

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM**

ANDRESSA PUMES DA SILVEIRA

**AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DECLÍNIO
COGNITIVO DOS CUIDADORES PARTICIPANTES DO GRUPO BEM
VIVER COM ALZHEIMER**

CRICIÚMA

2018

ANDRESSA PUMES DA SILVEIRA

**AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DECLÍNIO
COGNITIVO DOS CUIDADORES PARTICIPANTES DO GRUPO BEM
VIVER COM ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para
obtenção do grau de Enfermeira no Curso de
enfermagem da Universidade do Extremo Sul
Catarinense, UNESC.

Orientadora: Profa. Dra. Samira da Silva Valvassori
Co-orientadora: Profa. Dra. Talita Tuon

CRICIÚMA

2018

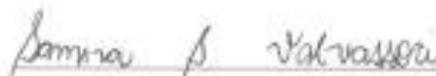
ANDRESSA PUMES DA SILVEIRA

**AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E DECLÍNIO
COGNITIVO DOS CUIDADORES PARTICIPANTES DO GRUPO BEM
VIVER COM ALZHEIMER**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado pela
Banca Examinadora para obtenção do Grau de
Enfermeira no Curso de enfermagem da
Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 12 de novembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Samira da Silva Valvassori - UNESC - Orientadora



Prof. Dra. Josine Budni - UNESC



Prof. Dra. Valdemira Santina Dagostin - UNESC

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu mestre Dr. Daisaku Ikeda, pelas palavras de incentivo diariamente e aos meus amados companheiros da SokaGakai que sempre estiveram ao meu lado me apoiando, dedico também aos meus pais, avós, irmãos, namorado, professores e amigos que sempre estiveram presentes.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao universo por ter me proporcionado vivenciar este momento ao lado de pessoas maravilhosas, cheias de luz e sabedoria. Aos meus pais e avó por terem me proporcionado essa vivência, e não medirem esforços para realizar meus sonhos.

Agradeço aos meus amigos, irmãos, familiares e companheiros da SokaGakkai por todo apoio, incentivo e compreensão. Ao meu namorado por toda ajuda e compreensão.

Ao meu mestre Dr. Daisaku Ikeda por todos os dias me incentivar a ser uma pessoa melhor e vitoriosa fazendo despertar em mim grandiosos valores humanos que contribuam com a sociedade.

Aos meus professores e colegas que fizeram parte da minha trajetória acadêmica, por todo conhecimento e momentos compartilhados.

Em especial gostaria de agradecer a Daniela Bavaresco, Tamires Pacheco, Talita Tuon e a minha professora orientadora Samira Valvassori que foram essenciais no desenvolvimento dessa pesquisa que me auxiliaram, orientarão e dedicarão seu tempo na construção desse trabalho.

Gratidão a todos que fizeram parte dessa história e que contribuiram para a realização do meu objetivo.

O momento em que se depara com a adversidade é a oportunidade da transformação do destino.

"O inverno nunca falha em se tornar primavera".

Aquele que mantém a fé até o fim, sem falta conquista uma grandiosa condição de felicidade.

Daisaku Ikeda

RESUMO

A doença de Alzheimer (DA) é uma doença crônica neurodegenerativa e com o passar do tempo o paciente adquire dependência física, necessitando de um cuidador, que geralmente é um familiar. O cuidar do paciente com DA possui sobrecarga física e emocional, associadas ao comprometimento das atividades da vida diária do idoso, principalmente no estágio grave. Os grupos de apoio atuam na orientação sobre as dificuldades da DA, agindo na promoção de uma melhor qualidade de vida para o paciente e para o cuidador. O objetivo do presente estudo foi avaliar ansiedade, depressão e declínio cognitivo dos cuidadores participantes do grupo Bem Viver com Alzheimer. O estudo foi desenvolvido na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Foram aplicados questionários sócio demográficos e testagens como Mini Exame do estado Mental (MEEM), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Teste de Fluência Verbal (animais), Teste do Desenho do Relógio e o Teste do Reconhecimento de Figuras. Foram avaliados 20 cuidadores participantes do grupo Bem Viver com Alzheimer da UNESC. Os resultados apontaram que os cuidadores, participantes do grupo de apoio, apresentaram níveis baixos de dano cognitivo, 35% sintomas depressivos e 35% sintomas de ansiedade. Frente a isto pode-se sugerir que os grupos terapêuticos permitem aos cuidadores um melhor enfrentamento diante da DA, possibilitando ainda uma melhor qualidade de vida para os cuidadores.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Cuidadores; Ansiedade; Depressão; Cognição.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características da amostra.....	13
Tabela 2 – Avaliações.....	13
Tabela 3 – Associações da Escala de Depressão de Beck- BDI.....	14
Tabela 4 – Associações da Escala de Depressão de Beck- BAI.....	14

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DA – Doença de Alzheimer

AAVDs – Atividades avançadas de vida diária

AIVDs – Atividades instrumentais de vida diária

ABVDs – Atividades básicas de vida diária

BDI II – Inventário de Depressão de Beck

BAI – Inventário de Ansiedade de Beck

MEEM – Mini exame do estado mental

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

DP – Desvio padrão

IMC – Índice de massa corporal.

GAMs - Grupos de Ajuda Mútua

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo Geral.....	8
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
3 REVISÃO DE LITERATURA	9
3.1 DEMÊNCIA	9
3.1.1 Doença de Alzheimer	9
3.1.2 Cuidador.....	10
3.1.3 Depressão.....	10
3.1.4 Ansiedade.....	11
3.1.5 Declínio cognitivo	12
3.1.6 Grupos de apoio	12
4 MÉTODO.....	13
4.1 TIPO De ESTUDO	13
4.2 LOCAIS DO ESTUDO.....	13
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	14
4.3.1 Critério de inclusão.....	14
4.3.2 Critério de exclusão	14
4.3.3 Variáveis	14
4.4 Coleta de dados.....	14
4.4 ANÁLISE DE DADOS.....	15
4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	16
4.6 RISCOS	17
4.7 BENEFÍCIOS	17
4.8 análises estatísticas.....	18
5 RESULTADOS	19
6 DISCUSSÃO	23
7 CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS.....	29
APÊNDICES	34
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	35
APÊNDICE B.....	38

