



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

Evelise Saia Rodolpho Duarte

**Sintomas Comportamentais e Psicológicos na
Demência no Contexto da Longa Permanência:
Avaliação de Idosos e Intervenção para Cuidadores**

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

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

**Botucatu
2022**

Evelise Saia Rodolpho Duarte

Sintomas Comportamentais e Psicológicos na
Demência no Contexto da Longa Permanência:
Avaliação de Idosos e Intervenção para
Cuidadores

Tese apresentada à Faculdade
de Medicina, Universidade
Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, para obtenção do
título de Doutor em Fisiopatologia
em Clínica Médica

Orientador: Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto

Botucatu
2022

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

Duarte, Evelise Saia Rodolpho.

Sintomas comportamentais e psicológicos na demência no contexto da longa permanência : avaliação de idosos e intervenção para cuidadores / Evelise Saia Rodolpho Duarte. - Botucatu, 2022

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Alessandro Ferrari Jacinto
Capes: 40101002

1. Idosos. 2. Cuidadores. 3. Demência - Aspectos psicológicos. 4. Instituição de longa permanência para idosos. 5. Sintomas comportamentais.

Palavras-chave: Cuidadores; Demência; Idosos; Instituição de longa permanência para idosos.

Dedicatória

À minha família, aos professores com quem tive a oportunidade de aprender durante a minha formação, aos idosos institucionalizados e aos cuidadores que participaram da pesquisa.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Dr. Alessandro Ferrari Jacinto, pela imensurável contribuição para o meu crescimento enquanto pesquisadora desde os tempos da residência multiprofissional em saúde do adulto/idoso. Eternamente grata por todo apoio dado.

Agradeço aos meus pais que sempre me motivaram, oferecendo condições para alcançar meus objetivos.

Agradeço ao meu marido, Wagner, pelo encorajamento, compreensão e suporte constante em cada etapa deste trabalho.

Agradeço ao meu irmão, Raphael, pela prestação de auxílio tecnológico necessário na execução do trabalho.

Por fim, agradeço ao amigo Lucas Cantadori, ao Prof. Dr. Marcos Ferreira Minicucci e toda a equipe de professores e residentes do departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Botucatu pelo atendimento médico prestado direta ou indiretamente no ano de 2014, tornando possível a minha recuperação física e, conseqüentemente, minha realização profissional.

“Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente.”

B. F. Skinner, 1969.

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional está associado ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, como as demências. Devido ao aumento progressivo da necessidade de cuidados, idosos com demência apresentam maior risco de institucionalização. Os cuidadores de pacientes com demência são desafiados a controlarem os sintomas da doença sem o conhecimento adequado, deparando-se com tarefas múltiplas e desafiadoras e, como resultado, estão em maior risco de acometimento do bem-estar físico e mental. Controlar os sintomas comportamentais é relatado como sendo mais desgastante do que gerenciar o declínio cognitivo. Por este motivo, a avaliação dos sintomas comportamentais e psicológicos na demência faz-se importante. Neste contexto, a intervenção psicoeducacional contribui significativamente para a melhoria do bem-estar do cuidador. **Objetivos:** Investigar a prevalência de sintomas comportamentais e psicológicos na demência em idosos residentes em instituições de longa permanência; verificar a prevalência de sobrecarga, sintomas psiquiátricos, transtorno mental comum e avaliar a qualidade de vida dos cuidadores e os efeitos de uma intervenção psicoeducacional na saúde mental destes indivíduos. **Método:** Trata-se de um estudo realizado em instituições de longa permanência para idosos de Botucatu, São Paulo, com dois desenhos: 1) Observacional, analítico e transversal e 2) Experimental com grupo controle. Os participantes foram aleatorizados para receberem a intervenção psicoeducacional (grupo intervenção) ou receberem um folder informativo sobre demência (grupo controle). Os instrumentos utilizados foram: “Self Reporting Questionnaire” (SRQ-20), “Patient Health Questionnaire” (PHQ-2), “Zarit Burden Interview”, “Short-Form Health Survey” (SF-36) e “Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2” (DKAT-2) para os cuidadores e o miniexame do estado mental, índice de Katz, “Clinical Dementia Rating” (CDR) e “Neuropsychiatry Inventory-Questionnaire” (NPI-Q) para os idosos. **Resultados:** 54 cuidadores e 72 residentes foram avaliados. Dos 72 idosos institucionalizados, 52 (72,2%) eram mulheres, com média de idade de 82,3 ($\pm 8,14$) anos. A doença de Alzheimer foi o tipo de demência mais frequente, tanto nas instituições privadas (71,0%) quanto nas filantrópicas (48,15%). A maioria dos idosos (mais de 90,0%) apresentou alteração no miniexame do estado mental e 50,0% da amostra demência grave de acordo com o CDR. No NPI-Q, os sintomas comportamentais e psicológicos mais prevalentes foram: euforia e elação (74%) e agitação e agressividade (74%). Na amostra de cuidadores, 49 (90,7%) eram mulheres, com média de idade de 33,9 ($\pm 10,8$) anos, 40,7% solteiros, 55,6% de instituições privadas e 75,9% com carga de trabalho igual ou superior a 40 horas semanais. 33,3% dos cuidadores apresentaram rastreio positivo para transtorno mental comum, 16,7% para depressão e

36,1% para sobrecarga. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre sobrecarga em cuidadores nas ILPI filantrópicas ($p=0,003$), assim como uma associação estatisticamente significativa entre a sobrecarga em cuidadores e ter ou não transtorno mental comum ($p=0,001$). Após a intervenção psicoeducacional, 6 (42,8%) cuidadores do grupo intervenção apresentaram redução da sobrecarga. **Conclusão:** Identificou-se a presença de sintomas comportamentais e psicológicos em idosos com demência institucionalizados, bem como a presença de sobrecarga em seus cuidadores, em especial das instituições filantrópicas. A intervenção psicoeducacional produziu efeitos positivos na sobrecarga dos indivíduos do grupo intervenção.

Palavras-chave: Demência, Cuidadores, Idosos, Instituição de Longa Permanência para Idosos

Abstract

Introduction: Population aging is associated with an increase of chronic-degenerative diseases, such as dementia. Due to the progressive increase in the need for care, older people with dementia are at higher risk of institutionalization. Caregivers of patients with dementia are challenged to control the symptoms of the disease without adequate knowledge, faced with multiple and challenging tasks and, as a result, are at greater risk of impairing their physical and mental well-being. Controlling behavioral symptoms is reported to be more stressful than managing cognitive decline. For this reason, the assessment of behavioral and psychological symptoms in dementia is important. In this context, the psychoeducational intervention contributes significantly to the improvement of the caregiver's well-being. **Aims:** To investigate the prevalence of behavioral and psychological symptoms in dementia in elderly people residing in care homes; to verify the prevalence of burden, psychiatric symptoms, common mental disorder and quality of life in caregivers and to evaluate the effects of a psychoeducational intervention in mental health in caregivers. **Method:** This is a study carried out in care homes for the older people in Botucatu, São Paulo, with two designs: 1) Observational, analytical and cross-sectional and 2) Experimental with control group. Participants were randomized to receive the psychoeducational intervention (intervention group) or to receive an information folder about dementia (control group). The instruments used were: "Self Reporting Questionnaire" (SRQ-20), "Patient Health Questionnaire" (PHQ-2), "Zarit Burden Interview", "Short-Form Health Survey" (SF-36) and "Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2" (DKAT-2) for caregivers and the mini mental state examination, Katz index, "Clinical Dementia Rating" (CDR) and "Neuropsychiatry Inventory-Questionnaire" (NPI-Q) for the patients. **Results:** 54 caregivers and 72 residents were evaluated. Of the 72 institutionalized older people, 52 (72,2%) were female, with a mean age of 82,3 ($\pm 8,14$) years. Alzheimer's disease was the most frequent type of dementia, both in private (71,0%) and philanthropic (48,15%) institutions. Most patients (over 90,0%) presented alteration according to the mini mental state examination and 50,0% of the sample had severe dementia according to the CDR. Considering the NPI-Q, the most prevalent behavioral and psychological symptoms were: euphoria and elation (74%) and agitation and aggression (74%). In the sample of caregivers, 49 (90,7%) were female, with a mean age of 33,9 ($\pm 10,8$) years, 40,7% single, 55,6% were from private institutions and 75,9% with a workload of or greater than 40 hours per week. 33,3% had positive screening for common mental disorder, 16,7% for depression and 36,1% for burden. A statistically significant association was found between burden in caregivers in philanthropic care homes ($p=0,003$), as well as a statistically significant association between burden in caregivers and having or not common mental disorder ($p=0,001$). After the psychoeducational intervention, 6 (42,8%) caregivers in the intervention group showed a reduction of burden. **Conclusion:** The presence of behavioral and psychological

symptoms in patients was identified, as well as the presence of burden in their caregivers, especially in philanthropic institutions. The psychoeducational

intervention produced positive effects on the burden of individuals in the intervention group.

Keywords: Dementia, Caregivers, Older People, Long Term Care

Lista de Abreviaturas

SCPD – Sintomas Comportamentais e Psicológicos na Demência

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

SRQ-20 – Self Reporting Questionnaire-20

PHQ-2 – Patient Health Questionnaire-2

ZBI – Zarit Burden Interview

SF-36 – Short Form Health Survey-36

MMSE – Mini Mental State Examination

MEEM – Miniexame do Estado Mental

CDR – Clinical Dementia Rating

NPI-Q – Neuropsychiatric Inventory Questionnaire

CEP-FMB – Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu

REBEC – Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos

OR – Odds Ratio

WHO – World Health Organization

ADI – Alzheimer’s Disease International

ABN – Associação Brasileira de Neurologia

SUS – Sistema Único de Saúde

IPA – International Psychogeriatric Association

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

GI – Grupo Intervenção

GC – Grupo Controle

OMS – Organização Mundial da Saúde

DA – Doença de Alzheimer

DFT – Demência Frontotemporal

DV – Demência Vascular

CCL – Comprometimento Cognitivo Leve

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

AVD – Atividades de Vida Diária

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Lista de Figuras

Figura 1: Prevalência de SCPD por presença de sintoma nos idosos	29
Figura 2: Gráfico de calor das correlações de Spearman	31
Figura 3: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção no SRQ-20	47
Figura 4: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala ZBI	49
Figura 5: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Funcionamento Físico	53
Figura 6: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Aspectos Físicos	54
Figura 7: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Dor Corporal.....	55
Figura 8: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Saúde Geral	56
Figura 9: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Funcionamento Social	57
Figura 10: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Aspectos Emocionais	58
Figura 11: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Saúde Mental	59
Figura 12: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Vitalidade.....	60

Lista de Tabelas

Tabela 1: Características sociodemográficas dos idosos.....	26
Tabela 2: Estimativas do NPI-Q por domínio	29
Tabela 3: Coeficiente de correlação de Spearman (rho) e coeficiente de determinação (r^2)	30
Tabela 4: Coeficientes para todos os preditores significativos.....	32
Tabela 5: Características sociodemográficas dos cuidadores	33
Tabela 6: Prevalência local de TMC, TD e sobrecarga por tipo de ILPI.....	36
Tabela 7: Estimativas dos escores padronizados por domínio do SF-36.....	39
Tabela 8: Estimativas por grupo e instrumento (SRQ-20 e ZBI)	40
Tabela 9: Estimativas de Parâmetro para SRQ-20 e ZBI por tipo de ILPI.....	41
Tabela 10: Tabela de Classificações previstas pelo Modelo 1	42
Tabela 11: Modelo 1 - Variáveis preditoras de sobrecarga.....	43
Tabela 12: Tabela de Classificações previstas pelo Modelo 2.....	44
Tabela 13: Modelo 2 - Variáveis preditoras de sobrecarga em cuidadores.....	44
Tabela 14: Estimativas dos escores, índice de mudança confiável e o status obtido no SRQ-20	46
Tabela 15: Estimativas dos escores, índice de mudança confiável e o status obtido na escala ZBI	48
Tabela 16: Estimativas dos escores, índice de mudança confiável e o status obtido por domínio do SF-36	51
Tabela 17: Estimativas dos escores, índice de mudança confiável e o status obtido por domínio do SF-36	52

Sumário

1. INTRODUÇÃO	2
2. REVISÃO DE LITERATURA	4
2.1 Envelhecimento e demência.....	4
2.2 Instituições de Longa Permanência para Idosos	5
2.3 Cuidadores de pacientes com demência.....	6
2.4 Sintomas Comportamentais e Psicológicos na Demência.....	8
2.5 Intervenção psicoeducacional em cuidadores	9
3. OBJETIVO GERAL	12
3.1 Objetivos específicos (Idosos).....	12
3.2 Objetivos específicos (Cuidadores)	12
4. MÉTODOS	15
4.1 Características do estudo	15
4.2 Local	15
4.3 Cálculo Amostral.....	15
4.4 Sujeitos.....	15
4.4.1 Critérios de inclusão e exclusão (Idosos).....	16
4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão (Cuidadores)	16
4.5 Aleatorização	16
4.6 Aspectos éticos.....	16
4.7 Instrumentos (Idosos)	17
4.7.1 Miniexame do Estado Mental (MEEM)	17
4.7.2 Índice de Katz	17
4.7.3 <i>Clinical Dementia Rating</i> (CDR).....	18
4.7.4 <i>Neuropsychiatric Inventory Questionnaire</i> (NPI-Q)	18
4.8 Instrumentos (Cuidadores)	19
4.8.1 <i>Self Reporting Questionnaire - 20</i> (SRQ-20).....	19
4.8.2 <i>Patient Health Questionnaire - 2</i> (PHQ-2)	19
4.8.3 <i>Zarit Burden Interview</i> (ZBI)	19
4.8.4 <i>Short Form Health Survey - 36</i> (SF-36).....	20
4.8.5 <i>Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2</i> (DKAT-2).....	20
4.9 Intervenção	20
4.10 Análise Estatística Pré-Intervenção	22
4.10.1 Estatísticas descritivas	22
4.10.2 Estatísticas inferenciais.....	22
4.11 Análise Estatística Pós-Intervenção	24
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
Referências.....	65
APÊNDICE 1 – TCLE CUIDADORES.....	81

APÊNDICE 2 – TCLE IDOSOS	82
APÊNDICE 3 – PROTOCOLO DE PESQUISA SOBRE CUIDADORES	83
APÊNDICE 4 – PROTOCOLO DE PESQUISA SOBRE IDOSOS	91
APÊNDICE 5 – FOLDER INFORMATIVO SOBRE DEMÊNCIA.....	97
APÊNDICE 6 – LINKS INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL	99
APÊNDICE 7 – SLIDES INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL	100
APÊNDICE 8 – PROTOCOLO DE REGISTRO DE ANÁLISE FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO	117
ANEXO 1 – LISTA DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (2018)	119
ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EM UNIDADE EXTERNA	120

Introdução

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo começou a ser delineado no início de 2018 após conclusão da pesquisa de mestrado cujo objetivo foi investigar a saúde mental de cuidadores informais (familiares) de idosos com demência atendidos no ambulatório de geriatria do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP). A partir dos resultados nosso interesse voltou-se à população das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), ou seja, os idosos residentes com diagnóstico de demência e seus cuidadores formais – trabalhadores nestas instituições.

Sendo assim, o estudo propõe investigar a presença de sintomas comportamentais e psicológicos nos idosos com demência que se encontram institucionalizados, assim como a saúde mental (presença de sintomas depressivos, transtorno mental comum e sobrecarga) e a qualidade de vida dos cuidadores para então propor uma intervenção psicoeducacional, avaliando posteriormente os seus efeitos na saúde mental destes indivíduos.

Pesquisas referentes à saúde mental de cuidadores que trabalham em ILPI são escassas e a sobrecarga do cuidador é um fator que influencia diretamente no manejo do paciente com demência, impactando em sua saúde de modo geral, bem como na qualidade do cuidado. Assim, intervenções psicoeducacionais voltadas aos cuidadores tornam-se socialmente relevantes, considerando que os sintomas neuropsiquiátricos na demência causam intenso sofrimento em idosos e cuidadores (familiares e formais), aumentando o risco de o cuidador desenvolver quadros físicos e psiquiátricos.

Portanto, as hipóteses do presente estudo foram: (a) idosos com diagnóstico de demência residentes em ILPI demonstram alta frequência de sintomas neuropsiquiátricos; e (b) cuidadores expostos à intervenção psicoeducacional podem apresentar diminuição da sobrecarga, morbidade psicológica e melhora da qualidade de vida.

Revisão de Literatura

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento e demência

O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno mundial.¹ Nos próximos 30 anos espera-se que a proporção da população mundial com 60 ou mais anos passe de 12% para 22%, sendo que, em 2050, 80% dos idosos serão residentes de países em desenvolvimento, como o Brasil.² A população brasileira vem sofrendo nas últimas décadas um acelerado processo de transição demográfica com aumento significativo da proporção de idosos, o que gera uma série de demandas e desafios para pesquisadores e gestores dos sistemas de saúde.²⁻³

Alterações físicas, psicológicas e sociais são gradativas e naturais durante o processo de envelhecimento.⁴⁻⁵ Com o envelhecimento da população, observa-se o aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas, como as demências, que está associado à perda de funcionalidade nas atividades de vida diária e prejuízo no comportamento adaptativo.⁶ De acordo com estimativas atuais, mais de 55 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com demência, e esse número deve triplicar até 2050.⁷

Segundo a Academia Brasileira de Neurologia,⁸ a demência é uma síndrome caracterizada por alterações cognitivas e comportamentais que causam declínio funcional nas atividades de vida diária.⁷⁻⁸ O declínio na cognição deve envolver dois ou mais domínios cognitivos (memória, linguagem, função executiva, atenção, habilidades visuoespaciais, cálculo) e/ou alteração comportamental, representando uma queda de nível anterior de funcionamento e ser grave o suficiente para interferir com a funcionalidade diária e independência.⁸

Dentre as demências, a mais comum é a relacionada à doença de Alzheimer (DA) que se caracteriza por apresentar um curso insidioso.⁷⁻⁸ Na DA, inicialmente, na maioria dos casos, somente o domínio cognitivo “memória episódica” encontra-se comprometido e, com o avanço da doença, observam-se perdas em outros domínios, além de alterações comportamentais.⁹

Outras entidades nosológicas relacionadas a quadros demenciais são: demência vascular, demência com corpos de Lewy, demência frontotemporal e demência da doença de Parkinson.⁹⁻¹⁰ Existem ainda as demências denominadas potencialmente

reversíveis, sendo estas relacionadas a quadros depressivos graves, infecções do sistema nervoso central (sífilis, HIV), hipovitaminoses (vitamina B12, ácido fólico) e distúrbios metabólicos (hipo e hipertireoidismo).⁹⁻¹⁰

Em todos os casos de demência há perda da funcionalidade, o que gera dependência de cuidados, seja na residência onde o idoso vive ou em instituições de longa permanência.¹⁰

2.2 Instituições de Longa Permanência para Idosos

À medida que a população envelhece ocorre, conseqüentemente, o aumento da dependência e complexidade de cuidado, que podem acarretar à necessidade de cuidados prolongados em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) privadas, filantrópicas ou públicas.¹¹

Embora os brasileiros tenham acesso gratuito à assistência médica por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), os cuidados de longo prazo não possuem cobertura.¹¹ Com o aumento na demanda por cuidados prolongados, começaram a surgir instituições de longa permanência privadas para idosos, com fins lucrativos, as quais adotam terminologias diferentes, tais como: “casas de repouso” e “clínicas geriátricas”, enquanto os “asilos”, “lares” ou “associações” normalmente são instituições filantrópicas vinculadas à religiosidade.¹¹ As instituições filantrópicas podem ser de direito privado, porém sem ter fins lucrativos.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) designou o termo “Instituição de Longa Permanência” (ILP) correspondente ao termo “Long Term Care Institution”, substituindo assim as terminologias citadas anteriormente.¹²

Além das ILPI privadas e ILPI filantrópicas, existem as ILPI públicas que não são prática comum no Brasil, realidade divergente com outros países como Estados Unidos em que a institucionalização de idosos é frequente em instituições públicas, demandando grandes investimentos.¹³⁻¹⁴ Um estudo realizado no Rio de Janeiro a partir do levantamento das ILPI do município mostrou que apenas 3% são públicas.¹³⁻¹⁵ Existem ainda instituições filantrópicas mistas cujo financiamento parcial é proveniente do governo e/ou município, enquanto outra porcentagem é suprida pelos usuários, além de doações e lucros de trabalhos beneficentes. Para ser reconhecida como instituição filantrópica pelos órgãos públicos a entidade necessita comprovar ter desenvolvido, por no mínimo 3 anos, atividades em prol dos mais desprovidos, sem distribuir lucros e sem remunerar

seus dirigentes.¹³⁻¹⁵

No Brasil, muitos idosos que não possuem condições financeiras demandam benefícios assistenciais como o BPC (Benefício de Prestação Continuada) ou previdenciário. Conforme o Estatuto do Idoso,¹⁶ ao residir em uma instituição filantrópica integrante do SUAS (Sistema Único de Assistência Social), o idoso pode contribuir para o custeio da ILPI com até 70% de seu benefício previdenciário ou assistencial.

Devido ao progressivo aumento da dependência física e mental, bem como a necessidade de cuidados profissionais, idosos com demência apresentam risco de institucionalização de duas a dez vezes maior do que outros idosos.^{11,17-19} O conceito de dependência consiste na perda de autonomia física e/ou cognitiva, o que faz o idoso necessitar de ajuda significativa na realização de suas atividades de vida diária (AVD).¹⁷⁻
¹⁸ Sendo assim, quando há prejuízo funcional e em decorrência de condições sociais, o idoso pode acabar institucionalizado.¹⁹

As ILPI constituem a modalidade de moradia mais antiga e tradicional de atendimento ao idoso.¹⁹⁻²⁰ Contudo, por manter o idoso fora de seu convívio familiar e social, podem produzir resultados negativos como isolamento, inatividade física e mental, perda de autonomia e perda de identidade, acarretando piora da qualidade de vida.²⁰

Em algumas ocasiões, quando institucionalizado, o idoso precisa se adaptar às rotinas da ILPI o que culmina com a desconstrução de hábitos mantidos durante toda a vida e, em casos de pacientes com demência, essas mudanças podem acarretar alterações cognitivas e comportamentais.¹⁷⁻²⁰ Sendo assim, o cuidador trabalhador na ILPI possui um papel fundamental na manutenção da saúde e bem-estar do idoso como um todo.

2.3 Cuidadores de pacientes com demência

As demências representam um desafio não somente aos pacientes, como também aos cuidadores.²¹ Muitas vezes, o curso destas doenças é longo, demandando múltiplos cuidados por parte dos sistemas de saúde.⁸

Os cuidadores de idosos podem ser classificados como formais ou informais.²²⁻
²⁴ Os cuidadores formais são profissionais que recebem remuneração, contratados para auxiliar o idoso que apresenta limitações, com a finalidade de prestação de cuidados em domicílio ou em ILPI.²³⁻²⁴ Já os cuidadores informais são aqueles que não recebem

remuneração, sendo estes, na maioria das vezes, familiares ou amigos do idoso com diagnóstico de demência.²²⁻²⁴

Para melhoria do cuidado, torna-se importante instrumentalizar os cuidadores, capacitando-os para cuidar de idosos com condições neurodegenerativas, como as demências. Nesse sentido, o conceito de abordagem centrada na pessoa (cuja ideia surgiu inicialmente com o psicólogo americano Carl Rogers e posteriormente foi definido pelo médico Balint) diz respeito ao “cuidado que respeita e responde às preferências, necessidades e valores individuais do paciente”.²⁵ Tal abordagem propõe mudar o olhar dos profissionais da saúde e cuidadores até então voltado para a doença direcionando-o ao indivíduo que recebe o cuidado.²⁵⁻²⁷

Quando se trata do cuidado centrado na pessoa com diagnóstico de demência é importante reconhecer que, ao longo do adoecimento, com o comprometimento cognitivo, a individualidade do sujeito pode se esvanecer.²⁵ Por isso, para o idoso com este diagnóstico, a figura do cuidador é importante na preservação desta identidade, muitas vezes diluída nas instituições de longa permanência pelas regras e rotinas institucionais.

