções voltadas aos cuidadores tem como foco a atenuação dos sintomas decorrentes do estresse gerado pela sobrecarga do ato de cuidar do idoso.

Na família, os mecanismos utilizados para a adaptação a nova situação são bastante variados e podem alterar a percepção do comprometimento (DOURADO et al., 2006), agravando os casos de sobrecarga no cuidador, que pode ser notada tanto psicologicamente como fisicamente.

As intervenções podem existir nos mais diversos tipos, visando amenizar os níveis de estresse nos cuidadores primários. Essas relações são motivadas entre os participantes uma vez que dentro de um grupo semelhante, este se sente acolhido e percebe-se como membro, junto a outras pessoas, que também passam pelos mesmos problemas, fortalecem a unidade do grupo. Isso gera um sentimento de acolhimento onde muitas vezes os laços de amizade permanecem mesmo após o término do motivo ao qual o fez procurar auxílio.

As intervenções não farmacológicas são aconselhadas a toda e qualquer faixa etária e não tem contra indicação inicial. Muitas vezes exercem um caráter preventivo ao aparecimento de padrões estressores, como no caso de cuidadores de idosos com DA, e visam à atenuação dos sintomas decorrentes do cuidar.

A literatura internacional aponta diversos tipos de intervenções com esta finalidade, muitas delas relacionadas à políticas públicas de auxílio ao cuidador. No Brasil, tal serviço não se apresenta tão bem estruturado, mas percebe-se um aumento no interesse com relação a esta população nos últimos anos.

Dentre os tipos de intervenção, a prática de atividade física regular pode reduzir o nível de estresse e de sintomas depressivos em idosos e em cuidadores (PINQUART; SORENSEN, 2003; ANTUNES *et al.*, 2005; SJÖSTEN; KIVĚLA, 2006), sendo uma alternativa a criação de intervenções voltadas à prática de atividade física para cuidadores de idosos com DA.

Basicamente, estas intervenções tem um caráter terapêutico e podem ser desenvolvidas tanto em grupo como individualmente. A forma da abordagem pode ser adaptada, de acordo com as necessidades e possibilidades existentes. Mostram-se como uma saída para a atenuação dos sintomas depressivos muitas vezes e tendem a se expandir mundo a fora visto a sua importância.

4.5 Revisão sistemática

A revisão sistemática é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com uma questão específica (GALVÃO et al., 2004).

Esse tipo de investigação disponibiliza um resumo das evidências relacionadas a uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada, sendo que, a publicação de estudos de revisão sistemática, bem como de outros que sintetizam resultados de pesquisa, é um passo para a prática baseada em evidência (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

Em diversos países do mundo observa-se a utilização de intervenções não farmacológicas para cuidadores de idosos com DA. Estes modelos de prática ainda são escassos no Brasil, desta maneira, pesquisas que visem buscar maiores informações a respeito destes para futuramente auxiliar na implementação de programas semelhantes em nosso país são de extrema importância.

A necessidade de intervenções para amenizar as consequências do ato de cuidar se faz presente, sendo que, dentre estas, as não farmacológicas apresentam um campo muito vasto de possibilidades ainda não exploradas. Utiliza-se da revisão sistemática por acreditar que esta contemplará os objetivos e necessidades, assim como, pela viabilidade de realização deste estudo.

5. MÉTODOS

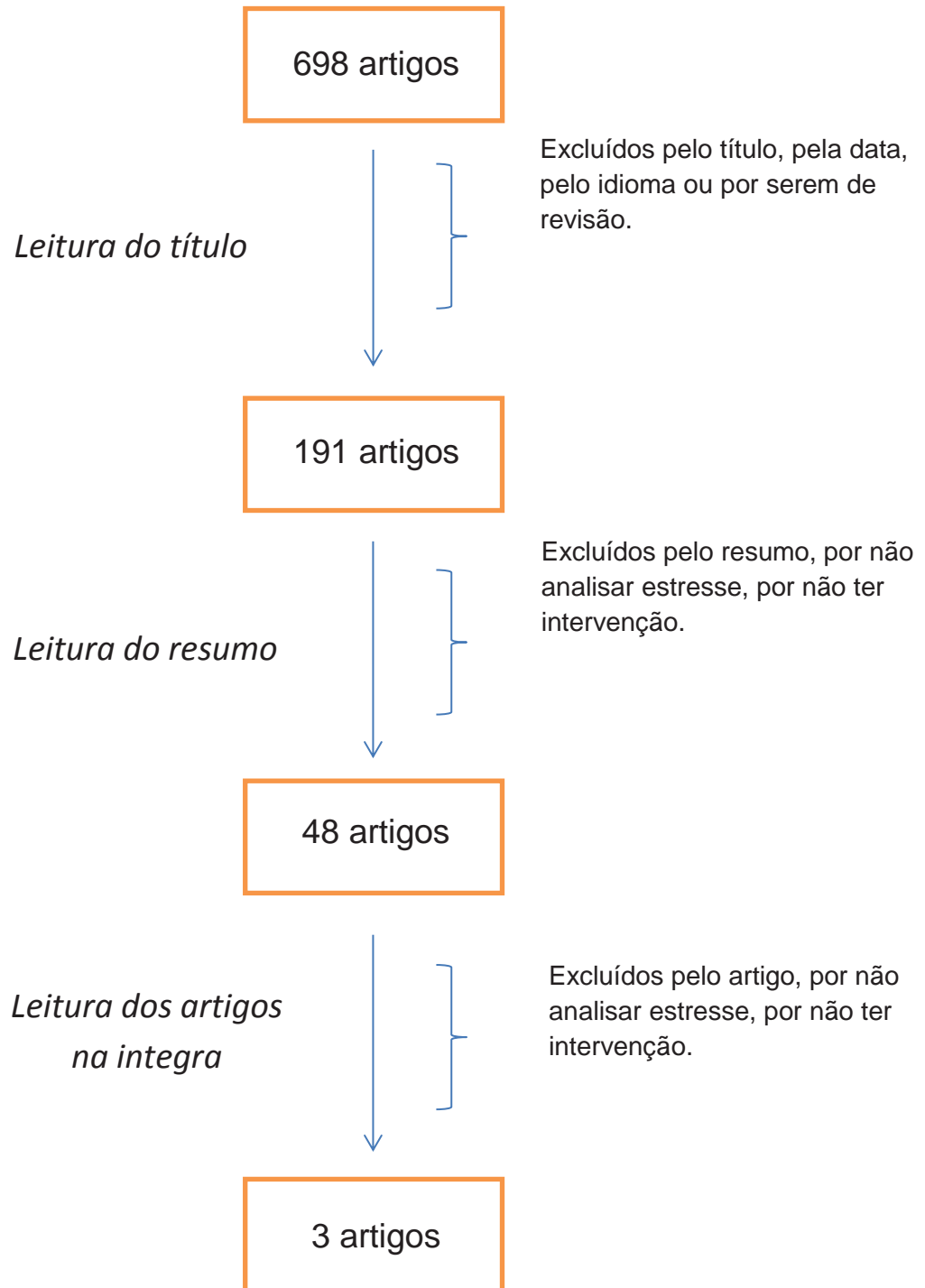
Foi realizada uma busca sistemática nas seguintes bases de dados: Biological Abstracts, PsycINFO, PubMed/Medline, Web of Science, SciELO e LILACS. Foram escolhidas por serem estas de renome na área da saúde, abrangendo os principais periódicos da área e por acreditar que possibilitariam tal pesquisa.