APÊNDICE C - Questionário para Coleta de Dados Sociodemográfico e de Saúde.....	39
ANEXOS	44
ANEXO A- Mini Exame do Estado Mental – Meem	45
ANEXO B.....	46
ANEXO C - Teste do Relógio	47
ANEXO D - Teste de Reconhecimento de Figuras	48
ANEXO E - Parecer Consubstanciado do CEP	49

1 INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer (DA) é uma doença neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta perda da memória e outros distúrbios cognitivos, afetando o funcionamento ocupacional e social (SMITH, 1999). Ocorre diminuição na aquisição de novas memórias, com piora progressiva até que não haja mais nenhum aprendizado novo. Embora nos estágios iniciais haja preservação da memória remota, a perda é global na evolução da DA. O indivíduo, progressivamente, se torna incapaz de desempenhar atividades da vida diária como: trabalhar, ter momentos de lazer, vida social e de cuidar de si mesmo, realizar higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se, passando a depender de um cuidador. Na progressão avançada, observa-se a tríade da DA que são: a afasia, a apraxia e a agnosia. A tríade da DA é caracterizada pela perda significativa da linguagem, da capacidade de desempenhar tarefas e de nomear pessoas e objetos. Alterações psíquicas e comportamentais, tais como psicose, alterações do humor e do sono, agitação psicomotora e agressividade, estão presentes na maioria dos casos, em algum estágio da evolução da demência (FORLENZA, 2005).

Um estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) refere que, em 2008, para cada grupo de cem crianças de zero a quatorze anos existiam vinte e quatro idosos de sessenta e cinco anos ou mais; os mesmos dizem que em 2050, o quadro mudará e para cada cem crianças de zero a quatorze anos existirão cento e setenta e dois idosos. O indicador gráfico de projeção do IBGE (2013), mostra que em 2008 a população geral dos idosos era de 60 à 90 anos ou mais, de homens eram 5,54% e 6,97% eram mulheres, no ano de 2030 a perspectiva é de 8,31% de homens e 10,31% de mulheres idosas. O Relatório Mundial de Alzheimer 2015 estima que, em todo o mundo, 46,8 milhões de pessoas vivam com uma demência e que este número vai dobrar a cada vinte anos (ALZHEIMER DISEASE INTERNATIONAL, 2013).

O principal fator de risco para o desenvolvimento da DA é a idade após os 65 anos e esse risco dobra a cada cinco anos. As mulheres aparentam ter risco maior para o desenvolvimento da doença, assim como os familiares de pacientes com DA, os quais possuem uma carga genética com maior probabilidade de desenvolver essa doença no futuro. Mesmo que a doença ainda não seja considerada hereditária, alguns estudos sugerem essa teoria, principalmente quando a doença tem início antes dos 65 anos. Outros fatores de risco importantes referem-se ao estilo de vida, como: hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo e sedentarismo. Fatores de risco esses considerados modificáveis. Alguns estudos apontam que

se eles forem controlados podem retardar o surgimento da doença (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2018).

Com o avanço e a progressão da doença se faz necessário um cuidador, o acompanhamento de um idoso com DA produz desgaste emocional, psicológico e financeiro para o cuidador familiar, pelo fato de o tratamento ser dispendioso e de o paciente perder gradualmente suas funções cognitivas e evoluir para quadros de total dependência (INOUE et al., 2009). Esses quadros requerem reorganização estrutural da assistência que se prolongará por mais tempo e a necessidade de cuidadores aumentará (GAIOLI; FUREGAO; SANTOS, 2012). Desta forma novas demandas sociais e políticas devem ser adotadas para lidar com esta população, tais como: um maior investimento nas áreas de previdência, saúde e proteção social, garantindo-lhes melhor qualidade de vida no envelhecimento (FERNANDES; SOARES, 2012).

O ato de cuidar é concebido como um potencial humano, referido a uma atitude diante da vida, diante do outro, do social, do ambiente. Uma atitude que depende de o indivíduo reconhecer a condição humana do outro. Uma atitude de cuidado é gerada a partir das experiências pessoais de cada um, e é determinante para oferecer um acolhimento humanizado e respeitoso, reconhecendo a singularidade do próximo (MAFFIOLETTI, LOYOLA, NIGRI, 2006). Propiciar cuidado à saúde é uma atividade que exige muitos conhecimentos, muitas competências e habilidades. Para isso, o cuidador ou familiar, precisa se adaptar e conviver com as inúmeras mudanças ocorridas na vida do idoso (FLORIANO et al., 2012).

O cuidador do idoso com DA desempenha um papel fundamental, pois desenvolve as ações de auxílio em atividades onde este já não pode mais fazer por si só, desta forma este cuidador ajuda a satisfazer as necessidades e assume as responsabilidades de dar apoio ao outro (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015). O portador de DA na maioria das vezes necessitará de tratamento domiciliar e este cuidado envolve familiares, parentes, amigos e profissionais da saúde, que poderão ser contratados para esta tarefa que exige preparo suficiente para lidar com o paciente.

Os processos de construção, desconstrução e reconstrução são vivenciados diariamente pelas famílias, fazendo com que elas se reconheçam, readaptem e ajustem a uma nova realidade. Um exemplo disso é a inversão de papéis que no quadro demencial requer dos filhos ou pessoas mais jovens, enquanto cuidadores, vigilância emocional e psicológica, pois altera a estrutura elaborada pelo desenvolvimento das relações estabelecida ao longo da vida (KAITLYN; NEENA, 2015).

Ansiedade e depressão são os transtornos mais comuns reportados entre os cuidadores, que também apresentam problemas com o sono. Os cuidadores da pessoa com DA disponibilizam períodos longos de cuidado. Além de lidarem com as sobrecargas das atividades, abalo emocional entre outras responsabilidades, o cuidador precisa lidar com seu próprio envelhecimento e possíveis problemas de saúde (GAIOLI; FUREGAO; SANTOS, 2012). Cuidar de idosos com algum grau de dependência interfere na qualidade de vida física, social, financeiro e emocional dos cuidadores, visto que dedicam grande parte do seu tempo à assistência integral desses idosos, abdicando de sua vida pessoal (ALMEIDA; FOSTER, 2006).