Estudos europeus,²⁵⁻²⁷ especialmente no Reino Unido, mostram que, com o envelhecimento, muitos indivíduos vivem anos com situações crônicas de saúde. Assim, o cuidado centrado na pessoa envolve educação sobre sua condição de saúde que acaba por modificar positivamente o relacionamento do paciente com o cuidador, além de reduzir os custos dos serviços de saúde.²⁵⁻²⁷

Cuidar de um paciente com demência exige preparo por parte dos cuidadores e, sendo o cuidado uma intervenção não-farmacológica, o cuidador necessita receber informações dos profissionais da saúde que acompanham o idoso e a abordagem deve se adaptar às necessidades do paciente.¹⁷⁻²³

Com o envelhecimento populacional, o número de idosos com demência que precisa de assistência para realização das atividades de vida diária e tarefas de autocuidado é suscetível a aumentar e, como consequência, o número de indivíduos que cuidam destes pacientes também.²⁸ Entretanto, os cuidadores de idosos com demência são muitas vezes desafiados a controlarem os sintomas da doença sem o conhecimento adequado,²⁹⁻³¹ deparando-se com tarefas múltiplas e desafiadoras, principalmente relacionadas ao auxílio na realização das atividades de autocuidado, além do manejo das

queixas cognitivas e comportamentais.²⁹⁻³² Como resultado, cuidadores estão em maior risco de acometimento do bem-estar físico e mental, resultando em sintomas de ansiedade, depressão, sobrecarga do cuidador, piora da qualidade de vida, além de quadros físicos.³³⁻³⁸

O grau de sobrecarga no cuidador vai depender de sua saúde emocional, física, social e não somente das manifestações do idoso com demência.³⁹⁻⁴¹ Todavia, cuidar de um paciente com demência está associado a uma variedade de consequências negativas para saúde mental dos cuidadores, em especial quando os idosos apresentam manifestações neuropsiquiátricas.³⁸⁻⁴²

2.4 Sintomas Comportamentais e Psicológicos na Demência

Na sintomatologia dos quadros demenciais podem ocorrer transtornos não-cognitivos, os Sintomas Comportamentais e Psicológicos na Demência (SCPD).⁴³⁻⁴⁴ Os SCPD resultam do processo demencial em si ou outros fatores como condições médicas e ambientais, contudo, na maioria das vezes, a fisiopatologia pode ser multifatorial e possivelmente contribuam fatores biológicos, psicológicos e sociais.⁴⁴⁻⁴⁵

Essa terminologia, de acordo com a IPA (*International Psychogeriatric Association*),⁴⁵ refere-se ao conjunto de sintomas e sinais relacionados a transtornos da percepção, do conteúdo do pensamento, do humor ou do comportamento que ocorrem com frequência em pacientes com demência. Os SCPD são agrupamentos de problemas clínicos divididos em cinco quadros: apatia, depressão, alterações do sono, agitação e psicose.^{44,45}

Com relação a presença dos SCPD nos diferentes tipos de demência, a maioria dos estudos nacionais foi realizada em pacientes com a DA nos quais algumas manifestações são mais facilmente observadas: depressão, apatia e delírios.⁴³⁻⁴⁵ Na demência frontotemporal é demonstrada associação entre maior comprometimento de áreas frontais direitas e maior intensidade de manifestações neuropsiquiátricas, já na demência com corpos de Lewy é comum a ocorrência de alucinações visuais.⁴³⁻⁴⁸

Estudos sugerem que controlar os sintomas comportamentais e psicológicos é mais desgastante para os cuidadores de idosos com demência do que gerenciar o declínio cognitivo, especialmente na demência de aparecimento precoce.⁴⁶⁻⁴⁸ Por esse motivo, a

avaliação dos sintomas comportamentais e psicológicos na demência torna-se importante.

Pacientes com demência apresentam comprometimento de memória e outras funções cognitivas, o que muitas vezes os impede, especialmente em fases mais avançadas, de efetuar um relato adequado de seu estado emocional e isso faz com que comportamentos observados por familiares ou cuidadores sejam mais facilmente relatados.⁴⁹ Os sintomas mais frequentes observados em estudos têm sido os psicóticos (alucinações e delírios), distúrbios do sono, depressão e agitação.⁵⁰⁻⁵²

O tratamento farmacológico dos SCPD deve ser indicado somente quando medidas não-farmacológicas forem ineficazes para o controle dos sintomas.⁴⁹ As intervenções não-farmacológicas nos SCPD compreendem a abordagem ao idoso, família e cuidadores.⁵⁰

Dentre as intervenções não-farmacológicas estão as psicoeducacionais. A Academia Brasileira de Neurologia recomenda programas educacionais e treinamento do cuidador de idosos com demências somados ao suporte psicológico.⁸

2.5 Intervenção psicoeducacional em cuidadores

O cuidador necessita ter conhecimento sobre demência a fim de sentir segurança para lidar com as diversas manifestações intrínsecas ao curso da doença. Assim, quando possui informações sobre a patologia, o cuidador pode construir uma convivência facilitada com o idoso e sentir-se mais seguro no manejo dos sintomas cognitivos e dos SCPD.⁴⁹

Neste contexto, a intervenção psicoeducacional contribui significativamente para a melhoria do bem-estar do cuidador, abarcando um componente educacional sobre diagnóstico, curso e progressão da doença buscando ampliar as competências para lidar com o idoso com demência, além do manejo com os SCPD a partir de estratégias cognitivo-comportamentais, comunicação com os idosos, cuidados gerais e busca de recursos sociais.⁴⁹⁻⁵³ A utilização da abordagem teórica baseada na análise funcional do comportamento tem por objetivo, no caso dos idosos com demência, o manejo de manifestações comportamentais.⁵⁴

O conhecimento sobre demência é de grande importância para o estabelecimento de medidas mais adequadas de suporte e apoio a essa população.⁵³⁻

⁵⁴ Assim, a intervenção psicoeducacional é uma abordagem não farmacológica capaz de minimizar a sobrecarga do cuidador e aumentar sua capacidade de resiliência ao passo que este consegue aumentar seus conhecimentos sobre a demência.⁵⁴

A psicoeducação é um conjunto de ações que envolve recursos e materiais pedagógicos estruturados, sendo a intervenção prioritariamente informativa mesmo com a presença de suporte emocional.⁵⁵⁻⁵⁶ Essa intervenção apresenta resultados significativos na redução da depressão em cuidadores, acarretando o aumento das habilidades relacionadas ao cuidar, além de melhora da qualidade de vida.⁴⁰

Sendo os SCPD os principais determinantes do sofrimento e aparecimento da sobrecarga no cuidador, é importante que os cuidadores conheçam essas manifestações.⁵⁷⁻⁵⁸ Portanto, considera-se indispensável a utilização de intervenções não-farmacológicas como adaptações ou modificações no ambiente, previsibilidade com o estabelecimento de rotinas para o idoso com demência e orientações aos cuidadores sobre a doença e os SCPD.⁴⁰⁻⁵⁶

Objetivo Geral

3. OBJETIVO GERAL

Investigar a prevalência de Sintomas Comportamentais e Psicológicos na Demência (SCPD) em idosos com diagnóstico de demência em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e avaliar os efeitos de um programa de intervenção psicoeducacional na saúde mental dos cuidadores.

3.1 Objetivos específicos (Idosos)

- Correlacionar os sintomas comportamentais e psicológicos na demência com a gravidade de demência e grau de dependência;

- Verificar as relações entre os escores das dimensões do Neuropsychiatric Inventory Questionnaire, os escores do Miniexame do Estado Mental, do Índice de Katz e da Clinical Dementia Rating Scale;

- Avaliar os escores das dimensões do Neuropsychiatric Inventory Questionnaire detalhando por sexo.

3.2 Objetivos específicos (Cuidadores)

- Verificar a prevalência de sobrecarga, sintomas psiquiátricos, transtorno mental comum e avaliar a qualidade de vida nos cuidadores;

- Investigar a associação entre a prevalência de sobrecarga nos cuidadores e tipo de ILPI;

- Investigar a associação entre a prevalência de sobrecarga em cuidadores e transtorno mental comum;

- Investigar em que medida os níveis de qualidade de vida, de transtorno de humor, de transtorno mental comum, de sintomas neuropsiquiátricos, do estado funcional e da avaliação clínica da demência impactam nos níveis de sobrecarga dos cuidadores;

- Investigar em que medidas a sobrecarga no cuidador pode ser adequadamente prevista pelos fatores: transtorno mental comum, transtorno de humor e qualidade de vida;

- Avaliar o conhecimento sobre demência nos cuidadores de idosos com diagnóstico de demência institucionalizados após a intervenção psicoeducacional.

Métodos

4. MÉTODOS

4.1 Características do estudo

Trata-se de um estudo realizado em instituições de longa permanência para idosos com dois desenhos: (a) Observacional, analítico e transversal e (b) Experimental com grupo controle. No presente estudo utilizou-se apenas duas definições para as ILPI's: privadas e filantrópicas, pois não existem instituições públicas no município de Botucatu.

4.2 Local

O estudo foi realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Botucatu – SP, cadastradas pela Vigilância Sanitária e Conselho Municipal do Idoso e cujos responsáveis autorizaram inserção no estudo após preenchimento de declaração (anexo). Foram incluídas as instituições existentes em Botucatu classificadas como ILPI conforme critérios estabelecidos e obtidos por meio de informações da Vigilância Sanitária do município. Das onze instituições cadastradas pelos órgãos municipais no início de 2018 (anexo), uma encerrou suas atividades logo após o início da coleta de dados e uma se recusou a participar da pesquisa, sendo assim, nove instituições participaram do estudo, sendo 2 filantrópicas e 7 privadas.

4.3 Cálculo Amostral

Para o cálculo amostral, utilizaram-se dados da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu e do IBGE, segundo os quais a população do município era de 139.400 em 2015, sendo 17.300 indivíduos com 60 anos ou mais (o equivalente a 12% da população). O cálculo da amostra foi realizado considerando uma prevalência de 78% de SCPD⁴⁴, com uma confiabilidade de 95% e margem de erro de 10%, resultando num tamanho amostral de 66 idosos. Com relação aos cuidadores, não foi realizado cálculo amostral considerando que, desde antes do início da coleta de dados, todos os cuidadores contratados nas instituições foram convidados a participar da pesquisa.

4.4 Sujeitos

O recrutamento dos participantes da pesquisa ocorreu durante visitas às instituições para apresentar o estudo e realizar a identificação dos idosos com diagnóstico de demência e seus cuidadores.

4.4.1 Critérios de inclusão e exclusão (Idosos)

Incluídos os residentes com 60 anos ou mais que possuíam diagnóstico prévio de demência (relatado pelo responsável em cada instituição e/ou identificados via anotações médicas e posteriormente confirmados na aplicação dos instrumentos). Foram excluídos idosos com diagnóstico de transtorno psiquiátrico (informação verificada previamente com os responsáveis pelas ILPI).

4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão (Cuidadores)

Foram convidados a participarem da pesquisa os cuidadores das ILPI com qualquer nível de escolaridade, com contrato de trabalho (não voluntários), que trabalhavam na instituição há pelo menos 3 meses e aceitaram participar do estudo após preenchimento de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Foram excluídos os cuidadores que não compreenderam as perguntas contidas nos protocolos ou que não aceitaram participar do estudo.

4.5 Aleatorização

Para a intervenção psicoeducacional aleatorizaram-se as ILPI e não os cuidadores, pois caso os sujeitos da mesma instituição fossem aleatorizados para grupos distintos avaliou-se que não seria possível manter o cegamento. Os grupos de cuidadores foram aleatorizados para receberem a intervenção psicoeducacional – 3 palestras + folder informativo sobre demência (grupo de intervenção - GI) ou receberem somente o folder informativo sobre demência (grupo controle - GC). A alocação dos grupos de sujeitos foi determinada por sequência aleatória (em blocos) gerada por computador considerando um delineamento inteiramente casualizado para dois tratamentos (intervenção e controle) através do procedimento PLAN do programa SAS for Windows, versão 9.4. Cinco grupos de sujeitos, ou seja, cinco ILPI's (quatro privadas e uma filantrópica) foram alocados para o GC, no total 23 sujeitos, funcionários das instituições, receberam o folder informativo sobre demência. Em contrapartida, quatro ILPI's (três privadas e uma filantrópica) foram alocadas para o GI, sendo que 31 cuidadores receberam a intervenção psicoeducacional (palestras + folder informativo sobre demência).

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (CEP-FMB) e aceito sob número de CAEE: 85676518.4.0000.5411.

Todos os cuidadores foram orientados sobre a pesquisa e preencheram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1 e 2). O consentimento dos idosos com diagnóstico de demência foi obtido do responsável pela instituição ou pelo cuidador presente no momento da avaliação do idoso.

Por ter sido realizada intervenção com os cuidadores, o estudo também foi submetido e registrado à plataforma “Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos” (ReBEC) e aprovado com número de registro RBR-7rqxy.

4.7 Instrumentos (Idosos)

O protocolo de coleta de dados dos idosos encontra-se nos apêndices.

4.7.1 Miniexame do Estado Mental (MEEM)

Utilizado para rastreio de comprometimento cognitivo, composto por questões agrupadas em 7 categorias, cada qual com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação temporal (5 pontos) e orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória de evocação (3 pontos), linguagem (8 pontos) e habilidade visuoespacial (1 ponto), podendo o escore variar de 0 a 30 pontos.⁵⁹⁻⁶⁰ Considerando que o desempenho no MEEM é influenciado pela escolaridade (em anos de estudo) tem-se os seguintes escores de corte: analfabetos (<18 pontos), 1 a 4 anos de estudo (<22 pontos), 5 a 8 anos de estudo (<24 pontos), 9 a 11 anos de estudo (<27 pontos) e 12 ou mais anos de estudo (<28 pontos).⁵⁹⁻⁶⁰ Quanto menor o escore, maior o comprometimento cognitivo. O comprometimento cognitivo afeta o comportamento adaptativo do idoso, reduzindo sua independência e autonomia.⁵⁹⁻⁶⁰ No presente estudo foram identificados os idosos com e sem alteração no instrumento a partir da escolaridade, portanto tais pontos de corte baseados na escolaridade definiram a presença de comprometimento cognitivo nos idosos avaliados.

4.7.2 Índice de Katz

Avalia a funcionalidade de idosos e doentes crônicos para as atividades de vida diária, demonstrando o grau de dependência.⁶¹ Sendo assim, avalia de forma breve a

capacidade funcional baseada nas evidências de independência em seis domínios de atividades de vida diárias (banhar-se, vestir-se, usar o sanitário, mobilizar-se, ser continente e comer sem ajuda) podendo ser preenchido pelo cuidador.⁶² A avaliação apresenta pontuação de 0 a 6 e classifica o idoso como independente quando a pontuação for de 5 a 6 pontos; parcialmente dependente quando pontuar de 3 a 4 ou totalmente dependente se a pontuação for de 0 a 2 pontos.⁶²⁻⁶³

4.7.3 *Clinical Dementia Rating (CDR)*

Desenvolvida com o objetivo de graduar a demência, especialmente na doença de Alzheimer, e pode ser utilizada como instrumento diagnóstico de classificação da gravidade da demência ou detecção de comprometimento cognitivo leve (CCL).⁶⁴ O protocolo avalia o desempenho cognitivo do idoso em 6 domínios: memória, orientação, julgamento/resolução de problemas, assuntos comunitários, lar e cuidados pessoais.⁶⁴ Na presente pesquisa foi utilizado o CDR-SOB (Sum Of Boxes) que propõe uma simplificação da pontuação através da soma de cada domínio.⁶⁴⁻⁶⁵ Cada domínio é avaliado em 5 níveis de comprometimento: 0 (nenhum), 0,5 (questionável), 1 (leve), 2 (moderado), 3 (grave).⁶⁵ O escore global pode variar de zero (ausência de demência) a 18 (demência grave).⁶⁵

4.7.4 *Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)*

Versão abreviada do NPI, uma escala utilizada para avaliar os Sintomas Comportamentais e Psicológicos na Demência (SCPD) a partir de informações baseadas nos cuidadores, sendo o instrumento mais utilizado em pesquisas clínicas.⁶⁶ Assim como o NPI, o NPI-Q busca avaliar doze domínios de sintomas neuropsiquiátricos (delírios, alucinações, agitação/agressão, disforia/depressão, ansiedade, euforia/elação, apatia/indiferença, desinibição, irritabilidade/labilidade, comportamentos motores aberrantes, distúrbios comportamentais noturnos e distúrbios do apetite/alimentação), sendo que cada domínio contém uma única questão.⁶⁶ Durante a avaliação dos domínios é solicitado ao cuidador que assinale sim ou não com relação a presença do sintoma, considerando o último mês. Quando o sintoma de determinado domínio não estiver presente, o cuidador deve marcar “não” e passar à próxima questão, caso contrário, estando presente o sintoma, o cuidador deve assinalar a gravidade desta manifestação numa escala Likert de 1 a 3 (1= ligeiro, 2 = moderado e 3 = grave/severo). O instrumento também avalia o desgaste que esses sintomas produzem no cuidador, sendo o grau mensurado pela escala Likert de 0 a 5 (0 = nada perturbador, 1 = mínimo, 2 = ligeiro, 3 = moderado, 4 = grave e 5 = extremo/muito grave). O escore total da gravidade dos sintomas

varia de 0 a 36 pontos (soma das pontuações individuais de cada item), enquanto o escore total de desgaste no cuidador varia de 0 a 60 pontos (representa a soma das pontuações em todos os itens).⁶⁶ O NPI-Q demonstrou adequada fidedignidade teste-reteste e validade convergente, com o NPI.⁶⁷ O NPI-Q foi respondido pelos cuidadores para cada um dos idosos assistidos por eles nas ILPI's.

4.8 Instrumentos (Cuidadores)

O protocolo de coleta de dados dos cuidadores encontra-se nos apêndices.

4.8.1 *Self Reporting Questionnaire - 20 (SRQ-20)*

Desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de ser um instrumento de rastreamento para transtornos mentais comuns (não-psicóticos) - TMC na atenção primária à saúde de países em desenvolvimento.⁶⁸ Possui 20 questões com respostas binárias e de fácil compreensão.⁶⁸ No estudo brasileiro de validação do instrumento o escore de ≥ 7 mostrou sensibilidade de 83% e especificidade de 80%, portanto, foi o escore utilizado no presente estudo.⁶⁸ Sendo assim, consideram-se os sujeitos com pontuação igual ou maior que o escore de corte, portadores de TMC.⁶⁸

4.8.2 *Patient Health Questionnaire - 2 (PHQ-2)*

É um questionário que identifica humor depressivo ou falta de prazer em realizar atividades.⁶⁹ Trata-se de 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.⁶⁹

4.8.3 *Zarit Burden Interview (ZBI)*

Instrumento composto por 22 itens que avaliam a sobrecarga em cuidadores associada ao cuidado de pacientes com incapacidades funcionais e comportamentais, sendo a mais utilizada para avaliar a sobrecarga em cuidadores de pacientes idosos com demência.⁷⁰⁻⁷¹ Cada item da escala é marcado de 0 a 4, esta pontuação indica ao cuidador entrevistado a frequência de cada item.⁷⁰⁻⁷¹ A pontuação total da escala é obtida adicionando todos os itens e pode variar de 0 a 88, ou seja, quanto maior o escore total, maior a sobrecarga. Se a pontuação for menor do 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, sobrecarga moderada a grave; e 61 pontos ou mais, sobrecarga/estresse grave.⁷⁰⁻⁷¹

4.8.4 Short Form Health Survey - 36 (SF-36)

Instrumento multidimensional de avaliação de qualidade de vida composto por 36 itens, englobados em 8 domínios: Funcionamento Físico, Aspectos Físicos, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Aspectos Emocionais e Saúde Mental.⁷² Possui um escore final de 0 a 100, sendo 0 referente a pior estado geral de saúde e 100 a melhor estado de saúde.⁷²

4.8.5 Dementia Knowledge Assessment Tool Version 2 (DKAT-2)

Instrumento que avalia o nível de conhecimento do cuidador sobre demência.⁷³ 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”.⁷³ As respostas equivalem ao valor de 1 se correto e 0 se incorreto, “não sei” corresponde a incorreto. Não possui nota de corte. Quanto maior a pontuação final, maior indicação de conhecimento sobre demência.⁷³ Tal instrumento foi utilizado apenas após a realização da intervenção.

4.9 Intervenção

A intervenção teve por objetivo fornecer educação sobre demência e treinamento sobre gerenciamento de comportamentos aos cuidadores de idosos com demência nas instituições participantes.

Após avaliação inicial dos cuidadores e idosos – realizada entre maio de 2018 e novembro de 2019 – os cuidadores das instituições aleatorizadas para o GC receberam um folder informativo sobre demência (Apêndice 5) e realizou-se a reaplicação dos questionários – entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020.

A partir de março de 2020, em decorrência da pandemia da COVID-19 e consequente proibição das visitas, os cuidadores das instituições randomizadas para receberem a intervenção psicoeducacional (GI) participaram dos 3 módulos da intervenção de maneira virtual através de links disponibilizados no YouTube (Apêndice 6), receberam os folders informativos sobre demência e protocolo de registro de comportamento para realização de análise funcional (Apêndice 8), o material foi entregue

na portaria das ILPI para que os responsáveis pelas instituições distribuíssem aos cuidadores. Contudo, a reaplicação dos questionários no GI após a intervenção psicoeducacional só foi possível de ser realizada entre setembro e novembro de 2021 considerando que, por orientação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e da Vigilância Sanitária, as ILPI ainda não estavam recebendo visitas. Portanto, os cuidadores do GI foram orientados por telefone a assistirem as palestras gravadas e os protocolos de pesquisa pós-intervenção foram entregues novamente na portaria das instituições para que os responsáveis pelas ILPI distribuíssem aos participantes, recolhendo o material após seu preenchimento. Cada cuidador recebeu orientação via telefone para preenchimento do protocolo após afirmativa de participação na intervenção (assistindo as aulas gravadas). Os participantes devolveram o protocolo de pesquisa preenchido aos responsáveis pelas instituições que encaminharam à pesquisadora. O acesso à intervenção foi confirmado individualmente com cada cuidador via contato telefônico e através do número de acessos a cada módulo.

Os módulos da intervenção psicoeducacional tiveram os seguintes temas (Apêndice 7):

Módulo 1: Envelhecimento Humano e Educação sobre Demência

Neste módulo os cuidadores foram instrumentalizados sobre os aspectos biopsicossociais relacionados ao envelhecimento humano (processo influenciado pelo estilo de vida, hábitos alimentares, estimulação mental, presença ou ausência de medidas de cuidado à saúde)⁵ e sobre a demência em idosos.

Módulo 2: Sintomas Comportamentais e Psicológicos na Demência: Como Manejar?

Os cuidadores foram apresentados aos principais sintomas neuropsiquiátricos de pacientes com diagnóstico de demência e realizou-se breve explanação sobre realização de procedimento de análise funcional do comportamento dos pacientes idosos para manejo de comportamentos-problema. A análise funcional é um procedimento que permite identificar relações de dependência entre as ações de um indivíduo e as mudanças ambientais subsequentes.⁷⁴ Foi entregue aos cuidadores nas instituições protocolos para realização de análise funcional do comportamento dos idosos que eles selecionassem conforme julgassem necessário, além disso os cuidadores foram orientados a procurarem a pesquisadora caso apresentassem dúvidas sobre o

procedimento e após eleição dos comportamentos. Nesse sentido, a análise funcional do comportamento teve por objetivo identificar comportamentos disfuncionais dos idosos com demência no contexto da longa permanência visando auxiliar os cuidadores a planejar intervenções futuras, entretanto nenhum cuidador se manifestou quanto à realização do procedimento.

Módulo 3: Saúde Mental do Cuidador de Idosos

Neste último módulo foram abordados aspectos relacionados a saúde mental dos cuidadores (principais manifestações psiquiátricas que acometem os cuidadores e prevenção de agravos à saúde mental).

4.10 Análise Estatística Pré-Intervenção

4.10.1 Estatísticas descritivas

O conjunto de dados foi explorado a fim de encontrar a presença de inconsistências, dados ausentes e/ou discrepantes. Para caracterização dos indivíduos, a descrição dos dados foi dividida em duas amostras: cuidadores e idosos. Foi realizada a análise descritiva das variáveis sociodemográficas dos idosos e dos cuidadores. Em relação aos instrumentos (i.e escalas, baterias e/ou questionários) utilizados na coleta de dados, os dados foram descritos ao longo do texto ou sumarizados em tabelas.

4.10.2 Estatísticas inferenciais

Foi realizado o teste de qui-quadrado de independência (2x2) com o objetivo de investigar se havia associação significativa entre a prevalência de sobrecarga nos cuidadores (ter ou não ter sobrecarga) e tipo de ILPI (privada ou filantrópica) que o cuidador trabalha. Também foi investigado por meio do teste de qui-quadrado de independência (2x2) se havia associação entre a prevalência de sobrecarga em cuidadores (ter ou não ter sobrecarga) e o TMC (ter ou não ter).

A significância foi aferida por meio da estatística exata de Fisher.⁷⁵⁻⁷⁶ Foi realizado o teste de correlação de Spearman (*rho*) para verificar as relações entre os escores das dimensões da escala NPI-Q (gravidade, desgaste e total), os escores do MEEM, da escala Katz e da escala CDR. Foi escolhido o teste de correlação de Spearman por ser mais adequado para variáveis de nível ordinal ou dados classificados, sendo particularmente útil quando os dados não atendem aos critérios para correlação de

Pearson, tal como amostras menores.⁷⁵

Utilizou-se MANOVA para verificar como o tipo de ILPI está relacionada aos desfechos de sobrecarga e TMC nos cuidadores. Duas variáveis dependentes foram utilizadas: escores brutos da escala ZBI e escores brutos da escala SRQ-20. A variável independente foi o tipo de instituição (privada e filantrópica). O teste M de BOX foi utilizado para verificar o pressuposto de homogeneidade de covariância. A igualdade de variâncias foi aferida por meio do teste de Levene. O Traço de Pillai, por ser considerado mais robusto ao lidar com tamanho de amostra pequeno, valores de N desiguais, violação de suposições⁷⁶ foi o teste multivariado de significância utilizado para indicar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Para fins de aferição do tamanho de efeito foi utilizado eta parcial quadrado (η^2 = 0,01 indica um pequeno efeito; η^2 = 0,06 indica um efeito médio; η^2 = 0,14 indica um grande efeito). Foram realizados procedimentos de *bootstrapping* (1000 re-amostragens; IC: 95% BCa) para se obter maior confiabilidade dos resultados, corrigir desvios de normalidade da distribuição da amostra e diferenças entre os tamanhos dos grupos e, também, para apresentar um intervalo de confiança de 95% mais robusto para as diferenças entre as médias.⁷⁷

Foi realizada uma regressão linear múltipla (método *Forward*) com o objetivo de investigar em que medida os níveis de qualidade de vida (SF-36), de transtorno de humor (PHQ-2), de transtorno mental comum (SRQ-20), de sintomas neuropsiquiátricos (NPI-Q), do estado funcional (KATZ) e da avaliação clínica da demência (CDR) impactavam nos níveis de sobrecarga dos cuidadores (ZARIT). Foram verificados os seguintes pressupostos: independência entre os resíduos (Coeficiente de Durbin-Watson - entre 1,5 e 2,5), padronização dos resíduos pelo escore Z (até 5% da amostra com Resíduo padronizado acima de 2), distância de Cooks para avaliação da amostra, estatísticas de colinearidade (VIF – menor que 10).⁷⁵

Foi realizada uma regressão logística binária (método *Forward - Razão da Verossimilhança*) com o objetivo de investigar em que medidas a sobrecarga (ter ou não) poderia ser adequadamente prevista pelos fatores: transtorno mental comum (SRQ-20), transtorno de humor (PHQ-2) e qualidade de vida (SF-36) dos cuidadores. Foi calculada a Razão de Chance.⁷⁵ Foram realizados dois modelos de regressão de Poisson juntamente com uma função de ligação logarítmica com ajuste robusto para relacionar a variável dependente sobrecarga (ter ou não) às variáveis explicativas com objetivo de

investigar Razão de Prevalência.⁷⁸

4.11 Análise Estatística Pós-Intervenção

Os dados foram analisados a partir da utilização do Método JT (Jacobson & Truax) o qual permite verificar se a variação pré e pós intervenção pode ser considerada uma mudança confiável, não atribuída a um erro de medida.⁷⁹ Trata-se de um método de análise clínica utilizado em estudos de intervenção com o objetivo de verificar mudanças experimentais em treinamentos psicoeducativos.