Para as bases Biological Abstracts, PsycINFO, PubMed/Medline e Web of Science foram utilizados os seguintes palavras-chave e operadores booleanos, com seus correspondentes em inglês: “*cuidadores*” (*caregiver*) OU “*familiares*” (*family*) E “*intervenções não farmacológicas*” (“*no pharmacological interventions*”) OU “*grupos de apoio*” (“*support group*”) OU “*terapias*” (*therapy*) E “*doença de Alzheimer*” (Alzheimer’s disease) OU “*demência de Alzheimer*” (“*Alzheimer’s dementia*”) OU “*Alzheimer*” (*Alzheimer*) E “*estresse*” (*stress*). Para as bases SciELO e LILACS, por não permitirem a realização da pesquisa nos mesmos moldes que as demais, utilizou-se: “*cuidadores*” OU “*familiares*” E “*intervenções não farmacológicas*” OU “*grupos de apoio*” OU “*terapias*” E “*doença de Alzheimer*” OU “*demência de Alzheimer*” OU “*Alzheimer*”.

Inicialmente, foram encontrados 698 artigos (Biological Abstracts 41, PsycINFO 97, PubMed/Medline 442, Web of Science 88, SciELO 3 e LILACS 27), não se excluindo a possibilidade de haver artigos repetidos entre duas ou mais bases.

Como critérios de inclusão foram utilizados: artigos que incluíssem intervenções não farmacológicas de qualquer tipo; que analisassem o estresse do cuidador; que tivessem sido publicados entre os anos de 2000 a 2012; com relação ao idioma, foram selecionados os artigos em português, inglês e espanhol; título, sendo que foram analisados de acordo com a proposta inicialmente abordada; pelo resumo, que também levou em consideração a relevância com a proposta e finalmente pelo artigo em si. Revisões sistemáticas foram excluídas assim como artigos que não possuísem protocolos de intervenções. Alguns artigos foram excluídos por não apresentarem referência sobre a influência do protocolo especificamente na variável estresse.

Nenhum artigo foi excluído por motivo de tempo de intervenção, tipo da intervenção, ou faixa etária dos cuidadores.

Figura 2. Seleção dos estudos avaliados

6. RESULTADOS

De acordo com os critérios de inclusão adotados para a seleção, foram selecionados três artigos que desenvolveram protocolos de intervenção para cuidadores de idosos com DA e que analisavam a variável estresse. Abaixo encontram-se descritas resumidamente as metodologias assim como seus resultados e pontos relevantes.

DUCHARME et al. (2011): Os autores analisaram a influência de um programa psicoeducacional com intervenções individuais voltadas a cuidadores de idosos com DA que receberam o diagnóstico em até nove meses antes do início do protocolo, visando à adaptação do cuidador a essa nova tarefa. O programa de intervenção foi dividido em sete sessões, com duração de 90 minutos cada sessão. As sessões eram desenvolvidas uma vez por semana, com a duração de sete semanas. A cada sessão eram trabalhados conteúdos distintos, sendo estes padronizados para todos os participantes:

1. Percepção do cuidador;
2. Estratégias de enfrentamento para lidar com dificuldades e evitar o sofrimento;
3. Como comunicar e aproveitar o tempo gasto;
4. Como transformar as experiências em pontos positivos;
5. Como obter auxílio da família e amigos;
6. Conhecimento sobre suporte profissional;
7. Planejamento do futuro.