O cuidador pode apresentar sentimentos diversos e contraditórios, tais como: raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e da invalidez. Outros sentimentos como desespero, ansiedade e desamparo são comuns em famílias e cuidadores de doentes crônicos e graves. Dessas pessoas é cobrada a habilidade manual, cumprimento dos horários de ingestão dos medicamentos, alimentação apropriada ao idoso e no horário correto, exposição ao sol, amor e entre outros. Todas estas situações põem em risco a saúde do cuidador (ALMEIDA; FOSTER, 2006).

As atividades de cuidado ao idoso com DA podem sobrecarregar o cuidador, ocasionando diversas patologias como estresse, ansiedade, depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia, insônia e outros, prejudicando assim sua saúde e sua qualidade de vida (HEDLER et al., 2016). Estas patologias também podem ocorrer quando o cuidador se sente preso em realizar os cuidados ao idoso e acumula sentimentos negativos e conflitos internos (SANTOS e BORGES, 2015).

Os Grupos de Ajuda Mútua (GAMs) são formados por pessoas que compartilham problemas semelhantes, como os acontecimentos traumáticos de doenças crônicas, prolongadas e incapacitantes. Nesses grupos, as pessoas que fazem trocas de experiências, desenvolvem a habilidade da escuta atenta e interessada, exercitam sua capacidade de ajuda mútua, buscam conhecimento sobre seu problema de saúde junto a uma equipe multidisciplinar, além de desenvolverem o sentimento de pertencimento (PIRES et al., 2017).

A enfermagem tem como papel importante desenvolver ações na assistência de forma integral, aos portadores da DA e seus cuidadores, seja ele na figura de um familiar ou não, promovendo educação permanente em saúde e pesquisas, incluindo novos modelos e métodos que promovam um cuidado mais humanizado (LUZARDO e WALDMAN, 2004). Diante do exposto o presente estudo tem a seguinte questão de pesquisa: Como está a saúde mental do cuidador familiar de pessoas com a DA?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar parâmetros de sintomas de ansiedade, sintomas depressivos e declínio cognitivo de cuidadores participantes do grupo Bem Viver com Alzheimer.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar os sintomas de ansiedade de cuidadores participantes do grupo Bem Viver com Alzheimer, através do Inventário de Ansiedade (BAI) da Escala de Back;
- Avaliar os sintomas de depressão de cuidadores participantes do grupo Bem Viver com Alzheimer, através do Inventário de Depressão (BDI) da Escala de Beck;
- Avaliar os escores de declínio cognitivo de cuidadores participantes do grupo Bem Viver com Alzheimer, através do Miniexame do Estado Mental (MEEM) e bateria de testes de rastreio;
- Realizar um levantamento sócio demográfica de cuidadores participantes do grupo Bem Viver com Alzheimer, através de questionário estruturado.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DEMÊNCIA

A demência é caracterizada como uma síndrome clínica decorrente de uma doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, entre elas memória, atenção e aprendizado, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e julgamento. A o declínio das funções cognitivas é comumente acompanhado, e ocasionalmente precedido, por deterioração do controle emocional, comportamental social ou motivacional, em relação a um nível prévio de desempenho que causa perda da independência para as atividades de vida diária a doença de Alzheimer e a demência vascular são as principais formas de demência no idoso (BRASIL, 2006).

3.1.1 Doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer (DA) é um transtorno global neurocognitivo progressivo, caracterizado por um acúmulo de placas senis que são filamentos anormais da proteína β -amilóide no meio extracelular. Os filamentos anormais da proteína tau formam os emaranhados intracelulares. O que ocasiona grande perda de sinapses e danos cognitivos, que resulta na morte neuronal e na redução dos níveis de substância branca. Do mesmo modo, danos são evidenciados nas estruturas de matéria cinzenta profunda, incluindo o núcleo accumbens e a amígdala. São observados também na DA, danos no núcleo caudado, no hipocampo e no tálamo, que estão associados à memória, ao aprendizado, à mudança de atenção e à memória de trabalho espacial (HERRERO et al., 2002).

A DA é uma das principais doenças crônicas degenerativas que afeta a população dos idosos, corresponde de 55% a 60% dos casos. Pode ser diagnosticada em três fases diferentes. Em sua fase inicial os sintomas são o declínio da memória e aspectos cognitivos, que se instalam de uma forma insidiosa, com uma piora lenta e progressiva, que dura em média de dois a três anos. A Fase intermediária tem como principais sintomas a deterioração mais acentuada dos déficits de memória e pelo aparecimento de sintomas focais, que incluem afasia, apraxia, agnosia, alterações visuoespaciais e visuoestrutivas. Iniciam-se também os distúrbios de linguagem, com o progredir do declínio cognitivo, a capacidade de aprendizado

fica seriamente comprometida. Na fase avançada, e no estágio terminal, todas as funções cognitivas estão gravemente comprometidas, até mesmo, dificuldades para reconhecer faces e espaços familiares. Devido à perda total da capacidade para realizar atividades da vida diária, o paciente está completamente dependente do cuidador, a incontinência fecal e urinária certamente irá ocorrer. Acontecem alterações de linguagem, podendo ocorrer drástica redução da fluência, levando o paciente a comunicar-se por meio de ecolalias, vocalizações inarticuladas, sons incompreensíveis e jargões semânticos, até chegarem ao mutismo (FREITAS; 2002). Pode ocorrer também a perda da capacidade de deambular e de sustentar a cabeça, da habilidade de sentar-se. A perda da mobilidade, da massa muscular e a dificuldade de deglutir também são alguns dos sintomas que caracterizam o fim do ciclo da DA. Nesta fase terminal, o paciente geralmente fica imóvel, permanecendo acamado durante um longo período (FREITAS; 2002).

3.1.2 Cuidador

O cuidador é uma pessoa que assiste e cuida de outra pessoa com qualquer tipo de doença, deficiência ou incapacidade, que impeçam o desenvolvimento normal de suas atividades diárias e suas relações sociais (FERRÉ-GRAU et al., 2011). O papel do cuidador é auxiliar a pessoa a se cuidar, zelando pelo seu bem-estar, saúde, alimentação, higiene e conforto, cultura e lazer, o cuidador pode ser uma pessoa da família ou da comunidade (BRASIL, 2008).