Para as análises, considerou-se a significância estatística encontrada no pré-teste para o pós-teste no GI para o cálculo do IMC (Índice de Mudança Confiável). Para calcular o erro padrão da diferença, considerou-se o desvio-padrão e o índice de confiabilidade do instrumento de medida (alfa de Conbrach) de estudos anteriores realizados em amostra representativa da população com cada um dos instrumentos utilizados na avaliação dos cuidadores, exceto o PHQ-2, pois por ser um instrumento com apenas 2 itens não foram encontrados na literatura dados suficientes e consistentes para realizar a análise com o método proposto.⁸⁰⁻⁸²

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos de dispersão das diferenças entre pré e pós-intervenção (pós menos pré). Nos gráficos, os pontos sobre a diagonal indicam escores iguais nas avaliações pré e pós-intervenção (diferença zero); os pontos acima da diagonal representam oscilações favoráveis, em termos de melhora no ajustamento psicológico (pós>pré), e os pontos abaixo, oscilações desfavoráveis ou pioras nos indicadores de ajustamento (pós<pré).⁸³⁻⁸⁴ Os dados foram analisados por meio do PsicoInfo (www.servidores.ufscar.br/jtsystem/src/index.php#).

Resultados e Discussão

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira etapa da coleta de dados (avaliação), 54 cuidadores e 72 residentes foram avaliados nas 9 ILPI participantes do estudo. Com relação a amostra de idosos, foram realizadas análises univariadas para cada variável. Nenhum dado ausente ou inconsistência foi encontrado. A amostra de idosos foi composta por 72 indivíduos sendo 72,22% (n = 52) do sexo feminino e 27,78% (n = 20) do sexo masculino, com idades entre 61 e 98 anos (média de idade da amostra = 82,33, DP = 8,14; Homens: média: 79,15 anos de idade, DP = 7,94; Mulheres: média: 83,56 anos de idade, DP = 7,96), sendo que mais da metade (62,5%) dos idosos são viúvos. Em relação a anos de estudo, os idosos com 4 a 7 anos de estudo representaram 34,72% e de 8 a 11 anos de estudos representaram 31,94% da amostra. Quando comparados, os homens, em média tiveram 7,55 anos de estudo enquanto as mulheres 6,19 anos. O tipo de demência mais frequente entre os idosos foi a doença de Alzheimer (62,5%), sendo esta a mais presente tanto em homens quanto em mulheres (50% e 67% respectivamente). A Doença de Alzheimer também foi a mais presente tanto nas ILPI's privadas quanto nas filantrópicas (71,1% e 48,1%).

A Tabela 1 sumariza os dados sociodemográficos dos idosos.

Tabela 1: Características sociodemográficas dos idosos

	Sexo	f (%)
Privada	Feminino	33 (45,8%)
	Masculino	12 (16,6%)
Filantrópica	Feminino	20 (36,1%)
	Masculino	7 (9,7%)
	Estado civil	f (%)
Privada	Casado	7 (9,7%)
	Solteiro	3 (4,1%)
	Divorciado	3 (4,1%)
	Viúvo	32 (44,4%)
Filantrópica	Casado	5 (6,9%)
	Solteiro	7 (9,7%)

	Divorciado	2 (2%)
	Viúvo	13 (18%)
Privada	Anos de estudo	f (%)
	< 4 anos	4 (5,5%)
	4 a 7 anos	11 (15,2%)
	8 a 11 anos	22 (30,5%)
	>11 anos	8 (11,1%)
Filantrópica	< 4 anos	11 (15,2%)
	4 a 7 anos	14 (19,4%)
	8 a 11 anos	1 (1,3%)
	>11 anos	1 (1,3%)
Privada	Tipo de demência	f (%)
	Doença de Alzheimer	32 (44,4%)
	Outras Demências	5 (6,9%)
	Demência Vascular	4 (5,5%)
	Demência da Doença de Parkinson	4 (5,5%)
Filantrópica	Doença de Alzheimer	13 (18%)
	Outras Demências	12 (16,6%)
	Demência Vascular	2 (2,7%)
	Demência da Doença de Parkinson	0

f=frequência

%=porcentagem relativa

Os resultados sobre o perfil sociodemográfico dos idosos corroboram dados de outros estudos realizados com a população idosa brasileira demonstrando que a expectativa de vida entre as mulheres é maior (por motivos genéticos, hormonais e ambientais), como consequência, vivendo mais, estão mais propensas a serem institucionalizadas.⁸⁵⁻⁸⁷ Além disso, verifica-se a presença da maior parte dos sujeitos solteiros e viúvos, sugerindo ser essa outra possível causa de institucionalização.⁸⁵⁻⁸⁸ Observou-se quanto a escolaridade da amostra que 34,7% dos idosos possuem entre 1 e 7 anos de estudo, dado semelhante a uma pesquisa realizada no Distrito Federal demonstrando que a maioria dos idosos possuía somente o ensino primário.⁸⁵ Dos idosos diagnosticados com demência uma porcentagem representativa da amostra (62,5%) foi identificada com a Demência da Doença de Alzheimer, resultado expressivo quando comparado a outros estudos em ILPI cuja prevalência da D. A. também é maior com relação às outras demências.^{85,88} Há limitações na confiabilidade dos dados sobre tipo de demência visto que essa

variável foi coletada com base em informações em registro de prontuários nas ILPI e não a partir da avaliação clínica direta de um especialista/geriatra.

O MEEM foi utilizado para avaliar a função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais. A média de pontos foi de 7,15 (DP = 6,15), sendo que a pontuação entre as mulheres foi de 6,77 (DP = 5,92) e entre os homens foi de 8,15 (DP = 8,15). Mais de 90% dos idosos pontuaram abaixo de 18 pontos (93%) – ponto de corte escolhido conforme a escolaridade –, sendo que três idosos foram classificados como não tendo comprometimento cognitivo avaliado por meio do MEEM. Alguns estudos caracterizaram o perfil cognitivo de idosos institucionalizados com utilização do MEEM e, de modo geral, os resultados demonstraram existir alta prevalência de sinais de declínio cognitivo entre os pacientes avaliados.⁸⁸⁻⁹⁰

A escala de KATZ foi utilizada para avaliar o estado funcional do idoso, sendo que 61% (n = 44) dos idosos apresentaram dependência importante e 36% (n = 26) apresentaram dependência parcial. A escala CDR foi utilizada para a avaliação clínica da demência nos idosos. A média de pontos foi de 14,44 (DP = 3,52), sendo que 50% da amostra apresentou indicativo de demência grave, 36% demência moderada e 13,8% demência leve. Entre as mulheres, 51,9% (n= 27) apresentou demência grave enquanto entre os homens, 45% (n= 9) apresentaram demência grave. Em um estudo realizado em ILPI no mesmo município que avaliou a cognição e funcionalidade de todos os idosos (não apenas os idosos que apresentavam diagnóstico de demência) demonstrou que 46,2% dos pacientes apresentavam algum grau de dependência (dependência importante ou dependência parcial) e, dentre os idosos com demência, de acordo com a CDR, 26,7% apresentaram demência grave, 33,3% moderada e 40% leve.⁹¹

O NPI-Q foi utilizado para a avaliação dos SCPD nos idosos. A prevalência de cada manifestação está ilustrada na Figura 1.

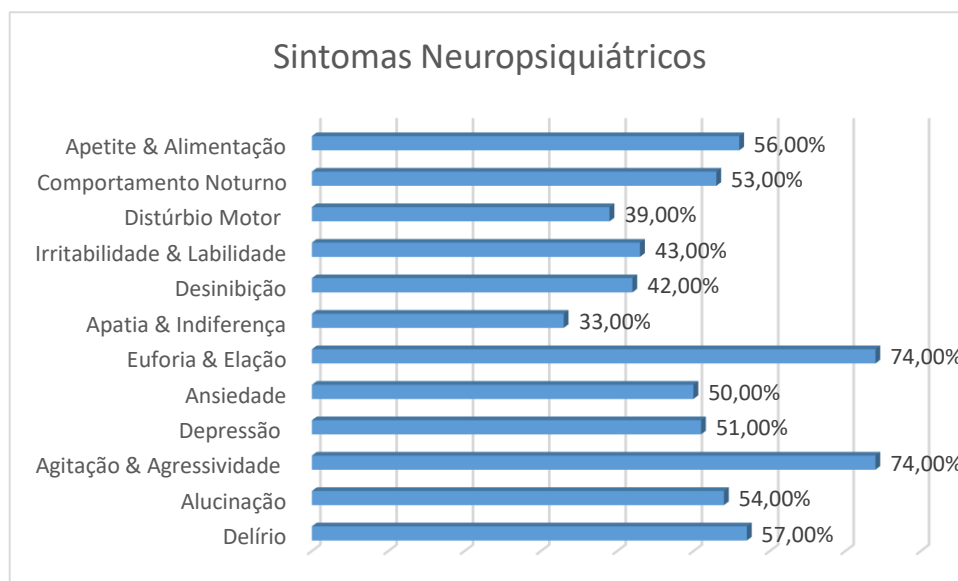


Figura 1: Prevalência de SPCD por presença de sintoma nos idosos

O NPI-Q foi dividido em duas dimensões: Gravidade e Desgaste. Para a dimensão Gravidade, a média do escore bruto foi de 14,46 (DP = 6,59), para a dimensão Desgaste, a média do escore bruto foi de 14,0 (DP = 10,13). O escore total, isto é, a soma das duas dimensões apresentou média 28,46 (DP = 16,04). O detalhamento das estimativas do NPI-Q pode ser visualizado na Tabela 2.

Tabela 2: Estimativas do NPI-Q por domínio

	NPI-Q Gravidade		NPI-Q Desgaste		NPI-Q Total	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Válidos	52	20	52	20	52	20
Omissos	0	0	0	0	0	0
Desvio Padrão	6,78	6,15	10,43	9,16	16,45	14,80
Mínimo	5,00	6,00	2,00	2,00	7,00	8,00
Máximo	30,00	31,00	45,00	44,00	68,00	75,00

De acordo com um estudo brasileiro, a prevalência dos SPCD varia conforme os métodos de avaliação.⁴⁴ Em alguns estudos a prevalência de SPCD em Instituições de Longa Permanência para Idosos foi de 86% e 75%.^{44,92-93} Outro estudo brasileiro avaliou manifestações neuropsiquiátricas mais comuns que levam idosos com demência a serem institucionalizados:

irritabilidade (100%), apatia (80%), agressão verbal (80%), ansiedade (74%), depressão (54%), agitação (47%), alucinação (40%), desinibição e delírio (34%).⁹⁴

A relação entre a avaliação dos sintomas neuropsiquiátricos (NPI-Q), rastreio da função cognitiva e de quadros demenciais (MEEM), o estado funcional (KATZ) e avaliação clínica da demência (CDR) dos idosos foi investigada usando o coeficiente de correlação de Spearman (ρ). Além disso, foi computado R² (coeficiente de determinação) como a porcentagem de variância comum às duas variáveis que apresentaram relação significativa. A Tabela 3 exibe as relações estabelecidas entre cada uma das variáveis.

Tabela 3: Coeficiente de correlação de Spearman (ρ) e coeficiente de determinação (r^2)

		Rho	p	r² (%)
Escore NPI gravidade	- Escore NPI desgaste	0,87 ***	< ,001	75,6
Escore NPI gravidade	- Escore NPI Total	0,96 ***	< ,001	92,1
Escore NPI gravidade	- Escore MEEM	0,01	0,94	
Escore NPI gravidade	- Escore KATZ	0,10	0,40	
Escore NPI gravidade	- Escore CDR	-0,11	0,37	
Escore NPI desgaste	- NPITotal	0,97 ***	< ,001	94,0
Escore NPI desgaste	- Escore MEEM	0,06	0,64	
Escore NPI desgaste	- Escore KATZ	0,14	0,25	
Escore NPI desgaste	- Escore CDR	-0,14	0,26	
Escore NPI Total	- Escore MEEM	0,04	0,75	
Escore NPI Total	- Escore KATZ	0,12	0,31	
Escore NPI Total	- Escore CDR	-0,12	0,31	
Escore MEEM	- Escore KATZ	0,69 ***	< ,001	47,6
Escore MEEM	- Escore CDR	-0,71 ***	< ,001	50,4
Escore KATZ	- Escore CDR	-0,86 ***	< ,001	73,9

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

É possível observar na Tabela 3 que houve correlação positiva e forte entre todas as dimensões do NPI-Q ($\rho = 0,97$ a $,87$, $n = 72$, $p < ,0001$).

Entretanto, a escala NPI-Q não se correlacionou significativamente com as outras variáveis com altos níveis de variância comum (94% a 75%). No estudo de validação do instrumento⁶⁶ também não houve correlação significativa do NPI-Q com os demais instrumentos utilizados. Houve uma correlação forte e positiva entre os escores do MEEM e da Katz ($\rho = 0,69$, $n = 72$, $p < ,001$), já a escala CDR correlacionou-se forte e negativamente com o MEEM ($\rho = -0,71$, $n = 72$, $p < ,001$) e com a escala Katz ($\rho = 0,86$, $n = 72$, $p < ,001$). O gráfico de calor (Figura 2) ilustra as relações entre as variáveis.

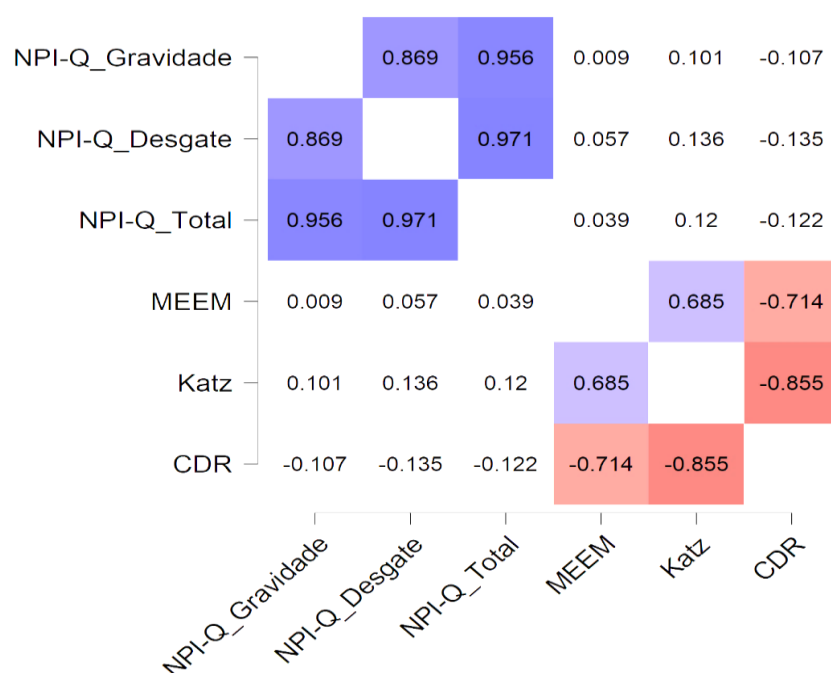


Figura 2: Gráfico de calor das correlações de Spearman

Análises preliminares foram realizadas para garantir que não houvesse violação dos pressupostos do teste. Os resultados demonstraram haver uma influência significativa das variáveis independentes nos níveis de sobrecarga dos cuidadores ($F(3, 50) = 30,70$, $p < 0,001$; $R^2_{ajustado} = 0,63$). A Tabela 4 apresenta os coeficientes para todos os preditores significativos.

Tabela 4: Coeficientes para todos os preditores significativos

Modelo		Não padronizado	Erro padrão	IC: 95% - Coeficiente Beta			Padronizado	t	p	R ²	R ² ajustado	Mudança R ²	Durbin-Watson	Estadística de colinearidade
				Inferior	Superior	VIF								
1	(Constante)	20,98	1,45	18,06	23,90		14,42	< ,001	0,00	0,00	0,00	1,14		
2	(Constante)	44,17	3,18	37,79	50,55		13,89	< ,001	0,53	0,52	0,53	1,33		
	Vitalidade	-0,35	0,05	-0,44	-0,26	-0,73	-7,69	< ,001					1,00	
3	(Constante)	48,67	3,27	42,09	55,24		14,86	< ,001	0,61	0,59	0,08	1,27		
	Energia	-0,24	0,05	-0,35	-0,14	-0,51	-4,50	< ,001					1,65	
	Dor Corporal	-0,17	0,05	-0,28	-0,06	-0,35	-3,12	< ,001					1,65	
4	(Constante)	39,68	4,84	29,96	49,39		8,20	< ,001	0,65	0,63	0,04	1,45		
	Vitalidade	-0,18	0,06	-0,29	-0,06	-0,36	-2,96	< ,001					2,15	
	Dor Corporal	-0,15	0,05	-0,25	-0,05	-0,32	-2,95	< ,001					1,68	
	SRQ-20	0,63	0,26	0,11	1,15	0,26	2,41	0,02					1,67	

Nota: As seguintes covariáveis foram consideradas, mas não incluídas no modelo final: PHQ-2, NPI Total, MEEM, Katz, CDR, Funcionamento Físico, Aspectos Físicos, Aspectos Emocionais, Saúde Mental, Funcionamento Social, Saúde Geral.

O modelo apresenta três variáveis estatisticamente significativas. Duas medidas de qualidade de vida mensuradas por meio da SF-36: Vitalidade (beta = -0,36; p < ,001) e Dor Corporal (beta = -0,32; p < ,001). A outra foi o escore da escala SRQ-20, utilizado para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos (beta = 0,26; p < ,001). Conforme pode ser visto (Tabela 4), a variável que mais fortemente impactou os níveis de sobrecarga foi a dimensão Vitalidade do SF-36, explicando 53% do desfecho (nível de sobrecarga). Dor Corporal e o escore da SRQ-20, por sua vez, estiveram relacionados com apenas 8% e 4% da variância de sobrecarga, respectivamente.

Dos 54 cuidadores avaliados, 49 (90,7%) eram do sexo feminino, com idades entre 18 e 60 anos e média de 33,9 (\pm 10,80) anos. 40,7% dos cuidadores declararam-se solteiros. Em relação aos anos de estudo, os cuidadores que declararam ter de 12 a 13 anos de estudo e de 8 a 11 anos de estudo representaram, igualmente, 42,6% da amostra, sendo que apenas 3,7% declararam ter quatro ou menos anos de estudo. Em sua maioria (72%), os cuidadores declararam ter apenas um emprego. 55,6% trabalhavam em ILPI privadas e 44,4% em ILPI filantrópicas, com carga horária de trabalho igual ou superior a 40 horas semanais (75,93%). 70,3% declararam receber de 1 a 2 salários-mínimos.

A seguir, a Tabela 5 exhibe as características sociodemográficas dos cuidadores.

Tabela 5: Características sociodemográficas dos cuidadores

	Sexo	f (%)
Privada	Feminino	31 (57%)
	Masculino	1 (1,8%)
Filantrópica	Feminino	20 (37%)
	Masculino	4 (7,4%)
	Estado civil	f (%)
Privada	Solteiro	10 (18,5%)
	Casado	10 (18,5%)
	Divorciado	9 (16,6%)
	Viúvo	0
Filantrópica	Solteiro	9 (16,6%)
	Casado	14 (25,9%)

	Divorciado	1 (1,8%)
	Viúvo	1 (1,8%)
	Anos de estudo	f (%)
Privada	< 4 anos	1 (1,8%)
	4 a 7 anos	2 (3,7%)
	8 a 11 anos	9 (16,6%)
	12 a 13 anos	15 (27,7%)
	> 13 anos	3 (5,5%)
Filantrópica	< 4 anos	1 (1,8%)
	4 a 7 anos	1 (1,8%)
	8 a 11 anos	14 (25,9%)
	12 a 13 anos	8 (14,8%)
	> 13 anos	0
	Renda	f (%)
Privada	1 a 2 SM	20 (37%)
	2 a 3 SM	4 (7,4%)
	≥ 4 SM	6 (11,1%)
Filantrópica	1 a 2 SM	18 (33,3%)
	2 a 3 SM	3 (5,5%)
	≥ 4 SM	3 (5,5%)
	Carga horária	f (%)
Privada	≤ 30 horas semanais	1 (1,8%)
	31 a 40 horas semanais	12 (22,2%)
	> 40 horas semanais	17 (31,4%)

Filantrópica	≤ 30 horas semanais	0
	31 a 40 horas semanais	0
	> 40 horas semanais	24 (44,4%)

f=frequência

%=porcentagem relativa

SM=Salário Mínimo

Em relação às características demográficas da amostra, considerando o sexo dos cuidadores, os dados corroboram achados de outros estudos⁹⁵⁻⁹⁶ que demonstraram ser a maior parte da amostra composta por mulheres, independentemente da modalidade de instituição (filantrópica ou privada). A construção social do papel de cuidar pode explicar a expressiva presença feminina observada entre os cuidadores na maioria dos estudos.⁹⁵⁻⁹⁶ Sendo assim, o perfil dos cuidadores de idosos trabalhadores nas ILPI's do município de Botucatu é representado de maneira consistente por mulheres, solteiras ou casadas, com nível de escolaridade que varia do ensino fundamental ao ensino técnico, remuneração mensal inferior a dois salários-mínimos e carga horária de trabalho semanal igual ou superior a 40 horas. Tais dados são semelhantes a um estudo que avaliou o perfil sociodemográfico de cuidadores no município de Belo Horizonte.⁹⁵ Quanto ao perfil das ILPI participantes do estudo 7 são privadas (com fins lucrativos) e 2 são filantrópicas mistas (em uma delas parte da verba é proveniente do município e 70% do benefício do usuário, enquanto a outra possui um convênio com o governo do estado, mas também demanda 70% do valor do salário ou benefício do idoso).

Quanto aos aspectos relacionados à saúde mental dos cuidadores, a Tabela 6 exhibe as estimativas de presença ou não de TMC, sintomas depressivos e sobrecarga em cuidadores para ambos os tipos de instituição participantes do estudo.

Tabela 6: Prevalência local de TMC, TD e sobrecarga por tipo de ILPI

Tipo de ILPI	SRQ-20 Categorizado	f	%	PHQ-2 Categorizado	f	%	ZBI Categorizado	f	%
Privada	≥ 7: Com TMC	6	20,0	≥ 3: com TD	2	6,6	Com sobrecarga	8	26,6
	< 7: Sem TMC	24	80,0	< 3: sem TD	28	93,3	Sem sobrecarga	22	73,3
	Total	30	100,0	Total	30	100,0	Total	30	100,0
	<hr/>								
Filantrópica	≥ 7: Com TMC	12	50,0	≥ 3: com TD	7	29,1	Com sobrecarga	18	75,0
	< 7: Sem TMC	12	50,0	< 3: sem TD	17	70,8	Sem sobrecarga	6	25,0
	Total	24	100,0	Total	24	100,0	Total	24	100,0
	<hr/>								

f=frequência

%=porcentagem relativa

SRQ-20=Self Reporting Questionnaire

PHQ-2=Patient Health Questionnaire

ZBI=Zarit Burden Interview

TMC=Transtorno Mental Comum

TD=Transtorno Depressivo

ILPI=Instituição de Longa Permanência para Idosos

O SRQ-20 foi utilizado para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos. O escore médio para o SRQ-20 em toda a amostra foi de 5,54 (\pm 4,4), sendo que 33,3% apresentaram indicativos de TMC. O ponto de corte foi analisado para toda a amostra e entre os cuidadores que trabalhavam em ILPI privada e filantrópica. Entre aqueles que trabalhavam em instituições privadas, 20% apresentaram indicativos de TMC. Por outro lado, entre aqueles que trabalhavam em instituições filantrópicas, metade (50%) apresentou indicativos de TMC. Até o momento inicial da pesquisa não existiam estudos na literatura que avaliassem o TMC nesta população, contudo, em um estudo⁹⁷ com cuidadores informais de idosos com demência observou-se uma prevalência de TMC de 62,2%, portanto, mais alta que a da população geral brasileira que, de acordo com estudos prévios, variou entre 20% e 56%.⁹⁸⁻⁹⁹

Utilizou-se também o PHQ-2, instrumento que rastreia a frequência de humor deprimido e anedonia nas últimas duas semanas. O escore médio em toda a amostra foi de 1,22 (\pm 1,55), sendo que 16,67% apresentaram indicativos de TD. Conforme a Tabela 2, entre os cuidadores provenientes de instituições privadas, dois deles (6,6%) apresentaram indicativos de TD. Entre aqueles que trabalhavam em instituições filantrópicas, sete (29,1%) apresentaram indicativos de TD. No estudo de validação a prevalência de TD foi de 18%.⁶⁹

Nesse sentido, o uso da escala ZBI teve por objetivo avaliar a sobrecarga nos cuidadores de idosos nas ILPI. O escore médio para a escala ZBI em toda a amostra foi de 20,98 (\pm 10,69), sendo que 36,11% apresentaram sobrecarga. Observa-se na Tabela 6 que entre os cuidadores provenientes de instituições privadas, oito (26,67%) apresentaram indicativos de sobrecarga. Por outro lado, entre aqueles que trabalhavam em instituições filantrópicas, 18 (75%) apresentaram indicativos de sobrecarga.