Para o estudo, foram selecionados 62 cuidadores para o grupo experimental e 49 para o grupo controle, sendo as amostras randomizadas. Os participantes do grupo controle tinham contato com uma rede de suporte via telefone, para caso necessitassem de auxílio. Os participantes do grupo experimental também poderiam entrar em contato com tal serviço uma vez que necessitassem de algum auxílio

referente ao cuidado com o idoso com DA. Estes foram entrevistados antes do protocolo ter início, ao fim dessas 7 semanas de intervenção e após 3 meses (*follow-up*). Os instrumentos utilizados foram:

1. **Escala de auto eficácia** (*Self-efficacy scale* – Kuhn; Fulton, 2004). Utilizada para analisar a confiança em lidar com situações de cuidado.
2. **Escala de preparação para o cuidado** (*Preparedness for Caregiving scale* - Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath, 1990). Utilizada para medir o grau de preparação do cuidador para cuidar do parente doente;
3. **Escala revisada para autoeficácia do cuidador** (*Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy* - Steffen, McKibbin, Zeiss, Gallagher-Thompson, & Bandura, 2002). Utilizada para avaliar a capacidade do cuidador em relação ao papel de cuidador, mais especificamente no que diz respeito à obtenção de trégua família e amigos.
4. **Escala de decisões para o planejamento de necessidades futuras** (*Planning for Future Care Needs scale*) e a **Escala de conhecimento de serviços** (*The Knowledge of Services scale*). As duas escalas desenvolvidas por Sörensen e colaboradores (2001), auxiliam na avaliação do planejamento de cuidados com o paciente no futuro e o quanto os cuidadores estavam familiarizados com os serviços disponíveis de auxílio.
5. **Índice de avaliação de prestadores e gerenciamento de cuidados** (*The Carers' Assessment of Managing Index* - Nolan, Grant, & Keady, 1996). Foi utilizada para avaliar a frequência de utilização de três estratégias de enfrentamento: a resolução de problemas, resignificação, e controlar os sintomas de estresse.
6. **Inventário de comportamentos de suporte social** (*Inventory of Socially Supportive Behaviors* - Krause & Markides, 1990). A fim de determinar a frequência do apoio recebido pelos cuidadores da família (excluindo o parente doente), amigos e vizinhos.

7. **Escala de conflitos familiares do cuidador** (*Family Caregiver Conflict scale* - Clark, Shields, Aycock, & Wolf, 2003). Utilizada para medir o nível de conflito entre cuidadores e familiares.

Como resultado pode-se evidenciar que os cuidadores que participaram do protocolo mostraram maior confiança em lidar com situações de cuidado; afirmaram estar mais preparados para cuidar e, reivindicaram uma maior auto eficácia em seu papel quanto à capacidade para a obtenção de descanso. Além disso, esses cuidadores foram capazes de planejar melhor o futuro de seu parente cuidado assim como as suas necessidades, adquiriram um melhor conhecimento sobre a disposição de serviços, e recorreram com mais frequência para estratégias de enfrentamento e de resolução de problemas. Resultados estes que se mantiveram após os três meses do término do protocolo (*follow-up*). O programa não teve efeito significativo sobre a utilização de estratégias de gestão de estresse, explicada pelos autores como uma possível resposta ao fato de no questionário aplicado, todos os itens levavam em consideração atividades de lazer para medir essa variável. Também não foram encontrados resultados significativos para as variáveis de apoio percebido e conflitos familiares.

WRIGHT et al. (2001): Neste artigo foi analisada a influência de um programa de aconselhamento para cuidadores de idosos com DA. Os sujeitos recrutados foram selecionados a partir de um quadro de internação do idoso com DA, sendo que, após o retorno a casa, era contatado o cuidador, que recebia suporte via telefonema, com o objetivo de auxílio nas tarefas de cuidar e, posteriormente, era marcada uma entrevista com um enfermeiro designado a auxiliar na formação de estratégias de enfrentamento. O grupo experimental contou com a participação de 68 cuidadores enquanto que para o grupo controle foram designados 25 cuidadores. Para o grupo controle, apenas eram realizados os telefonemas que tinham como objetivo a coleta de algumas informações relevantes à pesquisa. O protocolo teve duração de 12 semanas. No momento pré-intervenção, a entrevista foi realizada enquanto o idoso com DA ainda estava internado. As entrevistas pós-intervenção foram realizadas 2, 6 e 12 semanas após a saída do hospital, assim como 6 e 12 meses após. Foram utilizados os seguintes questionários:

1. **Escala de Blessed para demência** (*The Blessed Dementia Rating Scale* - or “Blessed”; Blessed, Tomlinson, & Roth, 1968) e o **Mini Exame do Estado Mental** (*Mini Mental Status Exam* - Folstein, Folstein, & McHugh, 1975). Avalia o nível de cognição e comprometimento funcional para os pacientes com DA.
2. **Inventário de agitação de Cohen-Mans** (*The Cohen-Mans. eldAgitation Inventory* (CMAI) -Cohen-Mans eld, Marx, & Rosenthal, 1989) Analisa o nível de agitação e inquietação dos pacientes com DA, como inquietação geral, perambulação, palavrões ou agressão verbal e outros comportamentos disruptivos, tais como frases repetitivas e perguntas, coisas ocultas ou entesouramento.
3. **Escala Hassle de cuidado** (*Escala Hassle Caregiving* - Cavanaugh & Kinney, 1998; Kinney & Stephens, 1989); Analisa o estresse do cuidador através do comportamento do idoso com DA.
4. **Escala de Depressão** - Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D) (Radloff, 1977). Utilizada para a avaliação da depressão do cuidador.
5. **Inventário de avaliação multinível** (*Multilevel Assessment Inventory*. MAI; Lawton, Moss, Fulcomer, & Kleban, 1982; Weinberger, Darnell, Martz, Hiner, Neill, & Tierney, 1986); Avalia a saúde física.