Na DA, independentemente de o cuidador ser alguém da família ou não, com o passar do tempo e os processos de adaptação e a sobrecarga de trabalho geram o desgaste físico e emocional resultando em consequências, cansaço, estresse, ansiedade e depressão, necessitando assim de atenção e cuidados (GARCES et al., 2012).

O enfermeiro, enquanto educador em saúde deve possibilitar aos cuidadores meios que facilitem o cuidar durante todo o processo, evitando danos à saúde dos mesmos (SOARES; CÂNDIDO, 2014).

3.1.3 Depressão

A depressão é um transtorno psiquiátrico de alta prevalência na população mundial, que afeta o organismo do indivíduo como um todo, alterando o humor, as funções cognitivas, neuroendócrinas e outros sistemas do organismo, prejudicando o bem-estar

peçoal e social que pode atingir pessoas de qualquer faixa etária (MENEZES; JURUENA, 2017). Sabe-se que o desânimo e os demais sintomas da doença são provocados por desequilíbrios cerebrais, com a diminuição de neurotransmissores como a serotonina, hormônio ligado à sensação de prazer e bem-estar (BRASIL, 2018).

A presença de quadros depressivos é caracterizada pelo humor deprimido e/ou perda de prazer ou interesse, associado à presença de alguns sintomas como: alteração do sono, alteração do peso e do comportamento alimentar, alteração psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimento de desvalorização de si próprio ou sentimento excessivo de culpa e ideação suicida (MENEZES; JURUENA, 2017).

O ato de cuidar de idosos dependentes é estressante e gera sobrecarga para muitos cuidadores familiares o que contribui para o aparecimento de sintomas psiquiátricos como a depressão pode apresentar diminuição na imunidade associada ao estresse e cuidados físicos tornando-se susceptíveis a doenças infecciosas o que gera um agravante nos riscos e problemas de saúde (TOMOMITSU; LEMOS; PERRACINI, 2010).

Sanders e Adams (2005) encontraram associação entre depressão com uma pior avaliação da própria saúde e o relato de sentimentos de luto, sobrecarga e isolamento. As dificuldades de expressão e compreensão resultam frequentemente em conflitos de relacionamento, isolamento social, depressão, estresse e risco maior de institucionalização do doente.

3.1.4 Ansiedade

De acordo com Castillo (2000) a ansiedade é um sentimento de medo vago e desagradável, caracterizado por um desconforto ou tensão derivado de uma antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. Os transtornos de ansiedade estão entre os mais prevalentes dentre os transtornos mentais 12,6% ao ano (BRENTINI et al., 2018). Segundo dados do Ministério da Saúde (MS) os transtornos de ansiedade são doenças relacionadas ao funcionamento do corpo e às experiências de vida. É possível apresentar ansiedade a maior parte do tempo sem nenhuma razão aparente; pode-se ter ansiedade às vezes, mas tão intensamente que a pessoa se sentirá imobilizada. A sensação de ansiedade pode ser tão desconfortável que, para evitá-la, as pessoas deixam de fazer coisas simples por causa do desconforto que sentem. Alguns tipos de transtornos ansiosos segundo o DSM-V são: transtorno de pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, fobias

específicas, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; GUIMARÃES et al., 2015).

O cuidador da pessoa com a DA pode apresentar alto nível de ansiedade, tanto como pelo sentimento de sobrecarga quanto por perceber que a sua estrutura familiar está sendo afetada pela alteração dos papéis sociais. Ele é cotidianamente testado em sua capacidade de adaptação e decisão a nova realidade, que exige, além de dedicação, responsabilidade, paciência e muitas vezes abnegação da própria vida social (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

3.1.5 Declínio cognitivo

O declínio cognitivo está caracterizado pelo padrão específico de perdas funcionais, iniciadas com prejuízos na execução de atividades avançadas de vida diária (AAVDs), seguidas pelas perdas em atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) em direção às atividades básicas de vida diária (ABVDs). Desse modo estudos sugerem que leves alterações no desempenho das AAVDs representariam os primeiros sinais de comprometimento cognitivo leve (DIAS et al., 2015).

Dentre as sintomatologias psíquicas do cuidador conforme a progressão da DA, estão a falta de concentração e atenção, alteração da memória, lentidão de pensamentos, sentimentos de solidão, culpa, baixa autoestima, depressão, impaciência e entre outros (MASLACH, 2001). O cuidar de idosos com déficit cognitivo causado pela demência gera alterações das condições físicas e psicológicas desses cuidadores, e que os mesmos são doentes em potencial ao desprenderem seus cuidados aos idosos, colocando em risco sua capacidade funcional (GARRIDO; MENEZES, 2004).

3.1.6 Grupos de apoio

É de fundamental importância a divulgação e a promoção de eventos voltados para alertar, orientar sobre a doença, seu tratamento, seus direitos garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Ministério da Previdência Social. Um bom evento para divulgar essas questões é o Congresso Brasileiro de Alzheimer e as ações que ocorrem na data de 21 de setembro, que é o Dia Mundial do Alzheimer, instituído pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Os grupos de apoio são espaços de troca de informações entre cuidadores e seus benefícios incluem educação e suporte social. Há também um efeito terapêutico resultante da identificação entre as pessoas que compartilham de um mesmo problema. Fornecendo aos participantes do grupo de apoio esclarecimentos através dos profissionais de saúde sobre a doença. Alguns estudos com grupos-controle relataram redução de sintomas psiquiátricos no cuidador (CRUZ; HAMDAN, 2008).

Essa intervenção possibilita melhor conhecimento da doença, trocas de experiências, formas de agir perante reações do idoso e como ocorre a evolução da doença. Na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), na cidade de Criciúma, Santa Catarina há 14 anos acontece o grupo de cuidadores Bem Viver com Alzheimer, o qual é vinculado a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ). Este grupo proporciona aos cuidadores e portadores da DA apoio e amparo. O conhecimento que é disseminado beneficia não só quem está diretamente envolvido com a patologia, mas, também aqueles que participam do grupo como forma de complementar a formação acadêmica ou até mesmo como experiência de vida.

Participar de tais grupos é importante para fortalecer a autoestima e a autoconfiança dos participantes, favorecendo a inserção social e a convivência com a condição de cronicidade além de diminuir o isolamento. Os grupo tem suas características próprias de estrutura, interação, identidade social e objetivos. Destaca-se a longo tempo o uso da tecnologia de cuidado dos grupos, principalmente pelos enfermeiros que, em conjunto com a equipe multidisciplinar, prestam cuidado para as pessoas dependentes e seus familiares, tornando-se uma estratégia para a reorganização e organização familiar (PIRES et al., 2017).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal quantitativo.