Já é sabido que cuidadores de idosos tendem a apresentar maiores taxas de depressão e problemas de saúde quando comparados a

pessoas que não são cuidadores, além da sobrecarga a que estão expostos.¹⁰⁰ Cuidar de pacientes com demência está associado a sobrecarga para os cuidadores.¹⁰⁰⁻¹⁰⁴ O grau de sobrecarga vivenciada pelos cuidadores depende de vários fatores, tais como a saúde psicológica ou emocional, morbidades físicas, vida social e renda, além dos sintomas neuropsiquiátricos do idoso que é cuidado.¹⁰⁵⁻¹⁰⁷

No presente estudo, no teste do Qui-quadrado foi encontrada uma associação significativa entre a prevalência de sobrecarga em cuidadores e o tipo de ILPI que o cuidador trabalha – privada ou filantrópica ($\chi^2(1) = 9,495, p = 0,003$). Também foi encontrada uma associação significativa entre a prevalência de sobrecarga nos cuidadores e ter ou não indicativos de TMC ($\chi^2(1) = 12,476, p = 0,001$). A partir deste dado faz-se importante considerar que o número de idosos assistidos por cuidador nas ILPI filantrópicas é maior, ou seja, um cuidador cuida de vários idosos. Nas ILPI privadas existe um número bem menor de idosos diagnosticados com demência sob a assistência dos cuidadores.

Para a avaliação da qualidade de vida dos cuidadores utilizou-se o SF-36. A Tabela 7 apresenta as medidas descritivas dos escores padronizados dos oito domínios do SF-36.

Tabela 7: Estimativas dos escores padronizados por domínio do SF-36

Estimativas	Funcionamento Físico	Aspectos Físicos	Aspectos Emocionais	Vitalidade	Saúde Mental	Funcionamento Social	Dor Corporal	Saúde Geral
Válidos	54	54	54	54	54	54	54	54
Omissos	0	0	0	0	0	0	0	0
Média	88,06	82,31	72,84	66,02	71,04	75,23	68,89	56,85
Mediana	95,00	100,00	100,00	70,00	76,00	81,25	70,00	60,00
Desvio Padrão	16,64	28,61	33,70	22,20	20,62	23,48	22,49	17,63
IQR	15,00	25,00	66,70	33,75	30,00	37,50	22,50	28,75
Assimetria	-2,24	-1,55	-0,84	-0,45	-0,55	-0,91	-0,91	-0,48
Curtose	6,35	1,36	-0,63	-0,63	-0,29	0,64	0,92	-0,37
Shapiro-Wilk	0,73	0,67	0,76	0,95	0,96	0,88	0,93	0,95
Shapiro-Wilk (p valor)	< ,001	< ,001	< ,001	0,03	0,04	< ,001	< ,001	0,04
Mínimo	15,00	0,00	0,00	15,00	16,00	0,00	0,00	10,00
Máximo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	85,00

Um estudo¹⁰⁸ demonstrou associação de sobrecarga do cuidador à qualidade de vida, de modo que a presença de um dos tipos de sobrecarga está relacionada à piora da qualidade de vida e a maior presença de distúrbios de comportamento e presença de sintomas depressivos. Outro fator que impacta na qualidade de vida do cuidador nas ILPI filantrópicas é a maior jornada de trabalho e o maior número de idosos para prestar cuidados.

Realizou-se uma Análise Multivariada de Variância (MANOVA) com o objetivo de investigar em que medida os níveis de transtornos mentais não-psicóticos medidos por meio da escala SRQ-20 e de sobrecarga medidos por meio da escala ZBI variavam para os dois tipos de ILPI (privada e filantrópica). A Tabela 8 apresenta as estatísticas descritivas dos grupos.

Tabela 8: Estimativas por grupo e instrumento (SRQ-20 e ZBI)

Tipo de ILPI		Média	Erro Desvio	f
Escore SRQ-20	Privada	3,70	3,466	30
	Filantrópica	7,17	4,833	24
	Total	5,24	4,442	54
Escore ZBI	Privada	15,97	8,830	30
	Filantrópica	27,25	9,552	24
	Total	20,98	10,690	54

O teste *M* de BOX acatou o pressuposto de homogeneidade de covariância (*M de BOX* = 5,317; $F(3, 689046,71) = 1,697, p = 0,165$). O teste de igualdade de variâncias do erro de Levene demonstrou o pressuposto de igualdade de variâncias (SRQ-20: $F(1,52) = 3,735; p = 0,06$; ZBI: $F(1,52) = 1,392; p = 0,243$). O teste de Shapiro-Wilk para normalidade multivariada demonstrou que os dados não seguem a tendência de normalidade ($W = 0,96; p = 0,10$). Portanto, não foram notadas violações

expressivas dos pressupostos, apenas da normalidade que foi corrigida por meio da técnica da *bootstrap*.

Isto posto, os resultados da MANOVA demonstraram que houve efeito principal do tipo de ILPI ($F(2,51) = 10,163, p \leq 0,001$; Rastreio de Pillai = 0,85; $h^2 = 0,28$) em ambas as escalas. Quando consideradas separadamente, na escala ZBI, cuidadores de ILPI filantrópicas tiveram escores estatisticamente maiores ($M = 27,25$) do que cuidadores de ILPI privada ($M = 15,97$) ($F(1, 1697515) = 20,248; p = 0,000$). O tamanho de efeito da diferença foi grande ($h^2 = 0,28$).

Em relação aos escores da escala SRQ-20, os resultados da MANOVA demonstraram que os cuidadores de ILPI filantrópicas tiveram escores estatisticamente maiores na escala SRQ-20 ($M = 7,17$) do que cuidadores de ILPI privada ($M = 3,70$) ($F(1, 160,237) = 9,408, p = 0,003$). O tamanho de efeito da diferença foi grande ($h^2 = 0,15$). Os resultados do teste de diferença nos níveis de sobrecarga e transtorno mental comum entre quem trabalha em ILPI privada e quem trabalha em ILPI filantrópica são apresentados na Tabela 9 com os respectivos intervalos de confiança via *bootstrap*.

Tabela 9: Estimativas de Parâmetro para SRQ-20 e ZBI por tipo de ILPI

Variável		Diferença a média (I-J)	Erro	t	Bootstrap ^b	BCa 95% de Intervalo de Confiança		Eta parcial quadrado
					Sig. (2 extremidades)	Limite inferior	Limite superior	
Escore SRQ-20	Privada	-3,467	1,130	-3,067	0,007	-5,684	-1,134	0,153
	Filantrópica	0 ^a						
Escore ZBI	Privada	-11,283	2,508	-4,500	0,001	-15,862	-6,301	0,280
	Filantrópica	0 ^a						

a. Este parâmetro é configurado para zero porque é redundante.

b. Os resultados da *bootstrap* são baseados em 1000 amostras bootstrap

A sobrecarga do cuidador de idosos é referida em praticamente todos os estudos realizados que investigam esta dimensão. Os cuidadores das ILPI – em especial as filantrópicas – referem falta de tempo para desempenhar as atividades às quais foram destinados, sendo que acabam por prestar cuidados a todos os idosos, ou seja, um cuidador trabalhador em ILPI não cuida especificamente de um idoso, mas sim presta cuidado a todos os residentes ou a um grupo.¹⁰⁸⁻¹⁰⁹ A sobrecarga, o aparecimento de sintomas físicos ou psíquicos e o impacto na qualidade de vida são características apresentadas por quem cuida de idosos com demência.¹⁰⁸⁻¹⁰⁹

Para a realização da regressão logística binária, a variável dependente foi apresentar ou não sobrecarga (ZBI – 0 e 1) e como independentes os escores das escalas SRQ-20 e PHQ-2, além da inclusão dos domínios do questionário SF-36. O modelo foi estatisticamente significativo [$\chi^2(2) = 28,529, p < 0,001$; Nagelkerke $R^2 = 0,547$], sendo capaz de prever adequadamente 81,5% dos casos (sendo 85,7% dos casos corretamente classificados para quem não teve indicativo de sobrecarga e 76,9% dos casos corretamente classificados para quem teve indicativo de sobrecarga, conforme Tabela 10).

Tabela 10: Tabela de Classificações previstas pelo Modelo 1

Valores Observados		Valores Preditos		
		Sem	Com	Classificações corretas (%)
Sobrecarga	Sem	24	4	85,7
	Com	6	20	76,9
Classificação correta (total)				81,5

Alguns estudos reportam que o cuidador com níveis mais baixos de qualidade de vida apresenta maior risco de desenvolver depressão e sobrecarga, principalmente quando o paciente que é cuidado é mais dependente.¹¹⁰⁻¹¹¹ No presente estudo, de todos os preditores, dois deles tiveram impacto estatisticamente significativo na sobrecarga –

Funcionamento Físico e Vitalidade. A Tabela 11 apresenta as estatísticas para o modelo final.

Tabela 11: Modelo 1 - Variáveis preditoras de sobrecarga

Modelo Final	B	Erro Padrão	Wald	GI	Sig.	Exp(B) (Razão de chance)	95% C.I. para Exp(B)	
							Inferior	Superior
FuncFísico ^b	-0,108	0,051	4,586	1	0,032	0,897	0,813	0,991
Vitalidade ^a	-0,050	0,025	4,165	1	0,041	0,951	0,906	0,998
Constante	13,161	4,416	8,884	1	0,003	519860,088		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Vitalidade

b. Variável(is) inserida(s) no passo 2: FuncFísico (Funcionamento Físico)

O Funcionamento Físico teve impacto estatisticamente significativo ($\exp(b) = 0,897$ [95% IC: 0,813 – 0,991]), demonstrando que a cada um ponto neste escore o cuidador tem 12% menos chance de apresentar sobrecarga. Por sua vez, o domínio Vitalidade também teve impacto estatisticamente significativo ($\exp(b) = 0,951$ [95% IC: 0,906 – 0,998]), demonstrando que a cada um ponto neste escore o cuidador tem 52% menos chance de apresentar sobrecarga (Ver Tabela 11).

Outro modelo foi elaborado no qual foi incluído variáveis que avaliaram os sintomas neuropsiquiátricos (NPI Total), função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais (MEEM), o estado funcional (KATZ) e avaliação clínica da demência (CDR) dos idosos que residiam nas ILPI em que os cuidadores trabalham. Para o modelo, foram selecionados de maneira randômica 27 idosos de ILPIs privadas e 27 idosos de ILPIs filantrópicas (N = 54), este procedimento foi realizado para: (a) ter o mesmo número de idosos de ambos os tipos de ILPI, (b) para ter a quantidade de idosos em relação aos cuidadores. O modelo foi estatisticamente significativo [$\chi^2(2) = 28,530$, $p < 0,001$; Nagelkerke $R^2 = 0,547$] (Tabela 12).

Tabela 12: Tabela de Classificações previstas pelo Modelo 2

Valores Observados		Valores Preditos		
		Sobrecarga		Classificações corretas (%)
		Sem	Com	
Sobrecarga	Sem	24	4	85,7
	Com	6	20	76,9
Classificação correta (total)				81,5

Novamente o modelo foi capaz de prever adequadamente 81,5% dos casos (sendo 85,7% dos casos corretamente classificados para quem não teve indicativo de sobrecarga e 76,9% dos casos corretamente classificados para quem teve indicativo de sobrecarga) (Tabela 12).

Os mesmos dois preditores do modelo anterior tiveram impacto estatisticamente significativo na sobrecarga – Funcionamento Físico e Vitalidade. A Tabela 13 apresenta as estatísticas para o modelo.

Tabela 13: Modelo 2 - Variáveis preditoras de sobrecarga em cuidadores

Modelo Final	B	E.P.	Wald	GI	Sig.	Exp(B) (Razão de chance)	95% C.I. para Exp(B)	
							Inferior	Superior
FuncFísico ^b	-0,108	0,051	4,586	1	0,032	0,897	0,813	0,991
Vitalidade ^a	-0,050	0,025	4,165	1	0,041	0,951	0,906	0,998
Constante	13,161	4,416	8,884	1	0,003	519860,088		

a. Variável(is) inserida(s) no passo 1: Vitalidade

b. Variável(is) inserida(s) no passo 2: FuncFísico (Funcionamento Físico)

O Funcionamento Físico teve impacto estatisticamente significativo ($\exp(b) = 0,897$ [95% IC: 0,813 – 0,991]), demonstrando que um ponto no escore de Funcionamento Físico aumenta em 0,89 vezes as chances de o sujeito não apresentar sobrecarga. Por sua vez, o domínio Vitalidade também teve impacto estatisticamente significativo ($\exp(b) = 0,951$ [95% IC: 0,906 – 0,998]), demonstrando que um ponto no escore de Vitalidade aumenta em 0,95 vezes as chances de o sujeito não apresentar sobrecarga (Tabela 13).

Para investigar a razão de prevalência foi elaborado um modelo linear generalizado com distribuição de Poisson e ligação logarítmica com estimação robusta. A variável dependente selecionada foi apresentar ou não sobrecarga (ZBI – 0 e 1) e como independentes os escores das escalas SRQ-20 e PHQ-2, e os domínios do questionário SF-36. O modelo não foi estatisticamente significativo [$\chi^2(10) = 12,745, p < 0,238$], não sendo capaz de prever adequadamente a razão de prevalência de sobrecarga. Da mesma maneira que foi realizada anteriormente a regressão logística, um outro modelo foi elaborado no qual foi incluído variáveis que avaliaram os sintomas neuropsiquiátricos (NPI Total), rastreio da função cognitiva e de quadros demenciais (MEEM), o estado funcional (KATZ) e avaliação clínica da demência (CDR) dos idosos que residiam nas ILPI em que os cuidadores trabalham. Este modelo também não foi estatisticamente significativo [$\chi^2(14) = 15,586, p < 0,339$], também não sendo capaz de prever adequadamente a razão de prevalência de sobrecarga. Diante desses achados é importante considerar que a percepção de sobrecarga no cuidador pode ser influenciada por outros fatores além das variáveis investigadas. Tal resultado também pode ter sido impactado pelo tamanho reduzido da amostra de cuidadores.

Os dados a partir de agora referem-se aos resultados pós-intervenção realizada com os cuidadores do GI. Para essas análises, conforme descrito na metodologia, foi utilizado o método Jacobson-Truax para se obter um olhar individualizado e detalhado do resultado de cada sujeito por se tratar de uma amostra pequena, considerando que, nas análises convencionais, não foram observadas mudanças significativas e por ser um método bastante utilizado para avaliar intervenções psicoeducacionais.

O método JT articula a análise da significância clínica com a verificação da confiabilidade de mudanças obtidas, propondo uma análise comparativa entre escores pré e pós-intervenção para medir as diferenças entre os sujeitos, identificando mudanças confiáveis e relevantes.¹¹²

A avaliação pós-intervenção considerou apenas os sujeitos que participaram da avaliação inicial, entretanto ocorreram perdas de seguimento devido à alta rotatividade de funcionários das ILPI, principalmente nas privadas. A maior parte das ILPI trabalha com uma equipe mínima de enfermagem e apesar da oferta de mão-de-obra, poucos são qualificados para cuidar de idosos, aspecto este que influi na rotatividade dos membros da equipe e acaba por dificultar a viabilização do cuidado centrado na pessoa.¹¹³⁻¹¹⁴

O SRQ-20 foi utilizado para rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos. O escore médio para o SRQ-20 antes da intervenção foi de 7,07 (DP = 4,04) e pós-intervenção foi de 5,71 (DP = 4,28). A Tabela 14 apresenta os escores, o índice de mudança confiável e o status obtido.

Tabela 14: Estimativas dos escores, índice de mudança confiável e o status obtido no SRQ-20

Participante	Pré	Pós	IMC	Status
1	5	0	1,843	AM
2	5	2	1,106	AM
3	6	10	-1,474	AM
4	10	10	0,000	AM
5	10	3	2,580	MPC
6	12	6	2,211	MPC
7	2	5	-1,106	AM
8	11	10	0,369	AM
9	16	14	0,737	AM
10	2	1	0,369	AM
11	4	2	0,737	AM
12	3	11	-2,949	MNC
13	8	3	1,843	AM
14	5	3	0,737	AM

IMC: Índice de Mudança Confiável; MPC: Mudança Positiva Confiável;

MNC: Mudança Negativa Confiável; AM: Ausência de Mudança.

Os participantes 5, 6, apresentam melhora que pode ser atribuída à intervenção. O participante 12 apresenta piora e com relação aos participantes 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção (ausência de mudança). A representação gráfica é exibida na Figura 3.

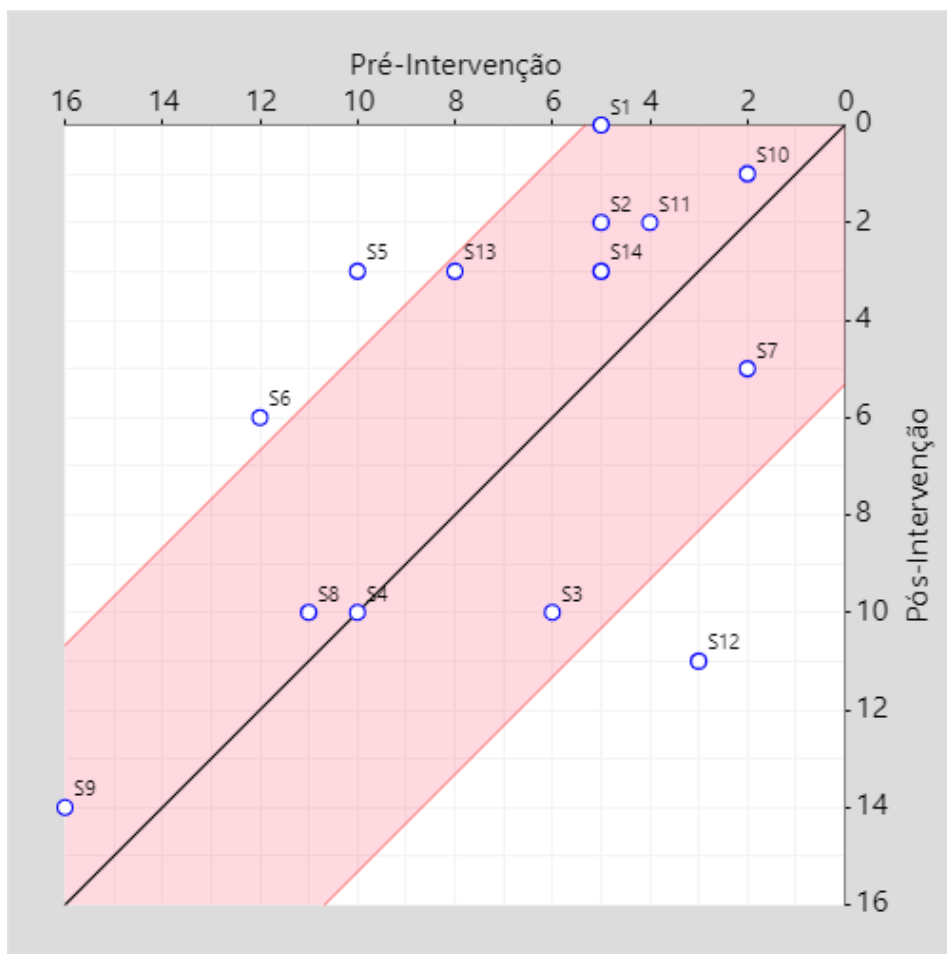


Figura 3: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção no SRQ-20

Na Figura 3, os pontos S5, S6, estão acima do traçado da diagonal superior: Os sujeitos representados por esses pontos apresentam melhora que pode ser atribuída à intervenção. O ponto S12 está abaixo do traçado da diagonal superior: O sujeito representado por esse ponto apresenta piora que pode ser atribuída à intervenção. Os pontos S1, S2, S3, S4, S7, S8, S9, S10, S11, S13, S14, estão localizados entre as linhas

superior e inferior à bissetriz: Para os sujeitos representados por esses pontos, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção. Em um estudo randomizado com foco na informação e apoio que utilizou basicamente os mesmos instrumentos da presente pesquisa e foi realizada em três etapas (avaliação, psicoeducação e treinamento para lidar com problemas comportamentais) não foram observadas diferenças entre os grupos com relação aos resultados da SRQ-20, entretanto houve diferença significativa na sobrecarga do cuidador.¹¹⁵

No presente estudo, o uso da escala ZBI teve por objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos. O escore médio da escala ZBI antes da intervenção foi de 26,85 (DP = 8,45) e pós-intervenção foi de 20,92 (DP = 6,01). A Tabela 15 apresenta os escores e status dos sujeitos.

Tabela 15: Estimativas dos escores, índice de mudança confiável e o status obtido na escala ZBI

Participante	Pré	Pós	IMC	Status
1	15	9	1,291	AM
2	17	17	0,000	AM
3	19	24	-1,076	AM
4	31	17	3,013	MPC
5	34	24	2,152	MPC
6	26	15	2,368	MPC
7	26	23	0,646	AM
8	39	24	3,229	MPC
9	42	23	4,090	MPC
10	23	30	-1,507	AM
11	39	18	4,520	MPC
12	19	33	-3,013	MNC
13	22	16	1,291	AM
14	24	20	0,861	AM

IMC: Índice de Mudança Confiável; MPC: Mudança Positiva Confiável; MNC: Mudança Negativa Confiável; AM: Ausência de Mudança.

Os participantes 4, 5, 6, 8, 9, 11 apresentam melhora que pode ser atribuída à intervenção. O participante 12 apresenta piora, enquanto os participantes 1, 2, 3, 7, 10, 13, 14 não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção. A representação gráfica é exibida na Figura 4.

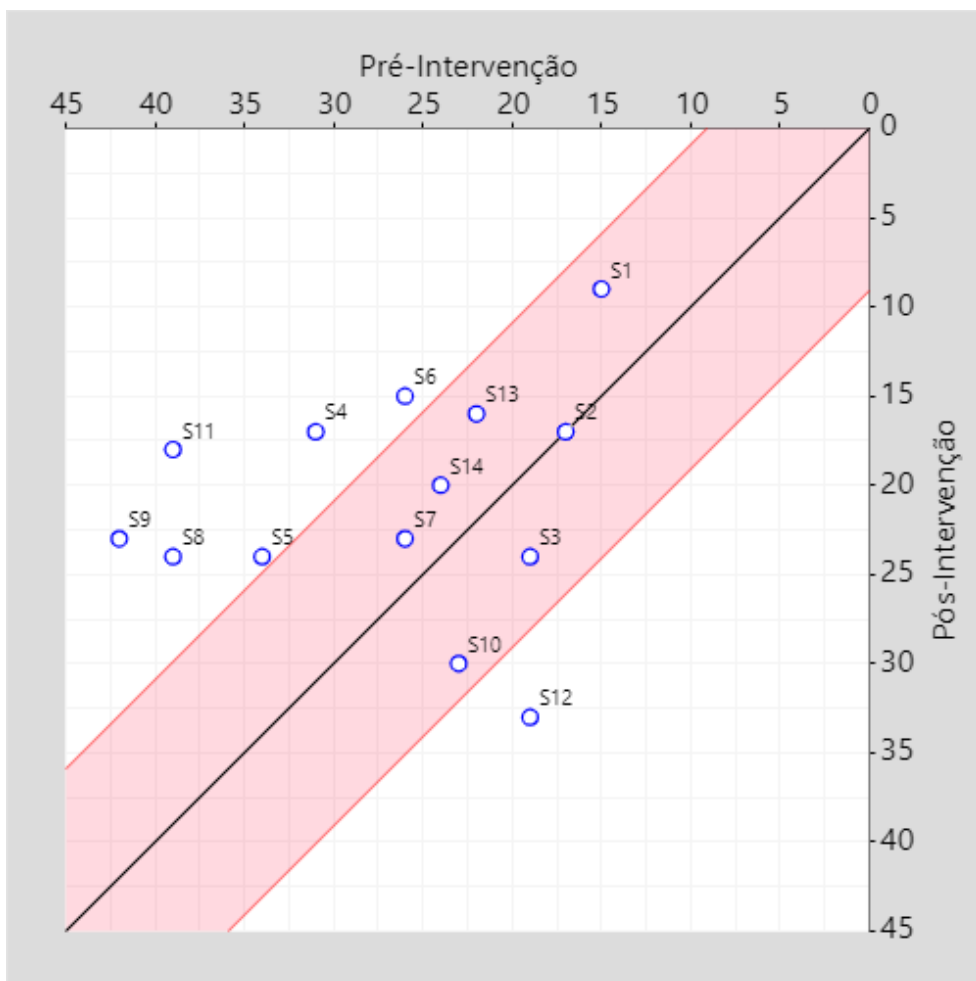


Figura 4: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala ZBI

Os pontos S4, S5, S6, S8, S9, S11, estão acima do traçado da diagonal superior: Os sujeitos representados por esses pontos apresentam melhora que pode ser atribuída à intervenção. O ponto S12 está abaixo do traçado da diagonal superior: O sujeito representado por esse ponto apresenta piora. Os pontos S1, S2, S3, S7, S10, S13, S14, estão

localizados entre as linhas superior e inferior à bissetriz: Para os sujeitos representados por esses pontos, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

Os resultados dos indivíduos pós-intervenção na ZBI demonstraram uma melhora consistente na redução do senso de sobrecarga. Uma intervenção psicoeducacional de caráter informativo também demonstrou mudança significativa no senso de sobrecarga e as crenças sobre cuidado, indicando melhora no bem-estar dos cuidadores.¹¹⁶

O questionário SF-36 foi utilizado para avaliação da qualidade de vida dos cuidadores e possui oito dimensões. Os resultados são exibidos na Tabela 16 e 17, e na sequência, descritos por domínio do SF-36 e discutidos ao final dos itens.