Para este estudo não houve resultados significativos no tratamento de cuidados agitação, estresse do cuidador, depressão e saúde física, e não houve diferenças significativas entre os grupos nas taxas de institucionalização dos idosos com DA. A esses resultados pode-se indagar a questão da evolução da doença para fases mais severas, o que acaba gerando um desgaste maior no cuidador. Para a variável estresse, houve a diminuição em ambos os grupos, que não chegaram a ser significativas. Isso pode ser explicado partindo-se do pressuposto de que o grupo que apenas recebeu ligações de enfermeiros, encontrou aí um maior apoio e isso auxiliou na baixa do estresse.

LOGSDON et al. (2010): Neste artigo foi analisada a influência de um protocolo de intervenção psicoterapêutica para idosos com DA no estágio leve da doença e seus cuidadores. As intervenções tinham em média noventa minutos e

eram realizadas uma vez por semana, sendo que o protocolo teve duração de nove semanas. Num primeiro momento da intervenção os idosos com DA, juntamente com seu cuidador, realizavam os procedimentos segundo a orientação do terapeuta. Num segundo momento, os cuidadores eram conduzidos a outra sala, onde uma intervenção era designada especialmente para eles, enquanto que o idoso com DA prosseguia a sua intervenção, agora sem a presença do cuidador. Os questionários utilizados são descritos a seguir:

1. **Qualidade primária da vida** (QOL-AD; Logsdon, Gibbons, McCurry, & Teri, 1999, 2002) A Qualidade de vida na doença de Alzheimer.
2. **Saúde de qualidade de vida** (The Medical Outcome Study short form . SF-36; Stewart, Hays, & Ware, 1988) Avalia a saúde em indivíduos de todas as idades.
3. **Escala de Depressão Geriátrica** (*Geriatric Depression Scale, referência*). Instrumento utilizado para quantificar os sintomas depressivos. (*Secundária outcomes. Mood. A Depressão Geriátrica Scale - GDS*; Sheikh & Yesavage, 1986).
4. **Comunicação e relações interpessoais** - Subescala de comunicação, expressão afetiva e envolvimento (Skinner, Steinhauer, & Santa-Barbara, 1983). Fornece uma avaliação do nível de conflitos interpessoais na relação sócio participante-cuidado.
5. **A Escala de Estresse Percebido** (PSS; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983). Avalia o estresse dos cuidadores.
6. Escala de Auto-Eficácia (Seeman, McAvay, Merrill, Albert, e Rodin, 1996). Avalia a auto eficácia do cuidado.
7. **Escala de problemas de comportamento** (The Revised Memory and Behavior Problem Checklist. RMBPC; Teri et al., 1992) Avaliação de problemas relacionados à memória de comportamento.

Foram observadas diferenças significativas na qualidade de vida dos participantes, depressão, e de comunicação da família. No entanto, para os grupos dos cuidadores isoladamente, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos. Quando realizada uma análise pré-pós entre os cuidadores do grupo de intervenção foram encontrados resultados significativos nas variáveis de

comunicação familiar, auto eficácia de cuidado, no papel emocional e no funcionamento social, ocorrendo também diminuição dos sintomas depressivos.

Tabela 1. Características dos estudos que examinaram os efeitos da intervenção não farmacológica nos sintomas de estresse em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer

Autor/Ano	Amostra	Tipo/Tempo de intervenção	Instrumento (estresse)	Resultados (estresse)
Ducharme et al. 2011	n= 62 grupo de intervenção n= 49 grupo controle	Psicoeducacional individual 7 semanas	<i>Coping Strategies</i>	Não houve resultados significativos
Wright et al. 2001	n= 68 grupo de intervenção n= 25 grupo controle	Intervenções de aconselhamento 12 semanas	<i>Escala Hassle Caregiving</i>	Não houve resultados significativos
Logsdon et al. 2010	n= 96 grupo de intervenção n= 46 grupo controle	Psicoterapia 9 semanas	<i>The Perceived Stress Scale</i>	Não houve resultados significativos

7. DISCUSSÃO

O presente estudo buscou, por meio de uma revisão sistemática, avaliar a influência de protocolos de intervenção para cuidadores de idosos com DA. Dentre os três artigos analisados, nenhum apresentou resultados significativos relacionados ao estresse de cuidadores, mas o pequeno número de artigos publicados em relação a esta temática impossibilitou uma discussão mais aprofundada, assim como uma possível comparação relativa entre os estudos e, conseqüentemente, um consenso em relação ao tema.

A falta de resultados significativos para a variável estresse, segundo Ducharme et al. (2011), pode ser entendida pela maneira a qual a mesma foi analisada, sendo que o questionário utilizado mede a variável que poderia ser entendida como atividades de lazer que fizessem com que o cuidador amenizasse o estresse. No entanto, para os autores, os entrevistados ainda não contemplavam tais atitudes, destacando a discussão realizada em relação ao “modelo teórico de transição”, proposto por Meleis et al. (2000) que explicam que estas transições estão associadas aos estágios de desenvolvimento de vida ou de situações específicas, como a passagem para novos papéis, incluindo o de cuidador familiar. E, neste estudo em específico, os autores observam que nove meses seria um tempo longo o suficiente para o conteúdo do programa, bem como para responder ao período de transição de papel. No entanto, talvez a variabilidade do tempo para tal período de transição de papel ocasione a dificuldade de observação de resultados benéficos nos níveis de estresse.