4.2 LOCAIS DO ESTUDO

Estudo foi realizado na Universidade do Extremo Sul Catarinense no projeto de extensão com cuidadores participantes do grupo Bem Viver com Alzheimer. O foco do projeto é o cuidador, porém, o idoso recebe atenção durante as palestras ministradas assim

como nas atividades realizadas diretamente com eles.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram 20 cuidadores do projeto de extensão dos participantes do Grupo de Cuidadores Bem Viver com Alzheimer da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), da cidade de Criciúma, Santa Catarina.

4.3.1 Critério de inclusão

Para poder participar da pesquisa foi necessário os seguintes requisitos:

- “Ser participante ativo do grupo “Bem viver com Alzheimer.”
- Ser cuidador de pessoas com a DA.

4.3.2 Critério de exclusão

- Desistir de participar da pesquisa.
- Não assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APENDICE A).
- Se recusar a realizar algum dos testes.

4.3.3 Variáveis

Dependentes: Cuidadores de pacientes com DA.

Independentes: Idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda do idoso, Índice de Massa Corpórea, risco psicossocial na esfera familiar, histórico familiar, tempo de cuidado, compreensão do estado de saúde, hábitos de vida, avaliações dos níveis de ansiedade, depressão e cognição.

4.4 COLETA DE DADOS

Inicialmente foi solicitada autorização para a realização da pesquisa na instituição através da Carta de Aceite (APENDICE B) e, posteriormente, o projeto de TCC foi aprovado

pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (parecer nº 2.744.868). Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: Questionário Sócio Demográfico (APÊNDICIE C), Mini Exame do estado Mental (MEEM) (ANEXO A), e o Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), e a Bateria de testes de rastreio que estão o Teste de Fluência Verbal (animais) (ANEXO B), Teste do Desenho do Relógio (ANEXO C) e o Teste do Reconhecimento de Figuras (ANEXO D).

1º Momento: Conhecimento do campo de pesquisa.

2º Momento: Selecionado as pessoas que participaram da pesquisa.

3º Momento: Aplicado os questionários e os testes nos participantes que aceitarem fazer parte da pesquisa. Os dados foram coletados individualmente de cada participante em cinco encontros do grupo que acontecem no último sábado de cada mês. Foram aplicados pelos acadêmicos dos cursos de enfermagem, fisioterapia e psicologia, com supervisão do professor responsável pelo grupo.

4.4 ANÁLISE DE DADOS

O questionário sociodemográfico contém perguntas básicas sobre a situação social e hábitos de vida do participante, que posteriormente foi analisado. O MEEM (BERTOLUCCI et al., 1994): é um instrumento de avaliação de funções cognitivas composto por questões que avaliam orientação temporal e espacial, registro de palavras, atenção e cálculo, lembrança de palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O escore pode variar de zero até 30 pontos. Em sujeitos normais, são esperados escores superiores a 25; abaixo disso, há indício de perda da capacidade cognitiva, que pode ser leve (21-24 pontos), moderada (10-20) ou grave (escores inferiores ou iguais a 9). Apesar de o MEEM ter sido utilizado para os critérios de inclusão na amostra, a questão de número cinco foi utilizada nas comparações estatísticas, uma vez que avalia a memória dos participantes para objetos estudados. A pontuação máxima da questão é de 3 pontos.

O BDI: O instrumento possui 21 itens. Para cada um dos itens há quatro (com escore variando de 0 a 3) afirmativas de resposta (com exceção dos itens 16 e 18, em que existem sete afirmativas, sem, contudo variar o escore), entre as quais o sujeito escolhe a mais aplicável a si mesmo para descrever como esteve se sentindo nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje (BECK et al., 1996). Estes itens dizem respeito a níveis de gravidade crescentes de depressão, e o escore total é resultado da soma dos itens individuais, podendo

alcançar o máximo de 63 pontos. A pontuação final é classificada em níveis mínimo, leve, moderado e grave, indicando assim a intensidade da depressão (PARANHOS et al., 2010).

O BAI: trata-se de uma medida de nível de ansiedade composta por 21 itens. O escore total é feito a partir do somatório das respostas assinaladas pelos participantes em todos os itens. O maior possível é 63. Escores entre 0 e 7 representam níveis mínimos e normais de ansiedade; entre 8 e 15, presença de ansiedade leve; entre 16 e 25, ansiedade moderada; e a faixa de 26 a 63 indica níveis severos de ansiedade.

Teste de fluência verbal: Avalia o armazenamento da memória semântica. Para a realização do teste de fluência verbal semântica categoria animal será solicitado ao sujeito que fale o nome do maior número de animais num período de tempo de 1 minuto. Em seguida, para a realização do teste de fluência verbal fonológica, será solicitado ao indivíduo que fale o maior número de palavras que começam com a letra A, no mesmo período de tempo (RODRIGUES et al., 2008).

Teste do Desenho do Relógio: desenvolvido por Tuokko e colegas (1995) como uma medida estandardizada para avaliar a presença de déficit cognitivo em idosos, tanto como ferramenta de avaliação rápida, como integrando uma bateria psicológica mais extensa. O teste tem três componentes: Desenho do Relógio, Colocação dos Ponteiros, e Leitura do Relógio. Para permitir uma avaliação da compreensão do indivíduo e da sua facilidade com condições temporais, e permite uma análise de padrões de desempenho intra e inter componentes. O teste tem como intenção servir como ferramenta clínica e de investigação (OLIVEIRA, 2013).

Teste de reconhecimento de figuras: É teste de memória que consiste na memorização de 10 figuras, que devem ser identificadas, com avaliação da memória incidental, memória imediata, memória após latência com intervalos de tempo de 5, 15 e 30 minutos para o reconhecimento e memorização de fatos remotos. Quanto o maior número de figuras reconhecidas, maior será a pontuação (NITRINI et al., 1994).

Depois de avaliados os dados, os resultados foram passados para o banco de dados do SPSS, e posteriormente análise estáticas.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo assinaram o TCLE, sendo que este assegura o sigilo da identidade dos participantes. O presente projeto segue as exigências formais contidas na resolução 466/12 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com a Resolução 466/12 “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados” (BRASIL, 2012, p. 07).