Tabela 16: Estimativas dos escores, índice de mudança confiável e o status obtido por domínio do SF-36

Funcionamento Físico				Aspectos Físicos				Dor Corporal				Saúde Geral			
Pré	Pós	IMC	Status	Pré	Pós	IMC	Status	Pré	Pós	IMC	Status	Pré	Pós	IMC	Status
100	100	0	AM	25	100	5,004	MPC	77,5	100	2,368	MPC	60	65	0,468	AM
95	100	0,609459	AM	75	100	1,668	AM	57,5	67,5	1,053	AM	70	70	0,000	AM
85	45	-4,87567	MPC	75	0	-5,004	MNC	80	42,5	-3,947	MNC	80	60	1,871	AM
85	75	-1,21892	AM	50	52	0,133	AM	57,5	57,5	0,000	AM	40	45	0,468	AM
85	80	-0,60946	AM	100	100	0,000	AM	45	45	0,000	AM	40	60	1,871	AM
95	90	-0,60946	AM	100	100	0,000	AM	80	45	-3,684	MNC	35	52	1,590	AM
85	90	0,609459	AM	100	100	0,000	AM	57,5	77,5	2,105	MPC	55	55	0,000	AM
80	85	0,609459	AM	50	52	0,133	AM	57,5	45	-1,316	AM	40	52	1,122	AM
65	75	1,218918	AM	70	25	-3,002	MNC	57,5	22,5	-3,684	MNC	60	45	1,403	AM
90	75	-1,82838	AM	100	100	0,000	AM	100	70	-3,158	MNC	70	90	1,871	AM
90	95	0,609459	AM	100	75	-1,668	AM	32,5	70	3,947	MPC	45	55	0,935	AM
100	60	-4,87567	MPC	100	25	-5,004	MNC	77,5	45	-3,421	MNC	70	45	2,338	MNC
55	85	3,656753	MNC	100	75	-1,668	AM	55	45	-1,053	AM	40	52	1,122	AM
55	45	-1,21892	AM	25	25	0,000	AM	45	22,5	-2,368	MNC	50	55	0,468	AM
83,2	78,5			76,4	66,3			58,1				53,	57,2		
1	7			3	6			67,5	3			93	1		
14,8	17,9			28,5	36,0			22,5	20,3			14,	11,9		
9	1			8	4			3	4			57	6		

IMC: Índice de Mudança Confiável; MPC: Mudança Positiva Confiável; MNC: Mudança Negativa Confiável; AM: Ausência de Mudança.

Tabela 17: Estimativas dos escores, índice de mudança confiável e o status obtido por domínio do SF-36

Vitalidade				Funcionamento Social				Aspectos Emocionais				Saúde Mental			
Pré	Pós	IMC	Status	Pré	Pós	IMC	Status	Pré	Pós	IMC	Status	Pré	Pós	IMC	Status
65	65	0,000	AM	62,5	100	1,933	AM	33,3	100	2,916	MPC	56	80	1,918	AM
70	70	0,000	AM	62,5	62,5	0,000	AM	100	100	0,000	AM	76	76	0,000	AM
25	35	0,739	AM	50	52	0,103	AM	33,3	33,3	0,000	AM	40	48	0,639	AM
45	70	1,848	AM	50	75	1,289	AM	33,3	100	2,916	MPC	40	68	2,237	MPC
60	52	-0,591	AM	50	75	1,289	AM	100	100	0,000	AM	60	56	-0,320	AM
50	25	-1,848	AM	25	62,5	1,933	AM	100	66,7	-1,456	AM	44	48	0,320	AM
35	85	3,697	MPC	75	100	1,289	AM	100	100	0,000	AM	52	96	3,515	MPC
50	55	0,370	AM	50	52	0,103	AM	100	66,7	-1,456	AM	52	44	-0,639	AM
30	40	0,739	AM	100	100	0,000	AM	66,7	100	1,456	AM	60	72	0,959	AM
51,0	49,7				72,6							57,4	58,8		
7	9			62,5	7			100	80			3	6		
16,8	20,1				25,9				42,1			16,7	19,8		
9	5			24,3	4			0	6			2	7		

IMC: Índice de Mudança Confiável; MPC: Mudança Positiva Confiável; MNC: Mudança Negativa Confiável; AM: Ausência de Mudança.

No domínio do SF-36 “Funcionamento Físico”, o participante 13 apresenta melhora que pode ser atribuída à intervenção. Os participantes 3 e 12 apresentam piora. Já para os participantes 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14 não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção. A representação gráfica é exibida na Figura 5.

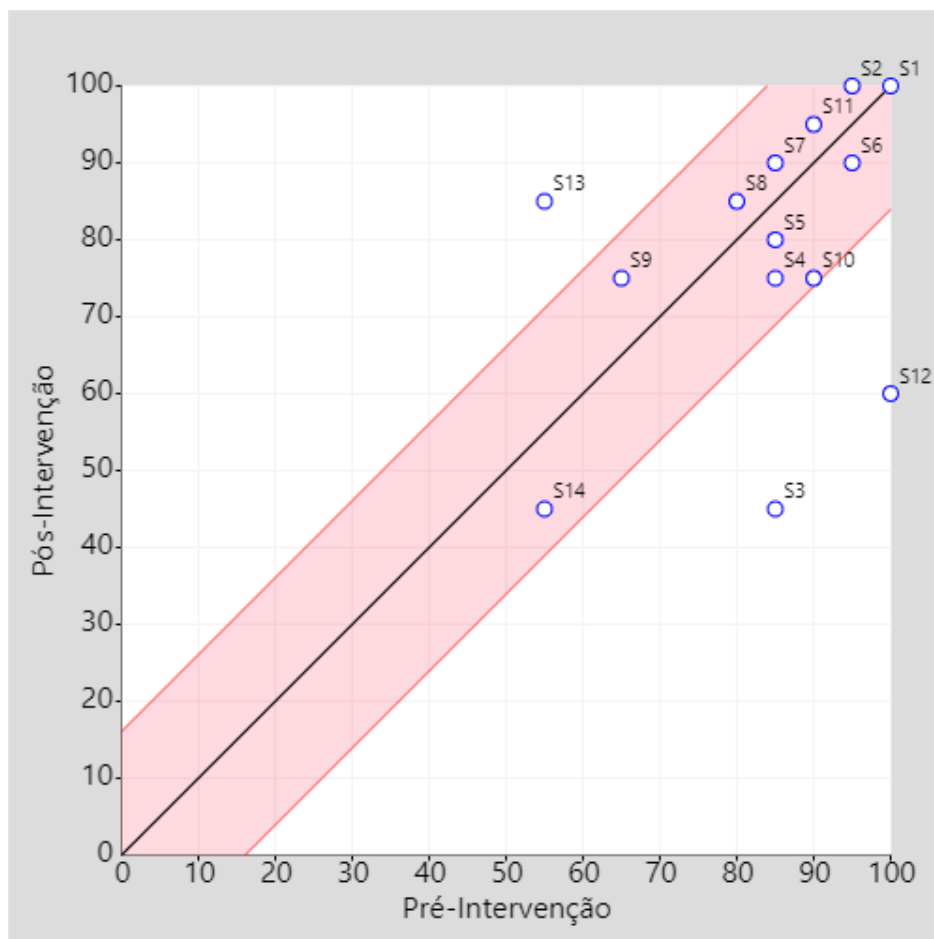


Figura 5: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Funcionamento Físico

O ponto S13 está acima do traçado da diagonal superior: O sujeito representado por esse ponto apresenta melhora que pode ser atribuída à intervenção. Os pontos S3, S12, estão abaixo do traçado da diagonal superior: Os sujeitos representados por esses pontos apresentam piora. Os pontos S1, S2, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S14, estão localizados entre as linhas superior e inferior à bissetriz: Para os sujeitos representados por esses pontos, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

No domínio do SF-36 “Aspectos Físicos”, o participante 1 apresenta melhora que pode ser atribuída à intervenção. Os participantes 3, 9, 12, apresentam piora, enquanto para os participantes 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção. A representação gráfica é exibida na Figura 6.

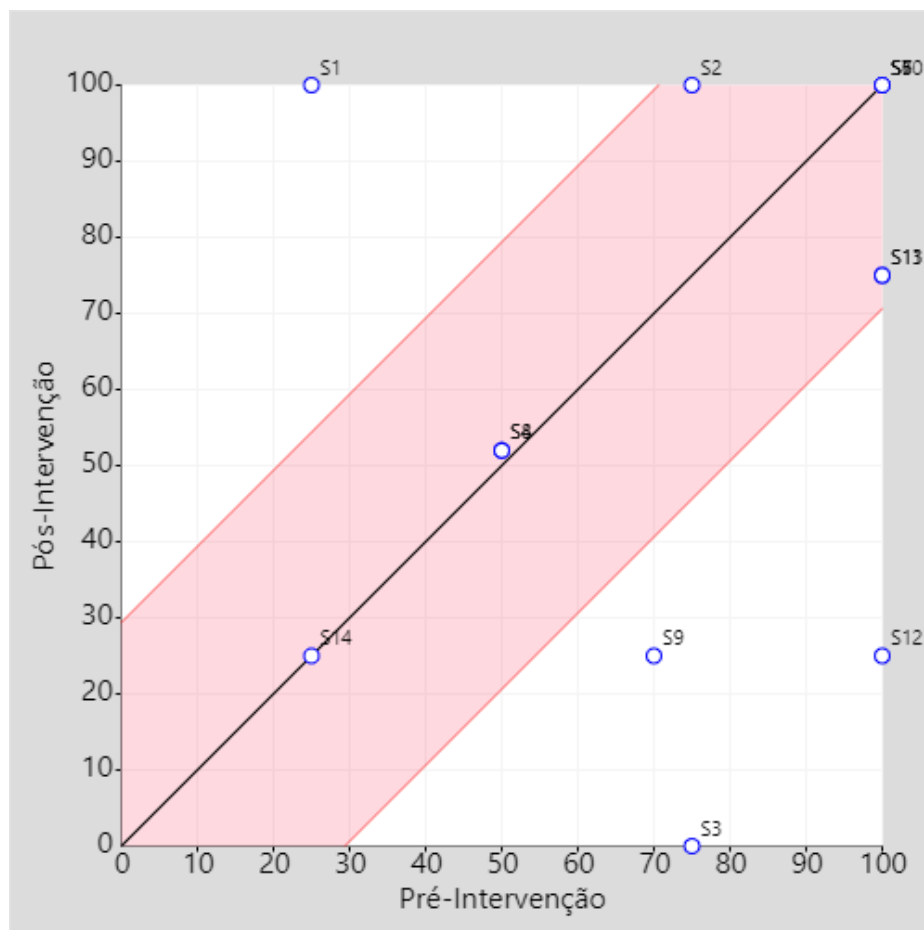


Figura 6: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Aspectos Físicos

O ponto S1 está acima do traçado da diagonal superior: O sujeito representado por esse ponto apresenta melhora que pode ser atribuída à intervenção. Os pontos S3, S9, S12, estão abaixo do traçado da diagonal superior: Os sujeitos representados por esses pontos apresentam piora. Os pontos S2, S4, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S13, S14, estão localizados entre as linhas superior e inferior à bissetriz: Para os sujeitos representados por esses pontos, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

No domínio do SF-36 “Dor Corporal”, os participantes 1, 7, 11 apresentam melhora que pode ser atribuída à intervenção. Os participantes 3, 6, 9, 10, 12, 14 apresentam piora. Para os participantes 2, 4, 5, 8, 13 não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção. A representação gráfica é exibida na Figura 7.

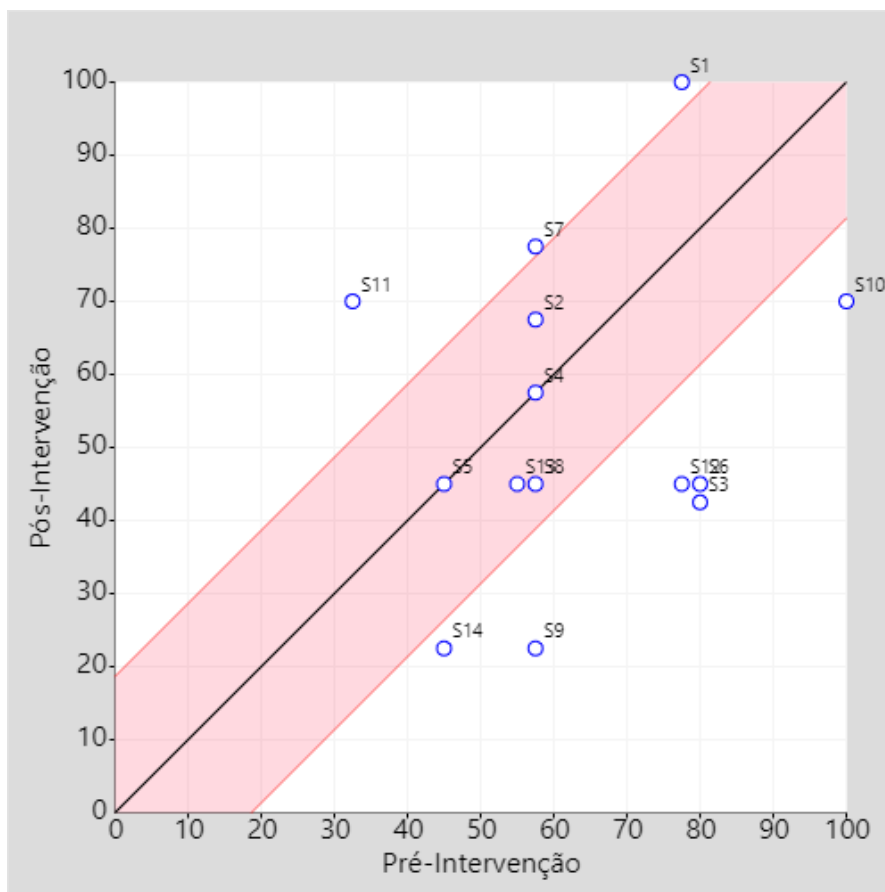


Figura 7: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Dor Corporal

Os pontos S1, S7, S11, estão acima do traçado da diagonal superior: Os sujeitos representados por esses pontos apresentam melhora que pode ser atribuída à intervenção. Os pontos S3, S6, S9, S10, S12, S14, estão abaixo do traçado da diagonal superior: Os sujeitos representados por esses pontos apresentam piora. Os pontos S2, S4, S5, S8, S13, estão localizados entre as linhas superior e inferior à bissetriz: Para os sujeitos representados por esses pontos, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

No domínio do SF-36 “Saúde Geral”, apenas o participante 12 apresenta piora que pode ser atribuída à intervenção, para os outros participantes não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção. A representação gráfica é exibida na Figura 8.

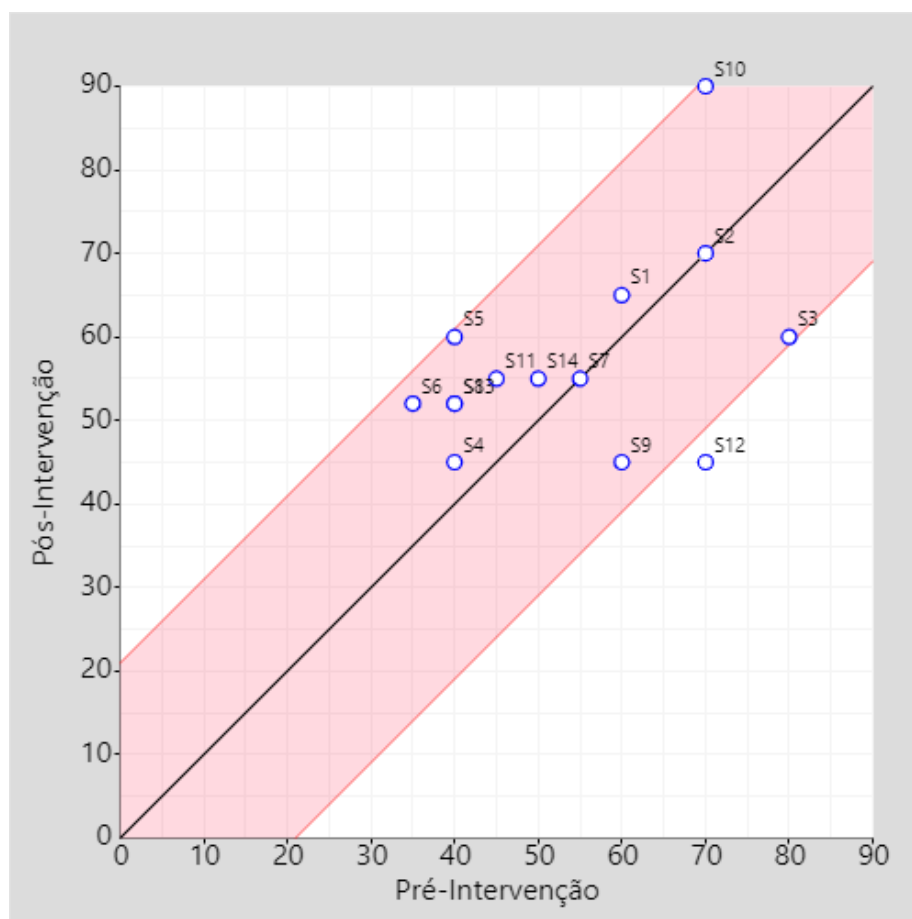


Figura 8: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Saúde Geral

O ponto S12 está abaixo do traçado da diagonal superior: O sujeito representado por esse ponto apresenta piora. Os pontos S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S13, S14, estão localizados entre as linhas superior e inferior à bissetriz: Para os sujeitos representados por esses pontos, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

No domínio do SF-36 “Funcionamento Social”, para os 14 participantes não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção. A representação gráfica é exibida na Figura 9.

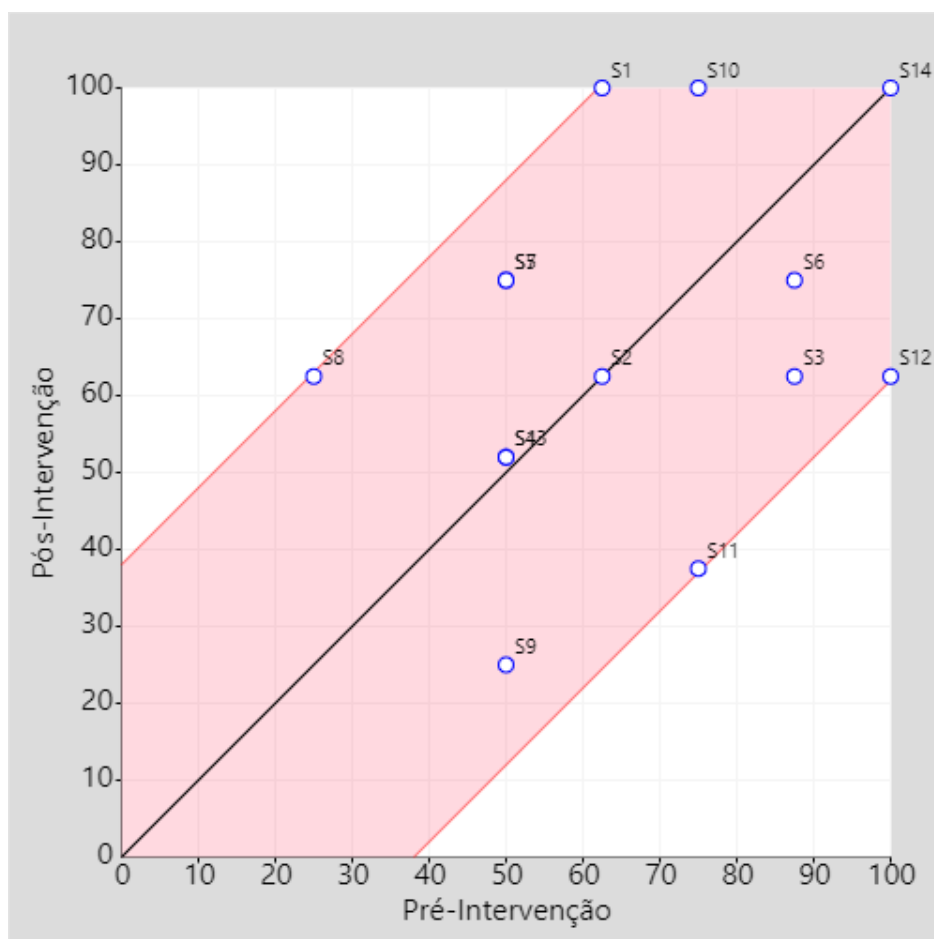


Figura 9: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Funcionamento Social

Os pontos S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14, estão localizados entre as linhas superior e inferior à bissetriz: Para os sujeitos representados por esses pontos, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

No domínio do SF-36 “Aspectos Emocionais”, os participantes 1 e 5, apresentam melhora que podem ser atribuída à intervenção. O participante 9 apresenta piora. Para os participantes 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14 não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção. A representação gráfica é exibida na Figura 10.

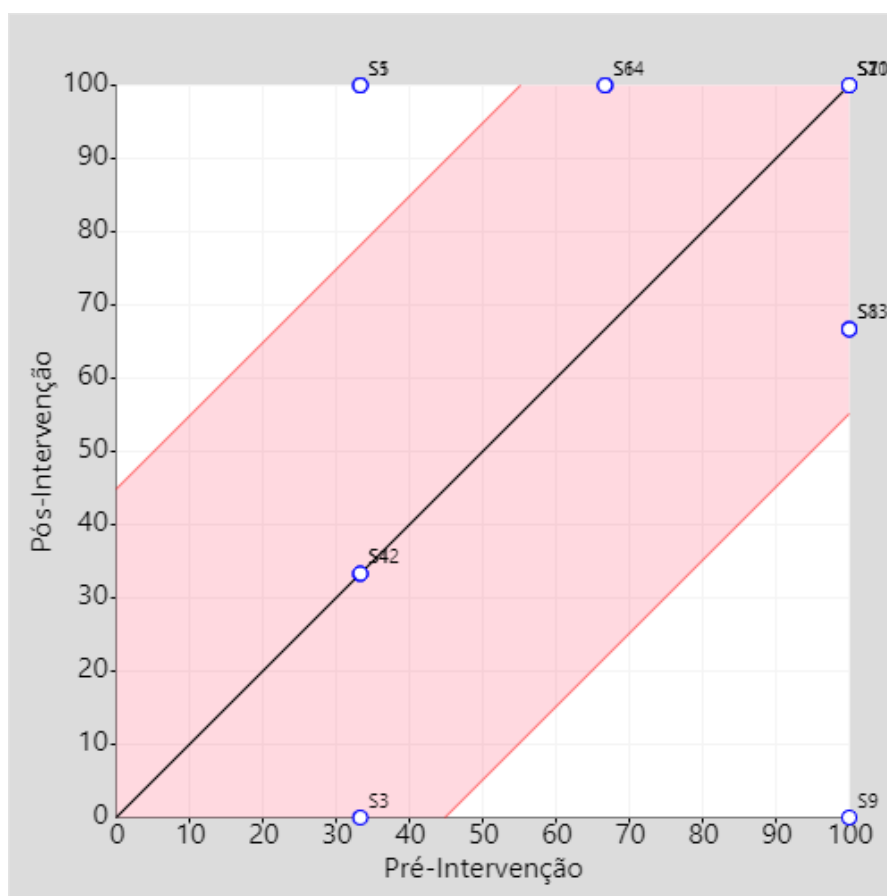


Figura 10: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Aspectos Emocionais

Os pontos S1, S5, estão acima do traçado da diagonal superior: Os sujeitos representados por esses pontos apresentam melhora que pode ser atribuída à intervenção. O ponto S9 está abaixo do traçado da diagonal superior: O sujeito representado por esse ponto apresenta piora. Os pontos S2, S3, S4, S6, S7, S8, S10, S11, S12, S13, S14, estão localizados entre as linhas superior e inferior à bissetriz: Para os sujeitos representados por esses pontos, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

No domínio do SF-36 “Saúde Mental”, os participantes 5 e 10 apresentam melhora que podem ser atribuída à intervenção. Os participantes 6 e 12, apresentam piora. Os participantes 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 13 e 14 não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção. A representação gráfica é exibida na Figura 11.