No estudo de Wright et al. (2001) não foram encontrados resultados significativos para nenhuma das variáveis analisadas. Segundo Logsdon et al. (2010), intervenções não farmacológicas, como o protocolo desenvolvido em seu estudo, devem ser mais bem explorados e estudados. Os autores ressaltam que os benefícios devem ser definidos e medidos objetivamente, com o intuito de atingir uma melhor compreensão sobre tal população, para que se possam oferecer melhores intervenções a estas famílias.

Todos os estudos analisaram uma gama de variáveis através de questionários designados tanto aos idosos com DA como a seus cuidadores. Assim, parece que a aprendizagem de informações sobre a demência e suas implicações foi capaz de aumentar a confiança dos cuidadores em relação ao enfrentamento da

doença, assim como os conhecimentos específicos que os auxiliavam no cuidado do idoso com DA, apontado como resultados benéficos no estudo de Ducharme et al. (2011).

Não é raro o aparecimento de divergências entre os resultados encontrados nas pesquisas que envolvem os cuidadores, devido principalmente a diferentes metodologias empregadas ou a diferenças culturais existentes entre as populações estudadas em diferentes países (RANDI et al., 2005) e também devido a heterogeneidade desta população, visto que podem ser, em sua maioria, filhas e cônjuges de diferentes faixas etárias e também diferentes classes sociais, variáveis que podem influenciar nos níveis e gerenciamento do estresse.

Sobre a escassez de trabalhos relacionados, esta pode ser entendida pelo fato da especificidade da pesquisa, uma vez que, muitos artigos abordam variados tipos de demência concomitantemente. Outro fator é que a variável estresse nem sempre foi analisada em intervenções para cuidadores de idosos com DA e, muitas vezes, não eram desenvolvidas intervenções voltada a essa população.

Outro ponto a ser discutido são as particularidades de cada estudo que podem influenciar nos resultados e dificultam comparações, tanto positivamente quanto negativamente. O estágio da doença deve ser levado em consideração na estruturação de protocolos de intervenção, visto a especificidade da situação. Os tipos de intervenção também devem ser pensados no sentido de serem desenvolvidos em grupos ou individualmente, sendo que para algumas pessoas pode ser difícil expressar seus sentimentos ou se expor na presença de outras. Em relação aos protocolos, estes devem ser bem estruturados, para que os participantes mantenham a frequência e aderência aos mesmos, sem que se tornem desestimulantes ou, ainda, muito breves, a fim de se potencializar ao máximo os resultados.

Um aspecto positivo a ser discutido é a variedade de questionários utilizados em todos os protocolos. A quantidade de informação levantada possibilita um melhor entendimento do tema e vantagem para futuras pesquisas relacionadas, assim como a possibilidade de um cruzamento de informações que podem vir a gerar respostas a algumas inquietações referentes ao tema.

A dificuldade em caracterizar os tipos de intervenções se fez presente, sendo que, de acordo com cada autor, os protocolos apresentados dispunham de uma nomenclatura muitas vezes não definida. Na literatura, esse quadro já foi

levantado por Santos et al. (2011) que em sua revisão sistemática analisou a influência de intervenções de grupo para cuidadores de idosos com demência com relação a sobrecarga.

Através desta revisão pode-se verificar que em outros países, principalmente na América do Norte, como no caso dos artigos analisados, que foram realizados no Canadá e nos Estados Unidos, as intervenções voltadas a cuidadores de idosos com demências são comuns e a literatura se demonstra de forma extensa, apesar de que em muitos casos ainda é comum o cuidador exercer o seu papel com pouco ou nenhum apoio (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2010). No Brasil, os estudos que envolvem cuidadores de idosos com DA ainda são escassos (KARSCH, 2003), assim como intervenções específicas.

As intervenções para cuidadores tem surgido nos últimos 15 anos (DUNKIN; HANLEY, 1998), e foram se estabelecendo de determinadas formas onde se justificam uma vez que estes sofrem uma importante sobrecarga física e psíquica que, muitas vezes, levam a uma má qualidade de vida (SCHLZ et al., 2003), e que podem ser manifestadas através dos sintomas depressivos.

Segundo Jeckel (2006), a vida do cuidador de um familiar com demência torna-se um universo de constante estresse desde antes do diagnóstico, passando pela aceitação do mesmo e a condução do dia-a-dia pontilhado de situações inesperadas.

Segundo Kiecolt-Glaser (2003), a pessoa que se encontra sobre estresse constante (crônico) apresenta uma maior associação de efeitos deletérios, que acarretam o sistema imune através das vias neuroendócrinas e autônomas, sendo que a vulnerabilidade às doenças são aumentadas.

Em estudo realizado por Rainer et al.(2002), quando comparado a outros dois grupos de cuidadores de pessoas idosas com e sem necessidade de cuidados especiais, os cuidadores de idosos com DA mostraram maiores níveis de impacto sobre o ato de cuidar. A sobrecarga física e emocional, gerada pela responsabilidade de cuidar de idosos com DA, pode estar relacionada ao aparecimento dos distúrbios neuropsiquiátricos e das perdas das funções cognitivas, que levam o idoso acometido pela doença a apresentar diferentes distúrbios como tornar-se agressivo, apático, apresentar diminuição da libido, ou seja, formas distintas do que é aceito socialmente. O fato de o paciente estar apresentando quadros de esquecimento de memória recente, como o caso de alguma panela no

fogo, ou ainda de memória de longo prazo, como o não reconhecimento de um familiar próximo e querido, é um fator causador da sobrecarga.

Para Haley (1997) os problemas que incidem os cuidadores são fatores importantes e intimamente relacionados à DA e devem ser levados em consideração ao se pensar em estabelecer projetos que visem assistência a idosos com DA. A justificativa se baseia na fundamentação da DA ser uma patologia progressiva e que, com o decorrer do processo de evolução, gera necessidades de cuidados específicos e desgastantes, que recaem ao cuidador.