Segundo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

A resolução incorpora referenciais da bioética: “autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade” (BRASIL, 2012, p. 01). A Resolução 466/12 e 510/2016 visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem devem ser asseguradas aos participantes no decorrer de todo o processo de pesquisa.

A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Na pesquisa foi utilizado um TCLE, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa.

4.6 RISCOS

Existe um risco mínimo para a aplicação da entrevista, sendo que foi resguardado os valores éticos recomendados pela Resolução 510/2016 da Pesquisa com seres humanos; sendo garantido aos sujeitos participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.

4.7 BENEFÍCIOS

Como benefícios a partir da identificação de depressão, ansiedade e declínio cognitivo em cuidadores de portadores da doença de Alzheimer, conseguiremos ter um outro

olhar sobre o cuidador, e possibilitar que através de alternativas como grupos de apoio e de educação em saúde, esse cuidador não adoça.

4.8 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Foi realizada, primeiramente, uma análise descritiva de todas as variáveis. Para averiguar a distribuição dos dados quanto à normalidade foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk, sendo este utilizado para amostras pequenas segundo (WAGNER, 2004). Os dados foram expressos através da análise descritiva por média e o desvio padrão (\pm DP). As variáveis qualitativas foram expressas em frequência e percentual. Associações foram avaliadas por meio do teste de Qui-Quadrado de Pearson. O nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$. O software utilizado foi o StatisticalPackage for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0.

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados na Tabela 1 mostram que 90% dos cuidadores são do sexo feminino e apenas 10% do sexo masculino. A idade média dos cuidadores foi de 51,30 (DP±12,85). A renda média dos participantes do estudo foi de 2,40 (DP±1,46). Dos 20 cuidadores entrevistados, 45% são familiares que residem com o idoso portador da DA. Em relação a questões de relacionadas ao cotidiano desses cuidadores participantes da pesquisa, 65% relataram sentirem-se compreendidos por seus familiares e 35% não sentem essa compreensão. Os problemas que mais atingem a vida diária dos cuidadores estão os: familiares com 35%, de saúde 25%, econômico 10%, pessoal 10% e 20% relataram nenhum. Das opiniões sobre o estado de saúde, 85% consideram sua saúde boa. Referem estar insatisfeitos com o seu sono 60% dos cuidadores. Os que referem ter dificuldade de lembrar-se das coisas e pessoas ou situações são um total de 65%, na maioria dos casos essa falta de memória ocorre com 45% raramente, 20% quase sempre, 10% nunca e 5% sempre. Apresentam histórico familiar de depressão 55%, enquanto, 40% têm histórico familiar de demência. Desses cuidadores, 70% são cuidadores familiares enquanto 10% são cuidadores externos, 65% trabalham em turno diurno, enquanto 70% trabalham de 1 a 12 horas por dia e 5% até 24 horas por dia sendo que trabalham por semana de 1 a 3 dias 45% e de 4 à 7 dias 30%.

Tabela 1 - Características da amostra

Variável	n(%) n=20
Sexo	
Masculino	2 (10,0)
Feminino	18 (90,0)
Estado Civil	
Casado	13 (65,0)
Solteiro	1 (5,0)
Divorciado	4 (20,0)
Viúvo	1 (5,0)
Idade, média ± DP	51,30 ± 12,85
Cor da pele declarada	
Branca	16 (80,0)
Afro descendente	1 (5,0)
Parda	3 (15,0)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	4 (20,0)
Fundamental completo	3 (15,0)
Médio incompleto	1 (5,0)
Médio completo	4 (20,0)
Superior incompleto	2 (10,0)
Superior completo	3 (15,0)
Renda do idoso, média ± DP	2,40 ± 1,46
O idoso reside	
Sozinho	2 (10,0)
Cônjuge	3 (15,0)
Familiar	9 (45,0)
Cuidador externo	1 (5,0)
<i>(Risco psicossocial na esfera familiar)</i>	
Sente que é escutado e que compartilham contigo problemas e preocupações familiares?	
Sim	13 (65,0)
Não	7 (35,0)

Sente-se compreendido?	
Sim	13 (65,0)
Não	7 (35,0)
Sente-se satisfeito com a maneira como é tratado na família ?	
Sim	13 (65,0)
Não	7 (15,0)
Participa de atividades na comunidade?	
Sim	14 (70,0)
Não	5 (25,0)
Em sua opinião qual o problema que mais o atinge na sua vida diária?	
Nenhum	4 (20,0)
Saúde	5 (25,0)
Econômico	2 (10,0)
Pessoal	2 (10,0)
Familiar	7 (35,0)
IMC categórico	
Normal	10 (50,0)
Sobrepeso	4 (20,0)
Obesidade	6 (30,0)
Em sua opinião, você diria que sua saúde é?	
Excelente	1 (5,0)
Muito boa	1 (5,0)
Boa	17 (85,0)
Ruim	1 (5,0)
Faz uso de alguma medicação?	
Sim	13 (65,0)
Não	7 (35,0)
Você está insatisfeito (a) com o seu sono?	
Sim	12 (60,0)
Não	8 (40,0)
Apresenta sono ou fadiga durante as atividades diárias?	
Sim	11 (55,0)
Não	9 (45,0)
Você percebe certa dificuldade em lembrar-se das coisas, pessoas ou situações?	
Sim	13 (65,0)
Não	7 (35,0)
Em sua opinião essa perda de memória ocorre?	
Sempre	1 (5,0)
Quase sempre	4 (20,0)
Raramente	9 (45,0)
Nunca	2 (10,0)
Histórico familiar de depressão	
Sim	11 (55,0)
Não	8 (40,0)
Histórico familiar de demência	
Sim	8 (40,0)
Não	11 (55,0)
Cuidador domiciliar	
Sim	17 (85,0)
Não	2 (10,0)
Turno que trabalha	
Diurno	13 (65,0)
Matutino	1 (5,0)
Noturno	2 (10,0)
Matutino e noturno	2 (10,0)
Cuidador familiar	
Sim	14 (70,0)
Não	2 (10,0)
Quantas horas de cuidado	
1 a 12 horas	14 (70,0)
Mais de 24 horas	1 (5,0)
Quantos dias na semana?	
De 1 a 3 dias	9 (45,0)
De 4 a 7 dias	6 (30,0)

DP =Desvio Padrão; IMC = índice de massa corporal. Fonte: do autor.