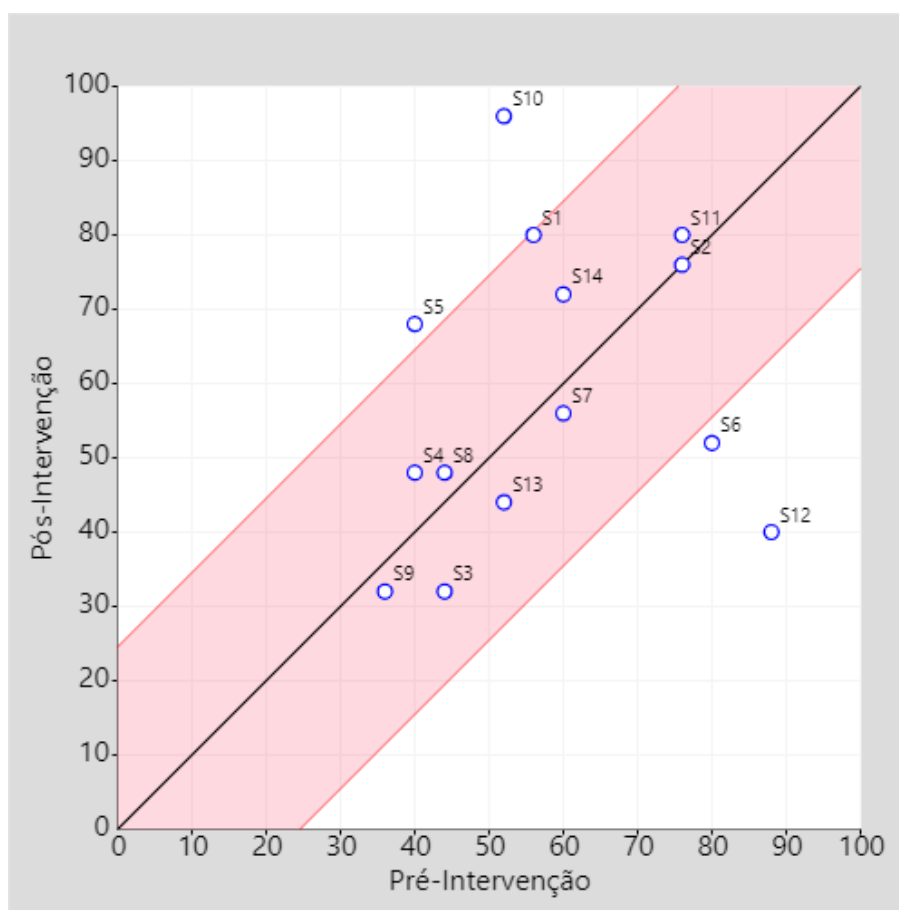


Figura 11: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Saúde Mental

Os pontos S1, S5, estão acima do traçado da diagonal superior: Os sujeitos representados por esses pontos apresentam melhora que pode ser atribuída à intervenção. O ponto S9 está abaixo do traçado da diagonal superior: O sujeito representado por esse ponto apresenta piora. Os pontos S2, S3, S4, S6, S7, S8, S10, S11, S12, S13, S14, estão localizados entre as linhas superior e inferior à bissetriz: Para os sujeitos representados por esses pontos, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

No domínio do SF-36 “Vitalidade”, o participante 12 apresentou melhora que pode ser atribuída à intervenção, para os outros participantes não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção. A representação gráfica é exibida na Figura 12.

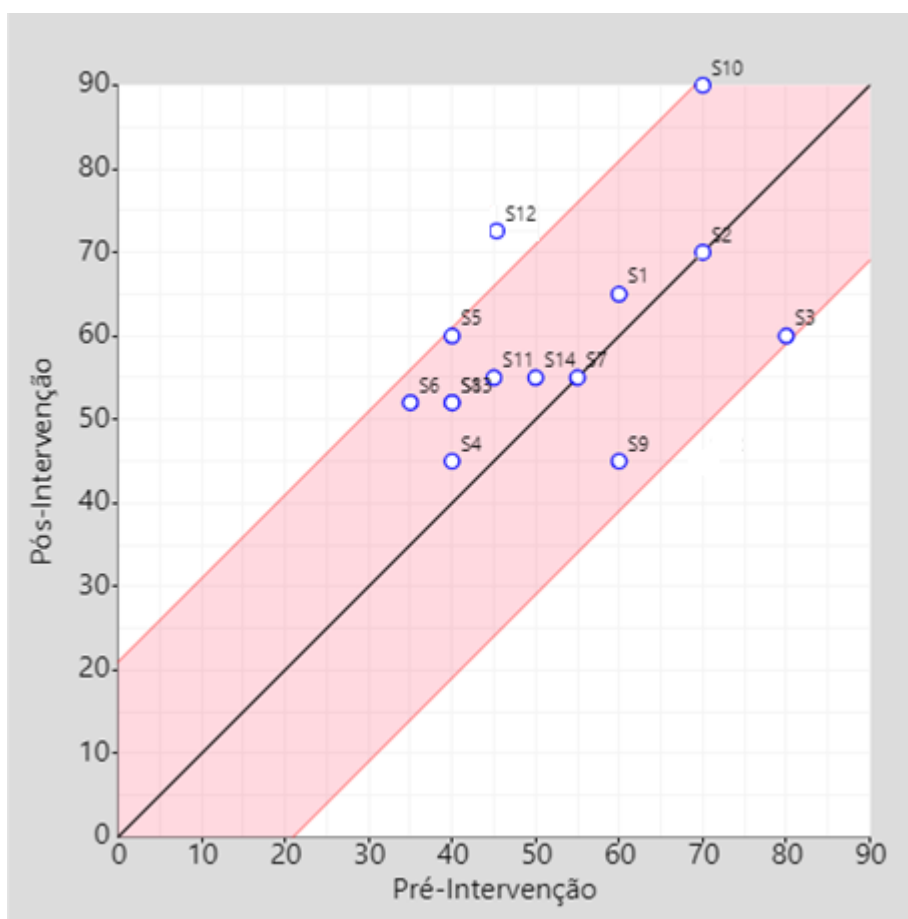


Figura 12: Dispersão das diferenças entre pós e pré-intervenção na escala SF-36: Vitalidade

O ponto S12 está acima do traçado da diagonal superior: O sujeito representado por esse ponto apresenta melhora que pode ser atribuída à intervenção. Os pontos S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S13, S14, estão localizados entre as linhas superior e inferior à bissetriz: Para os sujeitos representados por esses pontos, não podem ser feitas afirmações de melhora ou piora devido à intervenção.

Quando se trata da saúde do cuidador, a qualidade de vida é um importante aspecto a ser avaliado. Um estudo multicêntrico avaliou a qualidade de vida de cuidadores de idosos ao cuidar de pessoas com demência e após 3 meses de acompanhamento os cuidadores do grupo intervenção apresentaram aumento do bem-estar psicológico, do mesmo modo que melhora na qualidade de vida.¹¹⁷

Em uma revisão sistemática cujo objetivo foi avaliar o impacto de intervenções em saúde em aspectos como bem-estar e qualidade de vida de cuidadores de pessoas com doenças crônicas foram incluídos 17 estudos e a maioria comprovou seu efeito positivo na saúde mental dos indivíduos.¹¹⁸

Embora ainda não se encontre intervenções psicoeducacionais padronizadas, estudos que buscaram avaliar a qualidade e eficácia das intervenções para cuidadores informais de idosos diagnosticados com demência demonstraram que houve melhora no bem-estar do cuidador e redução de sintomas de depressão.¹¹⁹⁻¹²⁰

Outras três pesquisas¹²¹⁻¹²³ de caráter informativo na qual os conteúdos visavam oferecer conhecimentos sobre sintomas de demência e o curso e progressão da doença, sendo que, em uma delas,¹²³ os cuidadores foram instrumentalizados a manejar problemas de comportamento do idoso incorporando elementos de orientação cognitivo-comportamental, demonstraram que houve aumento do bem-estar dos cuidadores, redução da ansiedade e sobrecarga e aumento do uso de estratégias de enfrentamento.

Com relação ao conhecimento sobre demência, este aspecto foi avaliado apenas após a intervenção, pois o instrumento DKAT-2 foi inserido na pesquisa na segunda etapa da coleta de dados, contudo verificou-se que a média dos cuidadores no GI foi semelhante à média do GC (15 e 14 pontos respectivamente). Em um estudo que utilizou a DKAT-2 para avaliação pré e pós intervenção o escore médio de acertos foi de 16 para o GI e 15 pontos para o GC na avaliação inicial e 17 pontos para o GI e 16 pontos para o GC na reavaliação.¹²⁰ No estudo de adaptação transcultural com cuidadores familiares (informais) realizado em um ambulatório de geriatria a média da pontuação foi

de 15 pontos, ou seja, muito semelhante ao resultado do presente estudo.²⁹ O DKAT-2 contém 21 questões e não possui ponto de corte, portanto não é possível classificar se as médias dos cuidadores avaliados são suficientes para determinar o grau de conhecimento sobre demência.

Por fim, torna-se importante destacar que o presente trabalho foi conduzido durante a pandemia e com uma das populações mais vulneráveis: os idosos institucionalizados, ou seja, os idosos das ILPI são frequentemente frágeis, pois possuem doenças subjacentes ou comorbidades, idade avançada e mantém contato próximo com os cuidadores (que também se encontravam em risco de contaminação pela COVID-19).¹²⁴ Isto posto, os resultados encontrados devem ser analisados considerando o momento atípico vivenciado na pesquisa de modo geral nos últimos 3 anos.

Considerações Finais

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O andamento do estudo foi impactado, pois no início de março de 2020 interrompeu-se a coleta de dados nas Instituições de Longa Permanência devido a Pandemia da COVID-19 com a suspensão das visitas após orientação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e Vigilância Sanitária do município de Botucatu para conter a disseminação do vírus.

Devido ao contexto pandêmico, a intervenção psicoeducacional foi realizada de maneira virtual e o estudo sofreu viés de seleção por perda de sujeitos que foram desligados das ILPI, também porque foram selecionados para a intervenção apenas os cuidadores presentes no momento da avaliação inicial, ou seja, nem todos os sujeitos que foram randomizados para compor a amostra efetivamente chegaram a concluir o estudo, houve perda de seguimento em consequência da alta rotatividade de algumas ILPI, em especial as privadas. Outra limitação do estudo é o tamanho amostral dos cuidadores, uma vez que amostras maiores poderiam produzir resultados estatisticamente significantes.

Todavia, os dados revelaram a prevalência dos SCPD em idosos com demência institucionalizados no município de Botucatu, tal qual indicaram a presença de sobrecarga e outras manifestações na saúde mental dos cuidadores, em especial nas instituições filantrópicas, além de demonstrar a importância de intervenções psicoeducacionais voltadas aos cuidadores, considerando que foram observados efeitos na redução da sobrecarga para o grupo intervenção. O trabalho se fez importante visto que cuidadores de idosos com demência não costumam receber treinamentos e orientações sobre o diagnóstico, desconhecendo o quanto este impacta em sua saúde mental. Embora tenha sido virtual, conclui-se que a intervenção contribuiu para melhora da sobrecarga percebida do cuidador.

Referências

1. Carvalho JAM, Garcia RA. The aging process in the Brazilian population: a demographic approach. *Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública*. 2003;19(3):725–33.
2. World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / tradução Suzana Gontijo*. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.
3. Veras R. Population aging today: Demands, challenges and innovations. *Rev Saude Publica*. 2009;43(3):548–54.
4. Lima e Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Inf Epidemiológico do Sus*. 2000;9(1):23–41.
5. Zimerman GI. *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. ARTMED, editor. 2000. 232 p.
6. Almeida OP, Kotynia R. Confusão mental e demência. In: *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. ARTMED; 2002. p. 176–9.
7. World Health Organization (WHO). *Dementia: a public health priority* World Health Organization 2012. [acessado 2010 out 22]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564458_eng.pdf
8. Schultz RR, Geral O. Dementia *Neuropsychologia*. *Dement Neuropsychol / Brazilian Acad Neurol* / [Internet]. 2011;5(June). Available from: www.demneuropsychology.com.br
9. Frota NAF, Nitrini R, Damasceno BP, Forlenza O, Dias-Tosta E, da Silva AB, et al. Criteria for the diagnosis of Alzheimer’s disease. *Dement e Neuropsychol*. 2011;5(SUPPL. 1):5–10.
10. Jacinto AF, Leite AGR, Lima Neto JL de, Vidal EI de O, Bôas PJFV. Teaching medical students about dementia: A brief review. *Dement Neuropsychol*. 2015;9(2):93–5.

11. Martinez SHL. O significado do cuidado para quem cuida do idoso em uma instituição asilar. Universidade Federal de São Paulo; 2003.
12. Creutzberg M, Gonçalves LHT, & Sobottka EA. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. *Enfermagem*. 2008;17(2), 273-279
13. Fonseca ACC, Scoralick FM, Silva CLD, Bertolino AC, Palma DP, Piazzolla LP. Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência no Distrito Federal. *Brasília Med* 2011;48(4):366-371
14. Gaugler JE, Duval S, Anderson KA, Kane RL. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2007;7:13.
15. Pollo, SHL e Assis, M. de Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]*. 2008, v. 11, n. 1, pp. 29-44.
16. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. _____. Ministério da Justiça.
17. Gorzoni ML, Pires SL. Aspectos clínicos da demência senil em instituições asilares Clinical aspects of the senile dementia in long-term care facilities. *Rev Psiq Clin*. 2006;33(11):18–23.
18. Imaginário CMI. O Idoso Dependente em Contexto Familiar- Uma análise da Visão da Família e do Cuidador Principal. Formasaut, editor. Coimbra; 2008.
19. Lobo A, Pereira A. Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Rev Enferm Ref*. 2007;11(4):61–105.
20. Tomasini SLV, Alves S. Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Rbceh*. 2007;4(1):88–102.
21. Lopes DB, Caixieta L. O estresse dos cuidadores. In: ARTMED, editor. *Doença de Alzheimer*. Porto Alegre; 2012.

22. Neri AL. Cuidar de idosos no context da família: questões psicológicas e sociais. In: ALINEA, editor. As várias faces cuidado e do bem-estar do cuidador. 1st ed. São Paulo; 2002. p. 9–63.
23. Ehrlich F. Caring for carers – a nation problem. *Med J Aust.* 1992;156(9):590–2.
24. Carrilho PM. Epidemiologia dos acidentes de trabalho e exercício físico em instituições de apoio a idosos. Instituto Politécnico de Bragança; 2012.
25. Fazio S, Pace D, Flinner J, Kallmyer B. The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *Gerontologist*, 2018; v. 58, N. S1, S10–S19.
26. De Silva D. Helping people help themselves. Londres: The Health Foundation, maio de 2011. www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves
27. National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. NICE, 2009. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg76>
28. Takai M, Takahashi M, Iwamitsu Y, Ando N, Okazaki S, Nakajima K, et al. The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;49(1):e1.
29. Piovezan M. Adaptação transcultural de um instrumento sobre conhecimentos em demências por parte de cuidadores. [dissertação]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2018.
30. Haley WE, West CAC, Wadley VG, Ford GR, White FA, Barrett JJ, et al. Psychological, Social, and Health Impact of Caregiving: A Comparison of Black and White Dementia Family Caregivers and Noncaregivers. *Psychol Aging.* 1995;10(4):540–52.
31. Almborg B, Grafström M, Winblad B. Caring for a demented elderly person - Burden and burnout among caregiving relatives. *J Adv Nurs.* 1997;25(1):109–16.

32. Silva CF da, Passos VM de A, Barreto SM. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2012;15(4):707–31.
33. Duarte ESR, Silveira LVDA, Cítero V de A, Jacinto AF. Common mental disorder among family carers of demented older people in Brazil. *Dement e Neuropsychol.* 2018;12(4):402–7.
34. França AB, Gordon AL, Samra R, Rodolpho Duarte ES, Jacinto AF. Symptoms of mood disorders in family carers of older people with dementia who experience caregiver burden: a network approach. *Age Ageing.* 2020;1–6.
35. Hooker K, Monahan D, Shifren K, Hutchinson C. Mental and physical health of spouse caregivers: the role of personality. *Psychol Aging.* 1992;7(3):367–75.
36. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(3):537–47.
37. Schulz R, Martire LM. Family Caregiving of Persons with Dementia: Prevalence, Health Effects, and Support Strategies. *Am J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 2004;12(3):240–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200405000-00002>
38. Zarit SH. Interventions with family caregivers. In: Association AP, editor. American Psychological Association. Washington; 1997. p. 139–59.
39. Covinsky KE, Newcomer R, Fox P, Wood J. Patient and Caregiver Characteristics Associated with. *J Gen Intern Med.* 2003;18:1006–14.
40. Dunkin JJ, Anderson-hanley C. guidelines for assessment and intervention Dementia caregiver burden. *Neurology.* 1998;51(1):S53–60.
41. Zarit S, Reeve K, Bahc-Peterson J. How Emotions Drive Customer Loyalty (Infographic) | Provide Support. *Gerontologist.* 1980;20(6):649–55.
42. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychol Aging.*

2003;18(2):250–67.

43. Tamai S. Treatment of behavioral disorders in dementia patients. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(SUPPL. 1):15–21.

44. Tatsch MF, De Campos Bottino CM, Azevedo D, Hototian SR, Moscoso MA, Folquitto JC, et al. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer disease and cognitively impaired, nondemented elderly from a community-based sample in Brazil: Prevalence and relationship with dementia severity. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006;14(5):438–45.

45. Finkel SI, e Silva JC, Cohen GD, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1998;6(2):97–100.

46. Riedijk SR, De Vugt ME, Duivenvoorden HJ, Niermeijer MF, Van Swieten JC, Verhey FRJ, et al. Caregiver burden, health-related quality of life and coping in dementia caregivers: A comparison of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2006;22(5–6):405–12.

47. Rascovsky K, Hodges JR, Knopman D, Mendez MF, Kramer JH, Neuhaus J, et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain.* 2011;134(9):2456–77.

48. Kaiser S, Panegyres PK. The psychosocial impact of young onset dementia on spouses. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2006;21(6):398–402.

49. Caramelli P, Bottino CMC. Treating the behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD). *J Bras Psiquiatr.* 2007;56(2):83–7.

50. Pestana LC, Caldas CP. Cuidados de enfermagem ao idoso com Demência que apresenta sintomas comportamentais. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(4):583–7.

51. Veciana JMG. Tratamiento de los síntomas no cognitivos de la enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol.* 2006;8(12):482–8.

52. Diana G. Aspetti metodologici e normativi dei trial clinici per i sintomi

comportamentali e psicologici in corso di demenza. *Ann Ist Super Sanita*. 2003;39(2):267–74.

53. Lopes L de O, Cachioni M. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: Uma revisão sistemática. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61(4):252–61.

54. Santos RL, de Sousa MFB, Brasil D, Dourado M. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: Uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Clin*. 2011;38(4):161–7.

55. Song HS, Jeong KS, Hyun D, Kim GH, Choi BS, Moon J. Methodology to specify software requirements in assessment system for decommission of nuclear facilities. *Asian J Chem*. 2013;25(12):7041–3.

56. Lemes CB, Neto JO. Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicol*. 2017;25(1):17–28.

57. Guerra M, Ferri CP, Fonseca M, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care: The 10/66 Dementia Research Group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. [Portuguese] Ajudando os cuidadores a cuidar: Uma prova clinica randomizada da intervencao para o cuidador desenvolvida pelo grupo 1. *Rev Bras Psiquiatr [Internet]*. 2011;33(1):47–54.

58. Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and burden of care. *Int Psychogeriatrics*. 2004;16(3):295–315.

59. Brucki SMD, Nitrin R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3 B):777–81.

60. Caramelli P, Herrera JRE, Nitrini R. O mini-exame do estado mental no diagnóstico de demência em idosos analfabetos. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57:11–7.

61. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in

the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.

62. Fillenbaum GG, Chandra V, Ganguli M, Pandav R, Gilby JE, Seaberg EC, et al. Development of an activities of daily living scale to screen for dementia in an illiterate rural older population in India. *Age Ageing*. 1999;28(2):161–8.

63. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function Downloaded From: by a UNIVERSITY OF ADELAIDE LIBRARY User on 10/08/2017 Table 1.—Index of Independence in Activities of Daily Living. *Jama*. 1963;185(12):914–9.

64. Maia ALG, Godinho C, Ferreira ED, Almeida V, Schuh A, Kaye J, et al. Application of the Brazilian version of the CDR scale in samples of dementia patients. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006;64(2 B):485–9.

65. O’Byrant SE, Waring SC, Cullum CM, Hall J, Lacritz L, Massman PJ, et al. Staging dementia using clinical dementia rating scale sum of boxes scores: A Texas Alzheimer’s research consortium study. *Arch Neurol*. 2008;65(8):1091–5.

66. Camozzato AL, Godinho C, Kochhann R, Massochini G, Chaves ML. Validação da versão brasileira do Questionário do Inventário Neuropsiquiátrico (Q-INP). *Arq Neuropsiquiatr*. 2015;73(1):41–5.

67. Kaufer D, Cummings J, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T, DeKosky, S. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 2000; 12, 233– 239.

68. Mari JDJ, Williams P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire. *Br J Psychiatry*. 1986;148:23–7.

69. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The patient health questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Med Care*. 2003;41(11):1284–92.

70. Hébert R, Bravo G, Prévaille M. Reliability, validity and reference values of the zarit burden interview for assessing informal caregivers of community-dwelling

older persons with dementia. *Can J Aging*. 2000;19(4):494–507.

71. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Context - Enferm*. 2006;15(4):587–94.

72. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36).” Tese Univ Fed São Paulo [Internet]. 1997;01–120.

73. Toye C, Lester L, Popescu A, McInerney F, Andrews S, Robinson AL. Dementia Knowledge Assessment Tool Version Two: Development of a tool to inform preparation for care planning and delivery in families and care staff. *Dementia*. 2014;13(2):248–56.

74. Skinner BF. *Science and human behavior*. Press F, editor. New York; 1953.

75. Field A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. (5th edn). SAGE: Publications, 2018.

76. Tabachnick BG & Fidell LS. *Using multivariate statistics*. (7th edn). Boston: Pearson Education, 2018.

77. Haukoos JS & Lewis RJ. Advanced statistics: Bootstrapping confidence intervals for statistics with “difficult” distributions. *Academic Emergency Medicine*, 2005; 12(4), 360-365.

78. Camey SA, Torman VBL, Hirkata VN, Cortes RX & Vigo A (2014). Bias of using odds ratio estimates in multinomial logistic regressions to estimate relative risk or prevalence ratio and alternatives. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), 21-29. doi:10.1590/0102-311X00077313

79. Jacobson NS, & Truax P. Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991; 59, 12-19.

80. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Factor structure and internal

consistency of the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) in an urban population. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009; 25(1):214-222.

81. Cruz LN, Fleck MP de A, Oliveira MR, Camey SA, Hoffmann J, Bagattini AM, Polanczyk CA. Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18(7), 1911–1921. doi:10.1590/S1413-81232013000700006

82. Bianchi M, Flesch LD, Alves EV, Batistoni SS, & Neri AL. Zarit Burden Interview Psychometric Indicators Applied in Older People Caregivers of Other Elderly. *Revista latino-americana de enfermagem*, 2016; 24, e2835. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1379.2835>

83. Del Prette Z, & Del Prette A. Significância Clínica e Mudança Confiável na Avaliação de Intervenções Psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2008; 24, 497-505.

84. Aguiar RG & Del Prette Z. Calculando a significância clínica e o índice de mudança confiável em pesquisa-intervenção. 2021; (1.Ed.) EdUFSCar. ISBN-10: 8576001446.

85. Oliveira MPF. Assistência Farmacêutica a idosos institucionalizados do Distrito Federal [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2008.

86. Converso MER, Iartelli I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J Bras Psiquiatr* 2007; 56(4):267-272.

87. Correr CJ, Pontarolo R, Ferreira LC, Baptistão SAM. Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. *Rev Bras Cienc Farm* 2007; 43(1):55-62.

88. Mello BLD De, Haddad M Do CL, Dellaroza MSG. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 34, n. 1, p. 95-102, jan-jun. 2012.

89. Plati MCF, Covre P, Lukasova K, & Macedo EC de. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between

institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(2), 118–121. doi:10.1590/s1516-44462006000200008

90. Marinho PEM, Melo KPB, Apolinário AD, Bezerra E, Freitas J, Melo DM, Dornelas de Andrade A. (2010). Undertreatment of depressive symptomatology in the elderly living in long stay institutions (LSIs) and in the community in Brazil. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(2), 151–155. doi:10.1016/j.archger.2009.03.002

91. Bremenkamp MG. Avaliação cognitiva de idosos em uma instituição de longa permanência de Botucatu: estudo transversal. [Dissertação] Univ Est Paulista [Internet]. 2019;01–93.

92. Ryden MB. Aggressive behavior in persons with dementia who live in the community. *Alzheimer Disease and Associated Disorders* 2: 342-355, 1988.

93. Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated behaviors in the elderly II. Preliminary results in the cognitively deteriorated J. *Am. Geriatric Soc.* 34: 722-27, 1986.

94. Mangone CA, Bueno AA, Allegri R, Arizaga R, Nitrini R, Ventura R, Lopera F. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Latin America. *Int. Psychogeriatrics* 12 (1): 415-418, 2000.

95. Ribeiro MT, Ferreira RC, Ferreira EF, Magalhães CS, Moreira AN. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. *Cienc Saúde Colet.* Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1285-1292, jul./ago., 2008.

96. Mello ALSF. Cuidado provido a pessoas idosas residentes em instituições de pequeno porte em Porto Alegre-RS: a retórica, a prática e os métodos [dissertação]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

97. Duarte ESR, Jacinto AF. Transtorno mental comum em familiares cuidadores de pacientes com demência [dissertação]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2018.

98. Santos, EG; Siqueira, MM. Prevalência dos transtornos mentais na

população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro , v. 59, n. 3, p. 238-246, 2010.

99. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493, 2014.

100. Zarit SH. Interventions with family caregivers. In S. H. Zarit & B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging* (p. 139-159). Washington, DC: American Psychological Association, 1997.