Para aqueles cuidadores que têm um auxílio social, ou seja, que se engajam em atividades na comunidade e participam de grupos de apoio, é observado que ocorre uma melhor adaptação em relação à função de cuidador com conseqüente menor presença de impacto decorrente de cuidados dispendidos com o idoso com DA, onde cuidadores que têm um suporte social, ou seja, que se engajam em atividades na comunidade e que participam de grupos de apoio adaptam-se melhor à função de cuidador apresentam um menor impacto (CRUZ, 2008).

Para idosos cuidadores de pacientes com DA, a ausência de suporte social também pode levar ao desenvolvimento de estresse, com conseqüentes alterações de humor (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2010).

Segundo Cruz (2008), cuidadores que têm um suporte social, ou seja, que se engajam em atividades na comunidade e que participam de grupos de apoio adaptam-se melhor à função de cuidador apresentam um menor impacto.

Segundo Cooper et al. (2007), os cuidadores de pacientes com demência devem praticar intervenção motora regularmente para a diminuição do nível de estresse do impacto subjetivo de sofrimento mental.

Vale lembrar que alguns estudos tem observado que intervenções não farmacológicas podem ser uma maneira eficaz para a diminuição da sobrecarga (CERQUEIRA E OLIVEIRA, 2002) como mostra o estudo de Sorensen (2008), onde as intervenções não farmacológicas despontaram como eficazes para o alívio da sobrecarga e depressão dos cuidadores, auxiliando no cuidar e na qualidade de vida das pessoas.

A atividade física, quando praticada maneira moderada e praticada com regularidade, melhora a capacidade da resposta imune (COSTA ROSA; VAISBERG, 2002). Isso se dá através da liberação de citocinas pró inflamatórias e hormônios (COSTA ROSA; BATISTA Jr., 2005)

No Brasil, referente à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Idosos (BRASIL, 1999), são levantados aspectos sobre a implementação e financiamento de medidas que satisfaçam as necessidades de cuidados em longo prazo das pessoas com DA. Percebe-se aí um interesse voltado a esta população e a iniciativa para tais políticas públicas.

Estendendo um pouco o olhar, Garrido e Almeida (1999) evidenciam que a sobrecarga do cuidador pode estar associada também à pouca disponibilidade de suporte tanto social quanto familiar, evidenciando a necessidade de políticas públicas relacionadas e a urgência com a qual devem ser estabelecidas, de acordo com o número crescente de idosos com DA.

Sobre intervenções que contemplem atividades físicas, Lautenschlager et al. (2004) afirma que idosos com DA são beneficiados com relação ao desempenho motor e cognitivo e quanto aos cuidadores, Cooper et al. (2007) afirmam que os cuidadores de pacientes com demência devem praticar atividades físicas regularmente a fim de diminuir os níveis de estresse do impacto subjetivo de sofrimento mental.

Com relação ao envolvimento do estado, nos três artigos analisados, não ficou clara a participação deste com relação às políticas públicas de apoio ao cuidador. Sabe-se que em alguns países já é possível encontrar centros de assistência a cuidadores, que além de auxiliar com questões voltadas à doença de Alzheimer, oferecem auxílio e suporte ao cuidador.

Segundo Karsch (2003) apesar de uma tendência a mudanças, no Brasil as políticas de proteção social ao idoso ainda se apresentam muito restritas na oferta de serviços e programas de Saúde Pública, como na amplitude da sua intervenção. Apesar do foco deste estudo não ter apresentado na forma de idosos cuidadores, sabe-se que na sua grande maioria, os cuidadores de idosos com DA são idosos e além de estarem se adaptando ao processo de envelhecimento sofrem a sobrecarga de cuidar de um ente querido que necessita de cuidados constantes, sendo esta tarefa desgastante, não só para o cuidador mas para toda a família que se encontra envolvida.

Nos Estados Unidos e na Europa sabe-se que há investimentos de políticas públicas voltados à construção e manutenção de redes de suporte a idosos e cuidadores (KARSCH, 2003). Segundo Lechner e Neal (1999), os cuidados

provenientes de redes informais de apoio compõem a mais importante fonte de suporte a idosos e, por isso mesmo, precisam ser estudados e amparados.

8. CONCLUSÃO

Com base na interpretação dos três estudos incluídos nesta revisão sistemática e nos dados obtidos não é possível afirmar que as intervenções não farmacológicas são efetivas para a redução do nível de estresse em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer.

Os estudos apontam para resultados significativos em outras variáveis estudadas, o que por si só, justifica a existência de tal procedimento. Foram encontradas diferenças significativas em variáveis que condicionam a qualidade de vida dos cuidadores como, confiança em lidar com situações de cuidado, planejamento do futuro do paciente e aumentaram seus conhecimentos referentes à disposição de serviços de auxílio.

Dentre os estudos analisados, não foram encontrados relatos sobre intervenções que se utilizassem de qualquer tipo de atividade física para os cuidadores. Isso impossibilitou a análise sobre possíveis tipos de intervenção relacionadas a protocolos de exercícios físicos para esta população, assim como, uma análise de possíveis resultados.

Com relação à participação do estado, na forma de políticas públicas de suporte ao cuidador, nos artigos analisados, não fica claro a real participação do estado, ficando clara a participação das universidades como provedoras das pesquisas.

A baixa quantidade de artigos relacionados limitou a pesquisa, impossibilitando maiores reflexões a cerca da temática, sendo um fator limitante deste estudo. Dentre os artigos avaliados inicialmente, poucos analisaram a variável estresse, limitando a pesquisa.