Na Tabela 2 estão os resultados dos testes aplicados. O primeiro teste aplicado foi o Inventário de depressão de BECK-BDI II, sendo que 65% não apresentaram nenhuma depressão, 20% apresentaram depressão leve e 15% depressão moderada. O segundo teste aplicado foi Inventário de ansiedade de Beck- BAI, resultando em 65% dos casos com grau mínimo de ansiedade, 20% com ansiedade leve e 15% com ansiedade moderada. O Mini

Exame do Estado Mental (MEEM) mostrou que 65% dos cuidadores não apresentaram comprometimento cognitivo e 5% os casos que apresentam e 30% tem resultados ausentes nessa avaliação. No teste do relógio foi avaliada a cognição dos cuidadores sendo que 60% apresentaram desempenho normal, 30% com suspeita de déficit de cognição e 10% com desempenho anormal que já apresentavam déficit de cognição. Nos testes de fluência verbal e memória semântica foi avaliado o reconhecimento de figuras com evocação imediata, 80% tiveram o desempenho normal e 20% desempenho anormal. No reconhecimento de figuras com evocação tardia, 50% apresentaram desempenho normal e 50% desempenho anormal. No reconhecimento de figuras, 75% apresentaram desempenho normal e 25% com desempenho anormal. O reconhecimento de figuras com nomeação correta teve 100% de resultados normais.

Tabela 2 – Avaliações

Variável	n(%) n=20
Inventário de Depressão Beck (BDI II)	
Nenhuma depressão	13 (65,0)
Depressão leve	4 (20,0)
Depressão moderada	3 (15,0)
Inventário de ansiedade de Beck(BAI)	
Grau mínimo de ansiedade	13 (65,0)
Ansiedade leve	4 (20,0)
Ansiedade moderada	3 (15,0)
Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	
Normal	13 (65,0)
Demência	1 (5,0)
Teste de fluência verbal	
Positivo para demência	11 (55,0)
Negativo para demência	9 (45,0)
Teste do desenho do relógio	
Desempenho anormal	2 (10,0)
Suspeita	6 (30,0)
Desempenho normal	12 (60,0)
Reconhecimento de figuras, vocação imediata	
Normal	16 (80,0)
Anormal	4 (20,0)
Reconhecimento de figuras, vocação tardia	
Normal	10 (50,0)
Anormal	10 (50,0)
Reconhecimento de figuras correto	
Normal	15 (75,0)
Anormal	5 (25,0)
Reconhecimento de figuras nomeação correta	
Normal	20 (100,0)

Fonte: do autor.

Pelos resultados apresentados na Tabela 3 com as associações do inventário de Beck-BDI II, observamos que há uma significância de $p=0,042^*$ com maior probabilidade de os cuidadores que não se sentem satisfeito com a maneira que são tratados por seus familiares desenvolverem depressão. Assim como os cuidadores que trabalham mais de 24 horas por dia tem maior chance de desenvolver depressão com uma significância de $p=0,031^*$.

Tabela 3: Associações da Escala de Depressão de Beck- BDI

Variável	Nenhuma Depressão N (%)	Depressão Leve N (%)	Depressão Moderada N (%)	P
Sente-se satisfeito com a maneira como é tratado na família				
Sim	11 (84,6)	1 (7,7)	1 (7,7)	0,042*
Não	2 (28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	
Sente-se compreendido				
Sim	10 (76,9)	2 (14,4)	1 (7,7)	0,282
Não	3 (42,9)	2 (28,6)	2 (28,6)	
Histórico familiar de depressão				
Sim	7 (63,6)	2 (18,2)	2 (18,2)	0,871
Não	6 (75,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	
Histórico familiar de demência				
Sim	5 (62,5)	1 (12,5)	2 (25,0)	0,635
Não	8 (72,7)	2 (18,2)	1 (9,1)	
Horas de cuidado				
De 1 hora á 12 horas	10 (71,4)	3 (21,4)	1 (7,1)	0,031*
Mais de 24 horas	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	
Quantos dias da semana de cuidado				
De 1 á 3 dias	5 (55,6)	3 (33,3)	1 (11,1)	0,259
De 4 á 7 dias	3 (50,0)	1 (16,7)	2 (33,3)	

* $p \leq 0,05$ pelo teste de Qui-quadrado de Person. Fonte: do autor.

Os resultados da Tabela 4, que apresentam as associações do inventário de ansiedade de Beck- BAI, mostram que apenas uma variável associada teve significância de $p=0,041^*$, pois os cuidadores que não tem histórico familiar de demência tem mais ansiedade.

Tabela 4 - Associações da escala de Ansiedade de Beck- BAI

Variável	Grau mínimo de ansiedade N (%)	Ansiedade leve N (%)	Ansiedade Moderada N (%)	P
Histórico familiar de Demência				
Sim	8 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,041*
Não	5 (45,5)	4 (36,4)	2 (18,2)	
Sente-se compreendido				
Sim	9 (69,2)	3 (23,1)	1 (7,7)	0,449
Não	4 (57,1)	1 (14,3)	2 (28,6)	
História familiar de depressão				
Sim	7 (63,6)	2 (18,2)	2 (18,2)	0,440
Não	6 (75,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	
Você está satisfeito com o seu sono				
Sim	9 (75,0)	2 (16,7)	1 (8,3)	0,468
Não	4 (50,0)	2 (25,0)	2 (25,0)	
Sente-se satisfeito com a maneira como é tratado na família				
Sim	10 (76,9)	2 (15,4)	1 (7,7)	0,282
Não	3 (42,9)	2 (28,6)	2 (28,6)	
Quantidade de dias da semana de cuidado				
De 1 á 3 dias	7 (77,8)	0 (0,0)	2 (22,2)	0,181
De 4 á 7 dias	3 (50,0)	3 (50,0)	0 (0,0)	
Sente que é escutado e que compartilham consigo problemas e preocupações familiares				
Sim	10 (71,4)	3 (21,4)	1 (7,1)	0,322
Não	3 (50,0)	1 (16,7)	2 (33,3)	

* $p \leq 0,05$ pelo teste de Qui-quadrado de Person. Fonte: do autor.