101. George L, Gwyther L. Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist* 26, 253–259, 1986.

102. Haley WE. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology* 6, 25–29, 1997.

103. Logiudice D, Kerse N, Brown K, Gibson SJ, Burrown C, Ames D, Young D, Flicker L. The psychosocial health status of caregivers of persons with dementia: a comparison with the chronically ill. *Quality of Life Research* 7, 345–351, 1998.

104. Arai Y, Kumamoto K, Washio M, Ueda T, Miura H, Kudo K. Factors related to feelings of burden among caregivers looking after impaired elderly in Japan under the longterm care insurance system. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 58, 396–402, 2004

105. Wimo A, Jonsson B, Karlsson I, Winblad B. *Health Economics of Dementia*. Wiley, New York, 1998.

106. Covinsky K, Newcomer R, Fox P, Wood J, Sands L, Dane K, Yaffe K. Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine* 18, 1006–1014, 2003.

107. Dunkin J, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden. A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology* 51 (Suppl.1), 53–60, 1998.

108. Gallicchio L, Siddiqi N, Langenberg P & Baumgarten. Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *Int J Geriatr Psychiatry*; 17:154-163, 2002.
109. Colomé I, Marqui A, Jahn A, Resta D, Carli R, Winck M & Nora T. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores, *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13 (2), 306-312, 2011.
110. Yeh PM, Chang Y. Use of Zarit Burden Interview in analysis of family caregivers perception among Taiwanese caring with hospitalized relatives. *Int J Nurs Pract*. 2015;21(5):622-34.
111. Borghi AC, Castro VC, Marcon SS, Carreira L. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: estudo comparativo. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(4):1-7.
112. Mata LRFP da et al. Jacobson and Truax Method: evaluation of the clinical effectiveness of a home care program after prostatectomy Financial sponsorship: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2018, v. 26 [Acessado 3 Junho 2022], e3003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2249.3003>>.
113. Trombeta FM, Ramos NP, Bocchi SCM. Experiência de enfermeiros empreendedores com instituições de longa permanência para idosos. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2022 July 11] ; 73(Suppl 3): e20190619. Available from: http://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001500174&lng=en. Epub Oct 19, 2020.
114. Vassbo TK, Bergland A, Kirkevold M, Lindkvist M, Lood Q, Sandman PO, Sjögren K, Edvardsson D. Effects of a person-centred and thriving-promoting intervention on nursing home staff job satisfaction: A multi-centre, non-equivalent controlled before–after study. *Nursing Open*. 7:1787– 1797, 2020.
115. Guerra M, Ferri CP, Fonseca M, Banerjee S, Prince M. Helping carers to care: the 10/66 dementia research group’s randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. *Rev Bras Psiquiatric*. 2011;33(1):47-54. Epub 2010 Jul 2

116. Hepburn KW, Lewis M, Sherman CW, Tornatore J. The savvy caregiver program: developing and testing a transportable dementia family caregiver training program. *Gerontologist*. 2003;43(6):908-15.
117. Lethin C et al. Formal support for informal caregivers to older persons with dementia through the course of the disease: an exploratory, cross-sectional study. *BMC geriatrics*, v. 16, n. 1, p. 32, 2016.
118. Cabrera J, Ferre-Grau C. Effectiveness of health web-based and mobile appbased interventions designed to improve informal caregiver's well-being and quality of life: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, p. 104003, 2019.
119. Boots LMM, et al. Effectiveness of a blended care self-management program for caregivers of people with early-stage dementia (partner in balance): randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, v. 20, n. 7, p. e10017, 2018.
120. Alves LCS. Avaliação da eficácia de um treinamento on-line para cuidadores informais de idosos com doença de Alzheimer: Ensaio clínico controlado randomizado. UFSCAR; 2020 1-91.
121. Perren S, Schmid R, Wettstein A. Caregivers' adaptation to change: the impact of increasing impairment of persons suffering from dementia on their caregivers' subjective wellbeing. *Aging Ment Health*. 2006;10(5):539-48.
122. Onor ML, Trevisiol M, Negro C, Alessandra S, Saina M, Aguglia E. Impact of a multimodal rehabilitative intervention in demented patients and their caregivers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2007;22:261-72.
123. Martin-Carrasco M, Martin MF, Valero CP, Millan PR, Garcia CI, Montalban SR, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24:489-99.
124. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Comissão Especial COVID-19: Recomendações para Prevenção e Controle de infecções

por coronavírus (SARS-Cov-2) em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Villas Boas et al., 2020.

Apêndices

APÊNDICE 1 – TCLE CUIDADORES

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – CUIDADOR

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada “**Avaliação dos sintomas comportamentais e psicológicos na demência: intervenção psicoeducacional em cuidadores em instituições de longa permanência para idosos**”, que pretende investigar a prevalência sintomas comportamentais e psicológicos em pacientes com demência e avaliar a eficácia de intervenção psicoeducacional ou orientação por escrito projetada para facilitar o cuidado por parte dos familiares com o paciente com demência.

Você foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por cuidar do idoso com diagnóstico de demência nesta instituição de longa permanência. A pesquisa consta de questionários de múltipla escolha com algumas afirmações, onde você deve assinalar a afirmação que mais se assemelha a como tem se sentido nos últimos dias. A duração da aplicação dos questionários ocorrerá em, aproximadamente, 60 minutos e não será gravada. A pesquisa é importante, pois intervenções voltadas aos cuidadores possuem uma relevância social considerando que os sintomas comportamentais e psicológicos na demência causam intenso sofrimento em pacientes, familiares e cuidadores aumentando a sobrecarga no cuidador e problemas de saúde mental.

Este termo de consentimento será feito em duas vias, sendo que uma das vias ficará com você. Sua participação é voluntária e não lhe acarretará nenhum custo. Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir em seu trabalho. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo. É garantido total sigilo do seu nome e dos dados que forem coletados a seu respeito. Você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através do telefone (14) 3880-1609 ou com o pesquisador responsável (18) 99724-1854, para maiores esclarecimentos.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Evelise Saia Rodolpho

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Orientador: Alessandro Ferrari Jacinto, FMB – Botucatu (Unesp) Fone: (14) 3880-1106.

E-mail: alessandrojacinto@uol.com.br

Pesquisadora: Evelise Saia Rodolpho, Rua Alcides de Lima, 226 Fone: (18)99724-1854.

E-mail: evesrodolpho@gmail.com

APÊNDICE 2 – TCLE IDOSOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - IDOSO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada **“Avaliação dos sintomas comportamentais e psicológicos na demência: intervenção psicoeducacional em cuidadores em instituições de longa permanência para idosos”**, que pretende investigar a prevalência sintomas comportamentais e psicológicos em pacientes com demência e avaliar a eficácia de intervenção psicoeducacional ou orientação por escrito projetada para facilitar o cuidado e manejo com o paciente com demência. Deste modo, vimos pedir sua autorização para incluí-lo no estudo, solicitando que responda a algumas questões simples e a um rápido teste de memória que leva em média 5 minutos para ser concluído.

Este termo de consentimento será feito em duas vias, sendo que uma das vias ficará com você.

Sua participação é voluntária e não lhe acarretará nenhum custo. Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir em seu tratamento. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo. É garantido total sigilo do seu nome e dos dados que forem coletados a seu respeito.

Você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) através do telefone (14) 3880-1609 ou com o pesquisador responsável (18) 99724-1854, para mais esclarecimentos.

Nome do Idoso: _____

Assinatura do Cuidador: _____

Pesquisadora: Evelise Saia Rodolpho

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Orientador: Alessandro Ferrari Jacinto, FMB – Botucatu (Unesp) Fone: (14) 3880-1106.
E-mail: alessandrojacinto@uol.com.br

Pesquisadora: Evelise Saia Rodolpho, Rua Alcides de Lima, 226 Fone: (18)99724-1854. E-mail: evesrodolpho@gmail.com.

APÊNDICE 3 – PROTOCOLO DE PESQUISA SOBRE CUIDADORES

Questionário Sociodemográfico

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: () Fem () Mas Est. Civil: _____
Escolaridade: _____ Renda: _____
Há quanto tempo trabalha na instituição: _____
Quantas horas semanais: _____ Único emprego: () Sim () Não

Instrumento 1: SRQ 20 - Self Report Questionnaire

Instruções:

Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda **SIM**. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda **NÃO**.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
01- Sente dores de cabeça com frequência?	() SIM () NÃO
02- Tem falta de apetite?	() SIM () NÃO
03- Dorme mal?	() SIM () NÃO
04- Assusta-se com facilidade?	() SIM () NÃO
05- Suas mãos tremem?	() SIM () NÃO
06- Sente-se nervoso(a), tenso(a), preocupado(a)?	() SIM () NÃO
07- Tem má digestão?	() SIM () NÃO
08- Tem dificuldade para pensar com clareza?	() SIM () NÃO
09- Tem se sentido triste ultimamente?	() SIM () NÃO
10- Tem chorado mais do que o costume?	() SIM () NÃO
11- Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	() SIM () NÃO
12- Tem dificuldades para tomar decisões?	() SIM () NÃO
13- Seu trabalho diário é um sofrimento?	() SIM () NÃO
14- É incapaz de desempenhar um papel útil na vida?	() SIM () NÃO
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?	() SIM () NÃO
16- Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimos?	() SIM () NÃO
17- Tem tido ideias de acabar com a própria vida?	() SIM () NÃO
18- Sente-se cansado(a) o tempo todo?	() SIM () NÃO
19- Tem sensações desagradáveis no estômago?	() SIM () NÃO
20- Fica cansado com facilidade?	() SIM () NÃO

Instrumento 2: Patient Health Questionnaire – Two Itens (PHQ-2)

Instruções: Ao longo das **duas últimas semanas**, com que frequência você foi incomodado por algum dos seguintes problemas?

	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Sentindo-se triste, deprimido ou sem esperança	0	1	2	3

Instrumento 3: Zarit Burden Interview

Instruções: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência você se sente daquela maneira. Não existem respostas certas ou erradas.

Afirmiação/Pontuação	Nunca 0	Rarament e 1	Algumas vezes 2	Frequentement e 3	Sempre 4
1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que necessita?					
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/ Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?					
3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?					
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?					
6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com os outros membros da família ou amigos?					
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?					
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?					
9. O Sr/Sra se sente tenso quando S está por perto?					
10. O Sr/Sra sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?					
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?					
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?					
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em					

casa, por causa de S?					
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?					
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?					
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?					
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?					
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?					
19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?					
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?					
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?					
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?					

*No texto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.

*Neste item as respostas são: nem um pouco = 0, um pouco = 1, moderadamente = 2, muito = 3, extremamente = 4.

Instrumento 4: SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

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

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

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

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Algum a parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido	1	2	3	4	5	6

que nada pode anima-lo?						
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

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

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

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

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

Avaliação de Conhecimento sobre Demência – DKAT-2

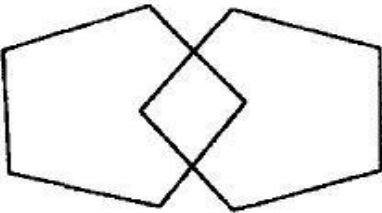
Afirmações	SIM	NÃO	NS
1. A demência ocorre devido a mudanças no cérebro.			
2. As mudanças no cérebro que causam demência geralmente são progressivas.			
3. A Doença de Alzheimer é a principal causa de demência.			
4. Doenças vasculares também podem causar demência.			
5. Confusão mental em idosos quase sempre é causada por demência.			
6. Apenas idosos desenvolvem demência.			
7. Conhecer a causa provável de demência pode ajudar a entender sua progressão.			
8. Falta de controle da urina e/ou fezes sempre ocorre nos estágios iniciais da demência.			
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.			
11. As pessoas com demência podem desenvolver problemas de percepção visual (ex. compreender ou reconhecer o que veem).			
12. Crises repentinas de confusão mental são características da demência.			
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).			
14. Dificuldade para engolir surge em estágios avançados da demência.			
15. Mobilidade (ex. caminhar, movimentar-se na cama ou cadeira) fica limitada nos estágios avançados 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.).			
20. É impossível dizer se uma pessoa em estágio avançado de demência está com dor.			
21. Exercícios físicos, às vezes, podem ser benéficos a pessoas com demência.			

APÊNDICE 4 – PROTOCOLO DE PESQUISA SOBRE IDOSOS

Questionário Sociodemográfico

Nome: _____
 Idade: _____ Sexo: () Fem () Mas Est. Civil: _____
 Escolaridade: _____ Lateralidade: _____

Instrumento 1: Mini Exame do Estado Mental

Orientação Temporal (5 pontos)	Qual a hora aproximada?
	Em que dia da semana estamos?
	Que dia do mês é hoje?
	Em que mês estamos?
	Em que ano estamos?
Orientação Espacial (5 pontos)	Em que local estamos?
	Que lugar é este?
	Em que bairro estamos?
	Em que cidade nós estamos?
Registro (3 pontos)	Repetir: CASA – VASO – ÁRVORE
Atenção e Cálculo (5 pontos)	Subtrair: 100-7= 93-7= 86-7= 79-7= 72-7= 65
Memorização (3 pontos)	Repita as 3 palavras: CASA – VASO – ÁRVORE
Linguagem (2 pontos)	Nomear os objetos: RELÓGIO - CANETA
Linguagem (1 ponto)	Repetir a frase: Nem aqui, nem ali, nem lá.
Linguagem (3 pontos)	Siga uma ordem de 3 estágios:
	1- Pegue este papel com a mão direita;
	2- Dobre-o no meio
	3- Coloque-o sob a mesa
Linguagem (1 ponto)	Ler e executar: FECHE OS OLHOS.
Linguagem (1 ponto)	Escrever uma frase completa e que tenha sentido. Deve conter sujeito e objeto.
Capacidade Construtiva Visual (1 ponto)	Copiar o desenho:
	

Instrumento 2 – Índice de Katz: Atividades básicas de vida diária

ABVD	Afirmação	Sim	Não
Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe para uma parte do corpo	1	0
Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos	1	0
Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bendala)	1	0
Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e se levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)	1	0
Continência	Controla completamente urina e fezes	1	0
Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar ou passar manteiga no pão)	1	0

Total: _____

Resultados:

- () Independência – 5 a 6 pts
- () Dependência Parcial – 3 a 4 pts
- () Dependência Importante – 0 a 2 pts

Instrumento 3 – Avaliação Clínica da Demência

	Nenhuma 0	Questionável 0,5	Leve 1	Moderada 2	Grave 3
Assuntos comunitários	Funcionalmente independente ao nível usual de trabalho, compras, atividades voluntárias e grupos sociais	Leve incapacidade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, ainda que possa se engajar em algumas. Parece normal quando casualmente inspecionado	Sem pretensão de manter funções independentes fora do domicílio. Parece suficientemente bem para ser levado à atividades fora do domicílio familiar	Parece muito doente para ser levado para fora do domicílio
Atividades domésticas e passatempos	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual, bem mantidos	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual levemente comprometido	Incapacidade leve, porém definitiva, para atividades do lar. Abandono de atividades mais difíceis, passatempos complicados. Outros interesses abandonados	Somente as ações simples estão preservadas; interesse restrito	Ausência de atividades significantes no domicílio
Cuidado pessoal	Plenamente capaz de manter autocuidado		Necessita “incentivo”	Requer assistência no vestuário, higiene e manejo de itens pessoais	Requer muita ajuda no cuidado pessoal; incontinência frequente
Julgamento e resolução de problema	Resolve problemas do cotidiano, incluindo atividades comerciais e financeiras; capacidade de julgamento adequado quando comparada ao desempenho anterior	Incapacidade leve, para resolver problemas; identificar similaridades e diferenças	Dificuldade moderada no manejo de problemas, identificação de similaridades e diferenças. Julgamento social usualmente preservado	Enorme incapacidade para manejar problemas, similaridades e diferenças. Julgamento social comprometido	Incapaz de fazer julgamentos ou resolver problemas
Memória	Sem perda de memória; esquecimento inconstante	Esquecimento leve consistente, relembra parcialmente eventos. “Esquecimento benigno”	Perda moderada da memória, mais acentuada para eventos recentes. Interferência nas atividades da vida diária	Perda grave da memória, com retenção apenas de dados fortemente consolidados, novos dados rapidamente perdidos	Grave perda da memória; apenas fragmentos permanecem
Orientação	Orientação plena	Orientação plena, exceto	Dificuldade moderada com datas,	Dificuldade grave com datas,	Orientação apenas em

		dificuldade branda com datas	orientação quanto ao “espaço” onde se realiza exame; pode apresentar desorientação geográfica	desorientação usual quanto ao tempo Permanece quanto ao espaço	relação em relação à pessoa
--	--	------------------------------------	--	--	--------------------------------

Grau de acometimento: _____

Instrumento 4 – NPI-Q

Instruções: Por favor, responda as seguintes questões baseado nas mudanças que ocorreram após o paciente ter começado a apresentar problemas de memória.

Circule “Sim” apenas se os sintomas seguintes estiveram presentes no último mês. Se não estiveram presentes, circule “não”. Para cada sintoma que marcar “sim” classifique a gravidade e desgaste conforme explicado abaixo:

a) Classifique a **GRAVIDADE** do sintoma (quanto o sintoma afeta o paciente)

1= Leve (Existe, mas não é significativa)

2= Moderada (Significativa, mas não muito intensa)

3= Grave (Muito intensa)

b) Classifique o **DESGASTE** que você sente devido a esse sintoma (quanto esse sintoma cansa você):

0= Nada

1= Quase nada

2= Pouco

3= Médio

4= Muito

5= Quase insuportável

Delírios		O paciente acredita em algo que não é verdade, por exemplo, que está sendo roubado ou que está sendo prejudicado de alguma forma?										
Sim	Não	Gravidade	1	2	3	Desgaste	0	1	2	3	4	5
Alucinações		O paciente apresenta alucinações tais como vozes ou visões que não existem? Ele ouve ou vê coisas que não estão presentes?										
Sim	Não	Gravidade	1	2	3	Desgaste	0	1	2	3	4	5
Agitação/ Agressividade		O paciente às vezes se recusa a receber ajuda ou é difícil de ajudá-lo?										
Sim	Não	Gravidade	1	2	3	Desgaste	0	1	2	3	4	5
Depressão		O paciente parece triste ou diz estar deprimido?										
Sim	Não	Gravidade	1	2	3	Desgaste	0	1	2	3	4	5
Ansiedade		O paciente fica incomodado quando fica longe de você? Ele apresenta algum outro sinal de nervosismo como respiração rápida, não consegue relaxar ou se sente muito tenso?										
Sim	Não	Gravidade	1	2	3	Desgaste	0	1	2	3	4	5
Euforia/ Elação		O paciente aparenta estar bem demais ou age como se estivesse extremamente feliz?										
Sim	Não	Gravidade	1	2	3	Desgaste	0	1	2	3	4	5
Apatia/ Indiferença		O paciente parece menos interessado nas suas atividades do dia-a-dia ou nas atividades que são propostas a ele?										
Sim	Não	Gravidade	1	2	3	Desgaste	0	1	2	3	4	5

Desinibição		O paciente age impulsivamente com estranhos, por exemplo, como se conhecesse eles ou diz coisas que podem ferir os sentimentos das pessoas?										
Sim	Não	Gravidade	1	2	3	Desgaste	0	1	2	3	4	5
Irritabilidade/ Labilidade		O paciente é irritado e impaciente? Ele tem dificuldade de lidar com atrasos ou com espera por atividades planejadas?										
Sim	Não	Gravidade	1	2	3	Desgaste	0	1	2	3	4	5
Distúrbio Motor		O paciente realiza atividades repetitivas como por exemplo caminhar pela casa, mexer em botões da roupa, enrolar fios (linha, cordão, barbante) ou outras atividades repetidamente?										
Sim	Não	Gravidade	1	2	3	Desgaste	0	1	2	3	4	5
Comportamento Noturno		O paciente lhe acorda durante a noite, acorda muito cedo ou cochila muito durante o dia?										
Sim	Não	Gravidade	1	2	3	Desgaste	0	1	2	3	4	5
Apetite/ Alimentação		O paciente aumentou o peso ou diminuiu o peso? Mudou o tipo de comida que gosta?										
Sim	Não	Gravidade	1	2	3	Desgaste	0	1	2	3	4	5

Por favor, responda cada questão com cuidado. Peça ajuda se houver alguma dúvida.

APÊNDICE 5 – FOLDER INFORMATIVO SOBRE DEMÊNCIA

FRENTE



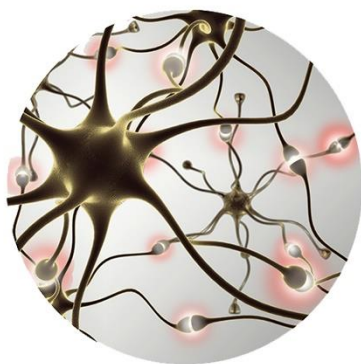
O QUE É DEMÊNCIA?

A demência é uma síndrome que apresenta três características principais (DSM-V):

- Esquecimento ou problemas com a memória
- Alterações de comportamento
- Perda das habilidades adquiridas pela vida (declínio da capacidade funcional)



5ª MAIOR CAUSA DE MORTES NO MUNDO



10 PRINCIPAIS SINAIS:

- 1 - Diminuição da memória
- 2 - Dificuldades em executar tarefas domésticas
- 3 - Problema com o vocabulário
- 4 - Desorientação no tempo e espaço
- 5 - Incapacidade de julgar situações
- 6 - Problemas com o raciocínio e cálculo
- 7 - Colocar objetos em lugares equivocados
- 8 - Alterações de humor e de comportamento
- 9 - Alterações de personalidade
- 10 - Perda da iniciativa (passividade)

DEMÊNCIA DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Compõe 55% das demências em idosos.

De acordo com a Abraz (Associação Brasileira de Alzheimer), mais de 1 milhão de pessoas no Brasil tem a "DA".

ATENÇÃO: Todas as pessoas com Doença de Alzheimer tem demência, mas nem todas as pessoas com demência tem Doença de Alzheimer.



COMO LIDAR COM O IDOSO COM DEMENCIA

Ser observador.

Tratar com igualdade, paciência e empatia.

Não cobrar e nem pressionar o idoso.

Não força-lo a se lembrar, mas sim estimulá-lo.

Utilizar meios que o façam permanecer mentalmente ativo.

Para as alterações de memória:

Uso de calendário diariamente.

Pela manhã, circular a data corrente e dizê-la em voz alta (dia, mês, ano e dia da semana).

Durante o dia, consultar o calendário mais vezes.

A noite, antes de dormir, fazer um "X" sobre o dia atual para que, no dia seguinte se mantenha atualizado.

Rotina fixa:

Dormir, se alimentar e se exercitar em horários regulares também costuma auxiliar o idoso a se situar no tempo.

Ouçá músicas.

Assista a filmes.

Veja fotografias.

Faca trabalhos manuais: jardinagem, artesanato, leitura, jogos, etc...

Evite repetições:

"Como é o meu nome?"

"Como se chama o seu neto?"

Dê dicas e pistas ao idoso:

Ex. "Sou sua filha mais velha e meu nome começa com Ca", incentivando-o a falar "Carolina"

Observações:

Para o idoso que se encontra muito agitado, é importante propor atividades que prendam sua atenção ou solicitar que auxilie com algo.

Se o paciente fizer algo inadequado (falar palavrões, fazer gestos obscenos), diga-lhe de forma calma, mas firme, que este comportamento é inadequado e tente mudar o foco.

Não espere e não exija do idoso com demência a manutenção de um comportamento "normal", pois ele apresenta uma doença neurológica que o impede de compreender e julgar muitas ações.



Informações | www.abraz.org.br/web

APÊNDICE 6 – LINKS INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL

Módulo 1: Envelhecimento humano e educação sobre demência

https://www.youtube.com/watch?v=huleiqEb3BI&feature=youtu.be&ab_channel=WDuarte

Módulo 2: Sintomas comportamentais e psicológicos na demência: como manejar?

https://www.youtube.com/watch?v=l3aOyMQVSgo&feature=youtu.be&ab_channel=WDuarte

Módulo 3: Saúde mental do cuidador de idosos

https://www.youtube.com/watch?v=uCfVy7iiW5Q&feature=youtu.be&ab_channel=WDuarte

APÊNDICE 7 – SLIDES INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL



Intervenção Psicoeducacional

Módulo 1

Envelhecimento humano e educação sobre demência

Evelise Duarte – Psicóloga
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação
"Fisiopatologia em Clínica Médica" - FMB/Unesp



ENVELHECIMENTO HUMANO



CICLO VITAL



Velhice & Envelhecimento



Ciclos da vida			
0 a 12 anos	Infância	12 anos	
12 a 18 anos	Adolescência	6 anos	60 anos
18 a 59 anos	Aduldez	41 anos	
≥ 60 anos	Velhice		
120 anos	Limite biológico estimado da vida	60 anos	60 anos

Fonte: MORAES, 2009.



ENVELHECIMENTO

- Envelhecimento populacional é um fenômeno mundial
- Cenário da população brasileira está se modificando:
 - Declínio da fecundidade
 - Ritmo de nascimentos em decadência
 - Aumento da longevidade

TIPOS DE ENVELHECIMENTO

Senescência: Processo gradual e inevitável de deterioração corporal; fenômeno universal, progressivo, irreversível

Senilidade: Constituído pelas consequências de doenças associadas ao envelhecimento, abusos e ausência de prevenção



A VELHICE NO BRASIL

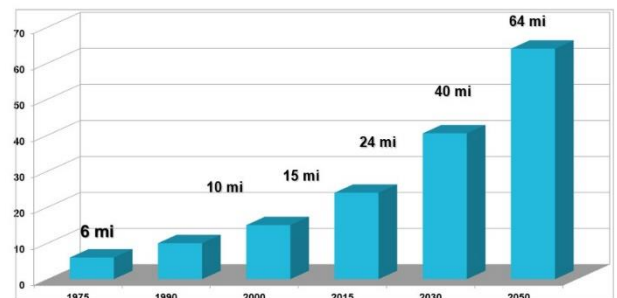


1970: 4,7 milhões de idosos

2018: 30,2 milhões de idosos

Fonte: IBGE, (PNAD Contínua) 2018

EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL

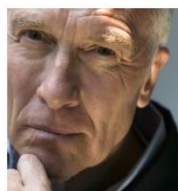


nº de idosos em milhões

QUEM É O IDOSO?