Sugere-se a implementação de intervenções voltadas a esta população a fim de se amenizar os devidos sintomas decorrentes do ato de cuidar de um idoso com doença de Alzheimer, assim como a intervenção direta do estado, na forma de políticas públicas que atentam tal população que tende a crescer, devido principalmente ao processo de envelhecimento da população.

9. REFERÊNCIAS

- ABREU, I. D.; BARROS, H. L.; FORLENZA, O. V. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. Revista de Psiquiatria Clínica, 32(3), 131-136. 2005.
- AGUERO-TORRES, H. et al. Dementia Is the Major Cause of Functional dependence in the Elderly: 3-Year Follow-up Data From a Population-Based Study. American Journal of Public Health. v. 88, n. 10. Out. 1998.
- ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. Relatório sobre a Doença de Alzheimer no mundo de 2009, Resumo Executivo em português. 2010.
- ANTUNES, H., K., M.; STELLA, S. G.; SANTOS, R.; F.; BUENO, O. F. A.; MELLO, M. T. Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 27, n. 4, p. 266-71. 2005.
- BAUER, M. Stress, glucocorticoids and ageing of the immune system. Stress, 8:69-83. 2005.
- Brasil Gabinete do Ministro de Estado da Saúde (BR). Portaria No 1.395 de 9 de dezembro de 1999: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 13 Dez 1999. Seção I, n.237-E, p.20-4.
- BUCKINHAM, J.; COWELL, A-M.; GILLIES, G.; HERBISON, A.; STEEL, J. The neuroendocrine system: anatomy, physiology and responses to stress. Ltd. JW&S, editor. Stress, stress hormones and the immune system, pp. 9-47. 1997.
- CALDEIRA, A. P. S.; RIBEIRO, R. C. H. M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. Arg. Ciênc. Saúde, abr-jun,11(2):X-X. 2004.
- CANONICI, A. P. Efeitos de um programa de intervenção motora nos distúrbios neuropsiquiátricos e nas atividades funcionais de pacientes com demência de alzheimer e em seus cuidadores. Rio Claro. 2009.
- CASSIS, S. V. A.; KARNAKIS, T.; QUADRANTE, A. C. R.; CURIATI, J. A. E.; MAGALDI, R. M. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. Rev Assoc Med Bras, 53(6): 497-501. 2007.
- CERQUEIRA, A. T. A. R.; OLIVEIRA, N. I. L. Programa de Apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicologia USP, 13(1), 133-150. 2002.
- COOPER, C.; BALAMURALI, T.B.; SELWOOD, A.; LIVINGSTON, G.A. A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry. v. 27, n. 22, p. 181-188, 2007.
- COSTA ROSA L. F.; VAISBERG, M. W. Influência do exercício na resposta imune. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 8, p. 167-72, 2002.

COSTA ROSA, L. F. B. P.; BATISTA Jr, M. L. Efeito do treinamento físico como modulador positivo nas alterações no eixo neuroimunoendócrino em indivíduos com insuficiência cardíaca crônica: possível atuação do fator de necrose tumoral- α . Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 11, n. 4, 2005.

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

CUMMINGS, J.L. Cognitive and behavioral heterogeneity in Alzheimer's disease: seeking the neurobiological basis. Neurobiology of Aging. v. 21, p. 845-861, 2000.

CUMMINGS, J.L. The role of cholinergic agents in the management of behavioral disturbances in Alzheimer's disease. International Journal of Neuropsychopharmacology. v. 3, n. 2, p. 21-29, 2000.

DOURADO, M.; LAKS, J.; LEIBING, A.; ENGELHARDT, E. Consciência da doença na demência. Rev. Psiq. Clín. 33 (6); 313-321. 2006.

DUCHARME, F. C.; LÉVESQUE, L.; LACHANCE, L. M.; KERGOAT, M-J.; LEGAULT, A. J.; BEAUDET, L. M.; ZARIT, S. H. "Learning to Become a Family Caregiver" Efficacy of an Intervention Program for Caregivers Following Diagnosis of Dementia in a Relative. The Gerontologist, Vol. 51, No. 4, 484-494. 2011.

DUNKIN, J. J.; HANLEY, C. A. Dementia caregiver burden: A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. Neurology, 51(Supl. 1), 53- 60. 1998.

FALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: Uma reflexão sobre aspectos psicossociais. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 4, p. 777-786, out./dez. 2009.

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D.; NERY, M.R. Doença de Alzheimer. In: MACHADO, J. C. B. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002.p.260.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem, maio-junho; 12(3):549-56. 2004.

GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. Arquivos de Neuropsiquiatria, 57 (2- B): 427 – 434. 1999.

GLASER, R.; SHERIDAN, J.; MALARKEY, W. B.; MACCALLUM, R. C., KIECOLT-GLASER, J. K. Chronic Stress Modulates the Immune Response to a Pneumococcal Pneumonia Vaccine. Psychosomatic Medicine, 62:804-807. 2000.

GRAFSTROM, M.; FRATIGLIONI, L.; SANDMAN, P. O.; WINBLAD, B. Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly: A population study. Journal Clinical of Epidemiology, 45(8), 861-870. 1992.

HALEY, W. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. Neurology, 48(5), 25-29, 1997.

JECKEL, C. M. M. Aspectos psiconeuroimunológicos de idosos cuidadores de pacientes com demência. Porto Alegre. 2006.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):861-866, mai-jun. 2003.

KIECOLT-GLASER, J. K.; PREACHER, K. J.; MACCALLUM, R. C.; ATKINSON, C.; MALARKEY, W. B.; GLASER, R. Chronic stress and age-related increases in the pro inflammatory cytokine IL-6. 2003.

LAUTENSCHLASGER, N.T.; ALMEIDA, O.A.; FLICKER, L.; JANCA, A. Can physical LECHNER, V.; NEAL, M. The mix of public and private programs in the United States: Implications for employed caregivers. In: *Work and Caring for the Elderly: International Perspectives* (S. V. Lechner & M. Neal, org.), pp. 120-137, Philadelphia: Taylor & Francis. 1999.

LOGSDON, R.G., PIKE, K.C., MCCURRY, S.M., HUNTER, P., MAHER, J., SNYDER, L., TERI, L. Early-stage memory loss support groups: outcomes from a randomized controlled clinical trial. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65B(6), 691–697. 2010.

LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq. Neuropsiquiatr.* 002, 60:61-9. 2002.

LUPIEN, S. J.; GILLIN C.; HAUGER, R. L. Working memory is more sensitive than declarative memory to the acute effects of corticosteroids: A dose-response study. *Behav Neurosci.* 113:420–430. 1999.

LUZARDO, A.R., GORINI, M.I., SILVA, A.P. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(4): 587-94. 2006.

MESULAM, M.M. Aging, Alzheimer's Disease and Dementia. In: MESULAM, M.M. *Principales of behavioral and cognitive neurology*. 2 ed. New York: Oxford University, p. 439-522, 2000.

Ministério da Saúde (BR). Programa saúde do idoso. Dados estatísticos sobre os idosos. *Saúde em Movimento*. Brasília (DF); Ministério da Saúde; 2002.

MONTAÑO, M.B.M.M.; RAMOS, LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Revista de Saúde Publica*. 2005; 39 (6): p. 912-917.

MORRIS, J. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology*. v. 43, n. 11, p. 2412-4. 1993.

Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* (Suzana Montijo, trad.) Brasília, DF: Organização Pan Americana da Saúde. 2005.

PEDERSEN, W. A.; WAN, R.; MATTON, M. P. Impact of aging on stress-responsive neuroendocrine systems. *Mechanisms of Ageing and Development*, 122:963-983. 2001.

- PENDLEBURY, W. W.; SOLOMON, P. R. Alzheimer's disease. Clin Symp,48(3):2-32. 1996.
- PETRILLI, L. A. G. C. Orientação da família do doente de Alzheimer: pontos de consenso. Sobre Comportamento e Cognição, 3, 216-225. 1997.
- PINQUART, M.; SORENSEN, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. Psychology and Aging, v.18, n. 2, p. 250-67. 2003.
- PLATT, S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: evaluation of some rating scales. Psychological Medicine, 15: 383-393. 1985.
- PORTERO, A. I. P.; RUIZ, E. J. G. Burnout en cuidadores principales de pacientes com Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. Anales de Psicología, vol.14, n.1, p.83-93. 1998.
- RAINER, M.; JUNGWISTH, S.; KRUGER-RAIN, C.; CROY, A., GATTERIR, G.; HAUSSHOFER, M. Pflegende Angehörige von Demenzerkrankten: Belastungsfaktoren und deren Auswirkung. Psychiatrische Praxis, 29(3),142-147. 2002.
- RAMOS, L. R.; VERAS, P.; KALACHE A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev Saúde Pública, 21(3): 211-24. 1987.
- RANDI, S.J.; CHOW, T. W.; GATZ, M. Asian Americans and Alzheimer's disease: Assimilation, culture, and beliefs. Journal of Aging Studies, 20:11-25. 2005.
- SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Revista Brasileira de Fisioterapia, vol. 11, núm. 1, pp. 83-89. 2007.
- SANTOS, R. L.; SOUSA, M. F. B.; BRASIL, D.; DOURADO, M. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. Rev Psiq Clín,38(4):161-7. 2011.
- SCHLZ, R.; MENDELSON, A. B.; HALLEY, W. E., MAHONEY, D.; ALLEN, R. S.; ZHANG, S. End- f-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. N Engl J Med, 349:1936-42. 2003.
- SHAW WS, PATTERSON TL, SEMPLE SJ, HO S, IRWIN MR, HAUGER RL, GRANT I. Longitudinal analysis of multiple indicators of health decline among spousal caregivers. Annals of Behavioral Medicine,19:101-109. 1997.
- SJÖSTEN, N., KIVELÄ, S. The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry, v. 21, p. 410-8, 2006.
- SMELTZER, S. C.; ARE, B. G. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 10ª ed, Vol 1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 218p. 2005.
- SORENSEN, L. V.; WALDORFF, F. B.; WALDEMAR, G. Early counseling and support for patients with mild Alzheimer's disease and their caregivers: a qualitative study on outcome. Aging Ment Health, 12(4):444-50. 2008

TALARICO, J. N. S. Estresse, concentrações de cortisol e estratégias de coping no desempenho da memória de idosos saudáveis, com comprometimento cognitivo leve e doença de Alzheimer. São Paulo. 2009.

VILELA, L. P.; CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. Rev Assoc Med Bras, 52(3):148-52. 2006.

VOLICER, L.; STELLY, M.; MORRIS, J.; MCLAUGHLIN, J.; VOLICER, B. J. Effects of dronabinol on anorexia and disturbed behavior in patients with Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry, 12:913–919. 1997.

WRIGHT, L. K.; LITAKER, M.; LARAIA, M. T.; ANDRADE, S. Continuum of care for Alzheimer's disease: A nurse education and counseling program. Mental Health Nursing, 22:231–252. 2001.