Nos países desenvolvidos idoso ≥ 65

Nos países em desenvolvimento (como o Brasil)
idoso ≥ 60



EXPECTATIVA DE VIDA DOS BRASILEIROS



1980 65 anos
2000 74 anos
2019 80 anos

59 anos
68 anos
73 anos

EDUCAÇÃO SOBRE DEMÊNCIA



FUNÇÕES COGNITIVAS

As habilidades que sofrem declínio com a idade são:

Memória de trabalho (CP):
armazenamento temporário de informação



Velocidade de processamento:
capacidade de realizar com fluidez as tarefas fáceis ou já aprendidas

FUNÇÕES COGNITIVAS

As habilidades que se mantêm inalteradas com a idade são:

-Compreensão verbal e habilidades de linguagem

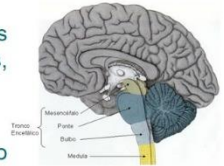


-Atenção

-Habilidade de cálculo

O cérebro

- O **cérebro** está envolvido com as lembranças, resolução de problemas, pensamentos, emoções, raciocínio
- O **cerebelo** controla a coordenação e o equilíbrio
- O **tronco encefálico** liga o cérebro à medula espinhal e controla funções involuntárias como respiração, digestão, ritmo cardíaco e pressão arterial

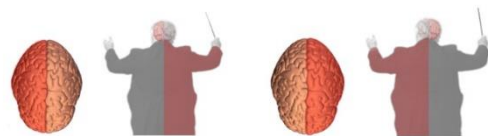


O cérebro

- O cérebro é alimentado por uma imensa rede de vasos sanguíneos
- A cada batimento cardíaco, as artérias transportam de 20 a 25% do seu sangue para o cérebro
- Quando você está pensando muito sobre algo, seu cérebro pode usar até 50% do oxigênio e combustível
- Toda a rede de vasos inclui veias e vasos capilares, além das artérias



O cérebro



- O cérebro está dividido em dois hemisférios, o **direito** e o **esquerdo**
- O **lado esquerdo** controla os movimentos do **lado direito** do corpo
- O **lado direito** controla os movimentos do **lado esquerdo** do corpo

O cérebro

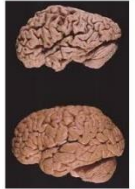
- O verdadeiro trabalho do seu cérebro é realizado pelos **neurônios**
- Um cérebro adulto contém cerca de 100 bilhões de neurônios
- Os sinais que viajam através dos neurônios formam as memórias, pensamentos e sentimentos
- Os neurônios são o principal tipo de célula destruído pela **doença de Alzheimer**



Demência

A demência é uma *síndrome* que apresenta **três características principais** (DSM-V):

- Esquecimento ou problemas com a memória
- Problemas de comportamento
- Perda das habilidades adquiridas pela vida (**declínio da capacidade funcional – AVD e AIVD**)



DEMÊNCIA

Brasil: 1.400.000 – 55 mil casos por ano

Mundo: 50.000.000 – 10 milhões por ano

5ª maior causa de morte no mundo

Aos 60 anos: 2%
Aos 80 anos: 30%
Aos 90 anos: 50%



Fonte: www.abraz.org.br

SINAIS E SINTOMAS

1. Diminuição da memória
2. Dificuldades de executar tarefas domésticas
3. Problema com o vocabulário
4. Desorientação no tempo e espaço
5. Incapacidade de julgar situações



SINAIS E SINTOMAS

6. Problemas com o raciocínio e cálculos
7. Colocar objetos em lugares equivocados
8. Alterações de humor e de comportamento
9. Alterações de personalidade
10. Perda da iniciativa – passividade



As demências **mais comuns** em idosos são:

- Demência da Doença de Alzheimer
- Demência Vascular
- Demência Frontotemporal
- Demência da Doença de Parkinson
- Demência com Corpos de Lewy
- Demências Potencialmente Reversíveis



Demência da Doença de Alzheimer



DEMÊNCIA DA DOENÇA DE ALZHEIMER

- Compõe 55% das demências em idosos
- De acordo com a Abraz mais de 1 milhão de pessoas no Brasil tem a DA
- Até **2030** esse nº dobrará e até **2050** triplicará

ATENÇÃO: Todas as pessoas com Doença de Alzheimer tem demência, mas nem todas as pessoas com demência tem Doença de Alzheimer

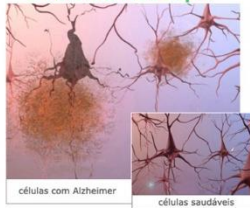
FISIOPATOLOGIA DA D.A.

O tecido com Alzheimer possui um número menor de neurônios e transmissões

As placas, depósitos anormais de fragmentos de proteína β -amiloide, se agrupam entre os neurônios

Células mortas contém emaranhados neurofibrilares, que são formados por filamentos de proteína Tau

Sob o microscópio

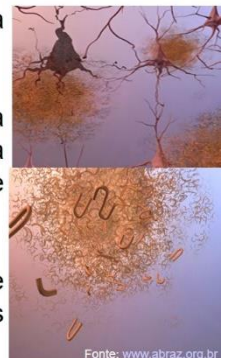


FISIOPATOLOGIA DA D.A.

As placas senis são formadas quando pedaços da proteína chamada β -amiloide se agrupam

As β -amiloide vêm de uma proteína maior encontrada na membrana gordurosa que envolve as células nervosas

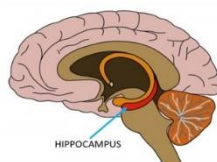
A β -amiloide é quimicamente "pegajosa" e se junta aos poucos formando as placas



Fonte: www.abraz.org.br

DEMÊNCIA DA DOENÇA DE ALZHEIMER

O emparelhamento destruidor de placas e emaranhados começa na região chamada hipocampo, que é responsável por formar novas memórias (por isso a perda de memória recente é o primeiro sinal da doença)

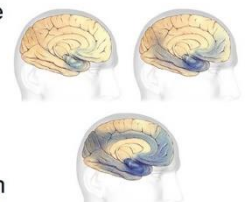


DEMÊNCIA DA DOENÇA DE ALZHEIMER

As placas e emaranhados começam a se formar **15 anos antes** das manifestações clínicas e tendem a se espalhar por todo o córtex cerebral

A **velocidade de progressão** varia muito

As pessoas com Alzheimer vivem, em média, 8 anos, mas algumas pessoas podem sobreviver por mais de 20 anos



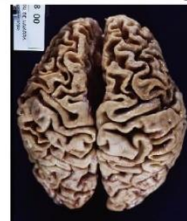
Demência Vascular

- Pode ser considerada a segunda maior causa de demência
- É causada por lesões cerebrais de origem vascular e as manifestações clínicas dependem da localização e do número de lesões
- Podem ocorrer como infartos silenciosos, que não resultam em ataque reconhecido clinicamente, e como AVE
- **Os fatores de risco são:** HAS, DM, hipercolesterolemia, tabagismo, trombose, abuso de álcool e fatores genéticos



Demência Frontotemporal

- A alteração típica no exame de neuroimagem é a redução da região frontal e temporal do cérebro
- Caracterizada por mudanças de comportamento e deterioração na personalidade e na cognição

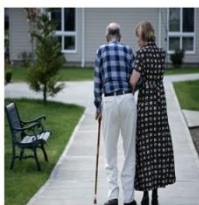


Demência da Doença de Parkinson

- Cerca de 40% dos pacientes com Doença de Parkinson podem evoluir para quadros demenciais
- Para esse diagnóstico, é necessário que o quadro demencial ocorra após um ano do início do quadro da Doença de Parkinson

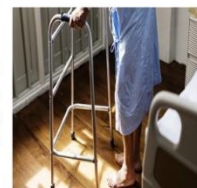
A atenção é uma das funções mais prejudicadas!

- A memória também pode estar afetada, mas em um grau menos intenso do que é observado na Doença de Alzheimer
- Outra capacidade muito comprometida é a de planejar, organizar e regular um comportamento motor (função executiva)
- Também são comuns os quadros de depressão e de alucinações visuais (ver animais, pessoas)



Demência com Corpos de Lewy

- Causada pela presença de alterações cerebrais chamadas de corpos de Lewy (alfa-sinucleína)
- Os critérios para o diagnóstico incluem sintomas das DDP (rigidez da musculatura, movimentos mais lentos) tremores são mais raros, alucinações visuais (ver coisas que não existem: pessoas, animais, objetos e crianças)
- Outras características da doença incluem quedas repetidas, desmaios, delírios (acreditar em coisas que não existem), outras formas de alucinações (auditivas, ouvir coisas que não existem) e sensibilidade importante, com reações adversas intensas, ao uso de medicações para delírios e alucinações (antipsicóticos)



DEMÊNCIAS POTENCIALMENTE REVERSÍVEIS

Encefalopatia tóxica: medicamentos, álcool

Doenças compressivas intracranianas: hemorragias intracranianas, tumores, traumatismo craniano

Encefalopatias infecciosas: HIV, neurosífilis

Encefalopatias endócrinas, metabólicas: hipotireoidismo, carências nutricionais vitamina B12

Pseudodemência



DEPRESSÃO E DEMÊNCIA



A DEPRESSÃO PODE SE APRESENTAR COM QUEIXAS COGNITIVAS!

- ✓ Pacientes com demência apresentam com frequência sintomas depressivos (reação a um déficit cognitivo)
- ✓ Pacientes com depressão apresentam sintomas cognitivos (pseudodemência)
- ✓ 25% dos pacientes com demência em fase inicial são erroneamente rotulados como deprimidos



OBRIGADA!



Intervenção Psicoeducacional

Módulo 2

Sintomas comportamentais e psicológicos na demência: como manejar?

Evelise Duarte – Psicóloga
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação
"Fisiopatologia em Clínica Médica" - FMB/Unesp

unesp Conceito



Descreve uma heterogênea gama de sintomas psiquiátricos, reações psicológicas e alterações do comportamento.

Em 1996, a International Psychogeriatric Association, definiu como:

"Sintomas relativos a alterações na sensopercepção, no conteúdo do pensamento, no humor e no comportamento, que frequentemente ocorrem em pacientes com demência".

unesp Conceito



Sintomas psicológicos:

- ansiedade
- humor depressivo
- alucinações/delírios



Sintomas comportamentais:

- Desinibição sexual
- Inquietude
- Armazenar coisas
- Vagar
- Comportamentos socialmente inadequados



unesp Conceito



Os SPCD são agrupamentos de problemas clínicos

Em 2010, a Alzheimer's Association propôs uma divisão em cinco síndromes:

- ✓ Apatia
- ✓ Depressão
- ✓ Alterações do sono
- ✓ Agitação
- ✓ Psicose



unesp Relevância social



Os SPCD causam:

- Intenso sofrimento em pacientes e cuidadores
- Tendem a ser mais devastadores que os sintomas cognitivos
- Causam mais incapacidades e sofrimento psíquico
- Pioram a QV dos idosos e dos cuidadores
- Aumentam os gastos financeiros e estresse do cuidador
- Aumentam o risco do cuidador desenvolver quadros depressivos
- Causa frequente de institucionalização precoce

Relevância social

SPCD com maior impacto emocional em cuidadores:

- ✓ Desinibição
- ✓ Agitação
- ✓ Irritabilidade
- ✓ Apatia



Epidemiologia

- Os SPCD são comuns e podem estar presentes em todos os estágios das diferentes demências
- Alguns sintomas são flutuantes e não necessariamente progressivos
- Há períodos de exacerbação seguidos de remissão parcial



Epidemiologia

- Quase 90% dos acometidos apresentaram pelo menos um tipo de SPCD grave
- Estima-se que a prevalência de SPCD em portadores de demência é de 78% nas ILPI
- A prevalência é alta também em idosos demenciados residindo na comunidade (71%)

Steinberg et al., 2008 / Tatsch et al., 2006

Epidemiologia

- As prevalências dos SPCD se elevam na fase moderada da demência e decaem na fase avançada
- Alguns sintomas, como irritabilidade, apatia e psicose



Correlação com o nível de declínio cognitivo

Epidemiologia

- No CCL, os transtornos neuropsiquiátricos são também prevalentes
- Os SPCD são identificados em 35 a 75% dos pacientes, sendo mais comum:
 - ✓ Depressão
 - ✓ Apatia
 - ✓ Ansiedade
 - ✓ Irritabilidade



COMO LIDAR COM O IDOSO DEMENCIADO



Orientações gerais:

- Ser observador
- Saber identificar sinais
- Tratar com igualdade e paciência
- Não cobrar nem pressionar
- Não forçá-lo a se lembrar, mas sim estimulá-lo
- Utilizar meios que o façam permanecer mentalmente ativo



Para as alterações de memória:

✓ Uso de calendário, diariamente:

- Pela manhã, circular a data corrente e dizê-la em voz alta (dia, mês, ano e dia da semana)
- Durante o dia, consultar o calendário e a data outras vezes
- À noite, antes de dormir, fazer um "X" sobre o dia atual, para que, no dia seguinte, se mantenha atualizado



✓ Rotina fixa:

- Dormir, se alimentar e se exercitar em horários regulares

Para as alterações de memória:

- ✓ Ouça músicas
- ✓ Assista a filmes
- ✓ Veja fotografias
- ✓ Faça trabalhos manuais
- ✓ Evite repetições:
 - Que dia é hoje?
 - Como é o meu nome?
- ✓ Dê dicas e pistas:
 - "Sou sua cuidadora e meu nome começa com Ca", (incentivando-o a falar "Carolina")



Para agitação e desinibição:

- ✓ Para o paciente que se encontra muito agitado, é importante propor atividades que prendam sua atenção
- ✓ Se o paciente falar palavrões, fazer gestos obscenos, diga-lhe de forma calma, mas firme, que este comportamento é inadequado e tente mudar o foco

Não espere e não exija dele a manutenção de um comportamento "normal", pois ele apresenta uma doença neurológica que o impede de compreender e julgar muitas ações.

Para agressividade:

- ✓ Não enfrente o idoso
- ✓ Adote uma postura empática
- ✓ Busque sempre o contato visual e aproxime-se do idoso aos poucos
- ✓ Tente antecipar os quadros de agressividade
- ✓ Não o apresse na realização das atividades do dia a dia
- ✓ Quando o paciente estiver nervoso, procure chamar sua atenção para algo que possa acalmá-lo
- ✓ Retirar o idoso daquele ambiente



Para agressividade:

- ✓ Evite cobranças e exigências
- ✓ Em casos de crises de agressividade, procure desligar todos os estímulos sonoros e visuais, deixando o ambiente tranquilo
- ✓ Sem deixá-lo ainda mais nervoso, procure saber qual o motivo daquela reação
- ✓ Se o idoso estiver muito agressivo, retire do ambiente todos os objetivos pontiagudos e que possam causar algum ferimento
- ✓ Caso as crises de agressividade se tornem frequentes, busque a ajuda médica

Para agressividade:

- ✓ Evite cobranças e exigências
- ✓ Em casos de crises de agressividade, procure desligar todos os estímulos sonoros e visuais, deixando o ambiente tranquilo
- ✓ Sem deixá-lo ainda mais nervoso, procure saber qual o motivo daquela reação
- ✓ Se o idoso estiver muito agressivo, retire do ambiente todos os objetos pontiagudos e que possam causar algum ferimento
- ✓ Caso as crises de agressividade se tornem frequentes, busque a ajuda médica

MANEJANDO O COMPORTAMENTO DO IDOSO:

ANÁLISE FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO



O QUE É ANÁLISE FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO?

- ✓ Trabalha com comportamentos que podem ser observados e modificados
- ✓ Eventos antecedentes e consequentes do comportamento na modificação do mesmo

Antecedente → Comportamento → Consequências

EXEMPLO:

Data: ___/___/___		
Observado (idoso com demência): _____		
Observador: _____		
Antecedente	Comportamento	Consequência
Multidão de pessoas no refeitório no momento do lanche	Idoso com demência fala um palavrão	Recebe a atenção do cuidador que o repreende verbalmente

REFORÇAMENTO (RECOMPENSA)

- ✓ O REFORÇO POSITIVO é a forma de reforço ideal para o aprendizado
- ✓ Uma alternativa para a diminuição de comportamentos inadequados é o reforço diferencial



EXEMPLO:

Data: ___/___/___		
Observado (idoso com demência): _____		
Observador: _____		
Antecedente	Comportamento	Consequência
Multidão de pessoas no refeitório no momento do lanche	Idoso com demência fala um palavrão	Cuidador ignora o comportamento e se aproxima do idoso para dar atenção apenas quando este para de xingar e se engaja em um comportamento mais adequado

ENTREGA DO PROTOCOLO

OBRIGADA!



Intervenção Psicoeducacional

Módulo 3

Saúde mental do cuidador de idosos

Evelise Duarte – Psicóloga
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação
"Fisiopatologia em Clínica Médica" - FMB/Unesp



O Cuidado e o Cuidador de Idosos



O que é cuidar?



Cuidar é mais que um ato, é uma atitude
(Leonardo Boff)

Quem é o cuidador?

É aquele que exerce a função de cuidar

A função principal do cuidador é acompanhar e auxiliar o idoso a se cuidar



O Cuidador Formal

- Contratado pela família ou instituição
- Pode ou não ser o cuidador principal
- Muitas vezes são acompanhantes com práticas de enfermagem



O Cuidador Informal (Familiar)



Membro direto da família ou amigo

Não é especializado para o processo de cuidar

Geralmente não é remunerado

Nem todos os cuidadores escolhem ser cuidadores

- Imposição familiar
- Falta de recursos e de apoio
- Obrigação conjugal ou filial
- Resistência do idoso



Quando assumem o papel geralmente são desinformados sobre como atuar

As tarefas mais desgastantes são aquelas que envolvem cuidados com déficits comportamentais e de distúrbios cognitivos

Os cuidadores que são resistentes ao assumir o cuidado tendem a adquirir menos habilidades ou a não ser tão bons cuidadores



Consequências do Cuidar

Pesquisas destacam os efeitos negativos da dedicação do cuidar sobre a **saúde física e mental**:

- Prevalência de depressão e ansiedade
- Maior uso de drogas psicotrópicas
- Pior saúde percebida
- Sobrecarga emocional
- Sentimentos de culpa e tensão



Outro lado da moeda

O senso de sobrecarga pode se estabilizar ou diminuir ao longo do tempo.

O cuidador aprende a desempenhar as tarefas ou estabelece novos níveis de adaptação para comportamentos e estados psicológicos



Outro lado da moeda

Os efeitos positivos do cuidado também podem ser:

- Elevação da autoestima
- Fortalecimento dos laços de relacionamento
- Crescimento pessoal



Características do Cuidador de Idosos



Habilidades, Qualidades e Tarefas do Cuidador de Idosos

- Qualidades físicas e intelectuais
- Capacidade de observação
- Qualidades éticas e morais
- Responsabilidade e motivação
- Bom senso, apresentação, higiene



Habilidades, Qualidades e Tarefas do Cuidador de Idosos

- Ajudar e estimular o idoso
- Acompanhar o idoso aos exames, consultas
- Cuidar do vestuário
- Facilitar e estimular a comunicação
- Cuidar da medicação do idoso



Atenção!

O cuidado e a ajuda (em excesso) podem gerar dependência!



Depressão no cuidador

Depressão: é um distúrbio afetivo caracterizado por alguns **sintomas** que persistem por um determinado **período de tempo**



Sintomas

- Humor deprimido
- Anedonia
- Alteração do apetite
- Cansaço



Outros sintomas

- Distúrbio do sono
- Problemas psicomotores
- Falta de energia
- Culpa excessiva
- Dificuldade de concentração
- Ideação suicida



Como perceber que está deprimido?

- Sentindo os sintomas descritos, com **duração mínima** de duas semanas

Não confundir tristeza com depressão!



Ansiedade no cuidador

Ansiedade:

Resposta de proteção que prepara o organismo para lutar ou fugir

É uma experiência humana **universal**



Sintomas

- Taquicardia
- Falta de ar
- Mãos frias
- Dor
- Hiperventilação
- Hipervigilância



Aniedade Patológica

- Quando a ansiedade é muito constante e persistente, **impedindo a vida normal**
- Os distúrbios da ansiedade são **associados a eventos estressantes**
- Os **mais comuns** são:
 - Síndrome do Pânico
 - Transtorno de Estresse Pós-Traumático
 - Transtorno de Ansiedade Generalizada
 - Transtorno Obsessivo Compulsivo



Causas de Depressão e Ansiedade no Cuidador

- **Sobrecarga física e psíquica** a que os cuidadores estão expostos, levando à **má qualidade de vida**
- Lidar com **idosos agressivos**, **PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO**
- Cuidar de idosos **MUITO** dependentes

Causas de Depressão e Ansiedade no Cuidador

- **Sobrecarga física e psíquica** a que os cuidadores estão expostos, levando à **má qualidade de vida**
- Lidar com **idosos agressivos**, **PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO**
- Cuidar de idosos **MUITO** dependentes

Outras causas

Sensação de impotência, sentimento de culpa, solidão, preocupação e tristeza

Diminuição de lazer



Prevenção

- Exercícios físicos
- Frequentar um grupo
- Arteterapia
- Lazer
- Qualidade de sono
- Alimentação saudável e balanceada
- Prevenção e cuidados de outras doenças físicas



Stress / Sobrecarga do Cuidador

Determinantes:

Falta de habilidades

Falta de apoio

Histórico de relacionamento



Stress / Sobrecarga do Cuidador

Causas

- Pressão psicológica
- Sobrecarga física
- Dependência do idoso
- Sentimento de culpa



Stress / Sobrecarga do Cuidador

Consequências

- Depressão
- Ansiedade
- Estresse
- Uso de drogas
- Piora da saúde
- Isolamento
- Violência contra o idoso
- Má qualidade do cuidado



Como agir?

Obter conhecimento!

- Se informar sobre a condição clínica do idoso
- Buscar conhecimentos e treinamento
- Manter-se atualizado



Como agir?

Buscar apoio formal

- Sistema Público:
UBS, Postos de Atendimento, NSF
- Cursos de capacitação



Como agir?

Buscar apoio informal

Familiares e amigos

- O cuidador não pode pensar que tem que fazer tudo sozinho
- Deve dividir as tarefas



Cuidador, fique atento!

Refleta sobre se você precisa cuidar mais de si mesmo!

Preste atenção aos sinais de alerta do corpo!



Sinais de alerta do corpo:

- Problemas de sono
- Fadiga crônica, perda de energia, desinteresse
- Consumo excessivo de bebidas com cafeína, álcool ou cigarro e remédios para dormir
- Palpitações, tremores
- Esquecimentos, falta de concentração
- Aumento ou diminuição do apetite
- Mudanças de humor



Cuide-se!

Para que você consiga realizar seu trabalho de cuidar com sucesso, primeiro cuide de si mesmo!



OBRIGADA!



APÊNDICE 8 – PROTOCOLO DE REGISTRO DE ANÁLISE FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO

Data: ___/___/_____

Observado (idoso com demência): _____

Observador (cuidador): _____

Antecedente	Comportamento	Consequência

Anexos

ANEXO 1 – LISTA DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS (2018)

NOME	TELEFONE	ENDEREÇO
Lar Padre Euclides – Asilo	3815-7100	Rua Visconde do Rio Branco, s/n
Casa de Repouso Bom Samaritano	3813-0366	Rua Rafael Silveira Campos, 107
Casa de Repouso Cura D'ars		Rua Coronel Fonseca, 199
Casa de Repouso Paraíso*	3842-2776	Rua Candido Vilas Boas, 709
Casa de Repouso Santa Edwirges	3882-7049	Rua Chico Bras, 150
Casa de Repouso Dell' Amore**	3882-4097	Rua Carlos Guadanini, 2446
Casa de Repouso Santa Terezinha	3813-4149	Rua Darcilio Pinheiro Machado, 241
Clínica Nativa	3814-2281	Rua Joaquim Marins, 690
Casa de Repouso Renascer em Cristo	99678-6333	Rua Doze, 88
Lar para Terceira Idade Nossa Senhora de Fátima	3353-0513	Rod. Marechal Rondon, km 252
Casa de Repouso Vovó Sebastiana	3813-7726	Rua Joaquim Pedro de Mattos, 252

*Não aceitou a realização da pesquisa.

**Encerrou as atividades logo após o início da pesquisa.

ANEXO 2 – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EM UNIDADE EXTERNA

Declaração

DECLARO que tenho CIÊNCIA E AUTORIZO o desenvolvimento da Pesquisa AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS COMPORTAMENTAIS E PSICOLÓGICOS NA DEMÊNCIA: INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL EM CUIDADORES EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS, a ser conduzida pelo Sr(a) EVELISE SAIA RODOLPHO DUARTE orientado (a) pelo Prof. Dr. ALESSANDRO FERRARI JACINTO, junto a esta Entidade, após aprovação do CEP.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmo a presente.

Botucatu, ____ de _____ de _____

Nome, carimbo e assinatura do responsável

Faculdade de Medicina de Botucatu
Distrito de Rubião Júnior, s/n CEP 18618-970 Botucatu São Paulo Brasil
Tel 14 3880-1001