6 DISCUSSÃO

De acordo com os resultados apresentados no estudo a maioria dos cuidadores era do sexo feminino com idade média 51,30 (DP±12,85). Em um estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, também demonstrou a predominância do sexo feminino e idade média de 60 anos (DIEL et al., 2010). No estudo de Gaioli e colaboradores (2012) foi demonstrado o mesmo resultado, com a maioria dos cuidadores sendo do sexo feminino, com idade de 46 anos ou mais. O presente estudo demonstra resultados semelhantes ao da literatura, em que há uma maior prevalência de mulheres de meia idade que assume o papel de cuidador, sendo na maioria filhas ou esposas do doente que assumem essa responsabilidade.

Dos participantes do estudo 70% são cuidadores familiares enquanto 10% são cuidadores externos. De acordo com Talhaferro, Arakaki e Carrasco (2015) a escolha do familiar para morar junto com o idoso é saber que não há possibilidade de reconhecimento e afeto por parte do doente, é um amor e compaixão sem esperar nada em troca. Já segunda Cruz e Hamdan (2008), conforme a DA progride, surge a demanda por cuidados especiais, função importante desempenhada pelos cuidadores, aproximadamente 80% dos cuidados com os pacientes com DA são providos por membros da família. Esses resultados demonstram o papel importante do membro familiar na figura de cuidador por ter mais afinidade com características e o ambiente em que o paciente irá ser cuidado.

Dos participantes do estudo 65% relataram sentirem-se compreendidos por seus familiares e 35% não sentem essa compreensão. Um estudo evidenciou resultados em que o cuidador, ao assumir sozinho o cuidado do idoso no domicílio, manifesta frequentemente seu desconforto quando não sente apoio dos membros da família (LUZARDO et al., 2006). Pavarini e colegas (2008) compreendem que os cuidadores, ao vivenciarem a experiência da DA junto ao paciente, podem ajudar profissionais da saúde no planejamento de programas de orientação aos cuidadores. Esses resultados mostram que a maioria dos cuidadores do presente estudo não está apresentando dificuldade quanto a colaboração de familiares no processo de cuidar.

Dos cuidadores 60% referem estar insatisfeito com o seu sono. Pereira e Soares (2015) contribuem com esse resultado e demonstram um aumento da prevalência na má qualidade do sono dos cuidadores de idosos com a DA. Cupidi e colaboradores (2012) confirmam esses resultados e encontraram uma associação entre a má qualidade de sono e qualidade de vida em cuidadores de pacientes com DA. Esses resultados podem ser

explicados, pelo menos em parte, pelo fato de que conforme a DA vai progredindo e o idoso vai criando uma maior dependência do cuidador, menos tempo de sono o cuidador vai ter.

Em relação ao tempo diário de cuidados e dias trabalhados como cuidador por semana, 65% trabalham em turno diurno, enquanto 70% trabalham de 1 a 12 horas por dia e 5% mais que 24 horas, sendo que 45% trabalham por semana de 1 a 3 dias e 30% trabalham de 4 à 7 dias. De acordo com o estudo de Marins, Hansel e Silva (2016), apresentou resultados em relação ao tempo que o cuidador familiar dedica-se ao cuidado da pessoa com DA. No qual 32% exerciam exclusivamente essa atividade com dedicação de sete dias por semana; 24% realizava a atividade de dois a quatro dias por semana e 8% até quatro dias por semana. Em distribuição das horas diárias de cuidado, 12% dedicavam até quatro horas; 8% de seis a oito horas; 4% até doze horas, e 12% não especificaram o número de horas dedicadas. Já no estudo de Leite e colaboradores (2016), o intervalo de horas disponibilizadas com o cuidado mais frequente foi alto, de 73 a 84 horas por semana, cerca de 10 a 12 horas diárias. Esses resultados mostram que há uma variação de acordo com o número de dias e horas de cuidado em relação à sobrecarga e estado mental do cuidador.

Os resultados do Inventário de depressão de Beck-BDI II, mostrou que 65% dos cuidadores não apresentaram nenhuma depressão, 20% apresentaram depressão leve e 15% depressão moderada, demonstrando assim que parte dos cuidadores já tem sintomas depressivos. Segundo a literatura conforme a progressão da DA e a evolução de dependência do idoso podem desencadear no cuidador a sobrecarga, ansiedade e abalar emocionalmente o mesmo, podendo assim desenvolver o transtorno depressivo (PEREIRA, SOARES, 2015). Para Porto (1999), a CID 10 do transtorno depressivo pode ser, quanto à intensidade, classificado como: leve, moderado ou grave. Os episódios leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos. Os resultados do presente estudo demonstram que 35% dos cuidadores já apresentam sintomas depressivos o que se torna preocupante em relação a saúde física e mental do cuidador, o que pode interferir no desenvolvimento de suas atividades e no cuidado prestado, oferecendo riscos a própria saúde e a do doente. Os níveis de ansiedade nos cuidadores do presente estudo foram analisados pelo inventário de ansiedade de Beck- BAI, sendo que em 65% dos casos apresentaram grau mínimo de ansiedade, 20% ansiedade leve e 15% ansiedade moderada. Em um estudo, realizado por Dourado e colegas, foi demonstrado que a maioria dos cuidadores estudados apresentava sintomas leves e moderados de ansiedade e depressão. Em outro estudo de Zimmermann e Fonseca (2010) com cuidadoras familiares realizou uma comparação dos escores de BAI e BDI. Os resultados demonstraram uma maior intensidade do quadro de

ansiedade a partir do BAI e valores baixos dos escores de BDI. Os autores demonstraram também relação direta desses escores de ansiedade e depressão com o tempo dedicado aos cuidados dos pacientes com DA, sugerindo que quanto maior o tempo dedicado nas atividades como cuidador maior foram os níveis de ansiedade e depressão. Esses estudos contribuem com os resultados do presente estudo, levando em consideração que tanto a ansiedade e a depressão indicam estágios diferenciados dependendo do tempo, horas e dias de cuidado, com uma relação com a qualidade de vida e sobrecarga desses cuidadores.

Em relação à cognição desses cuidadores, os resultados do presente estudo demonstraram algumas alterações significativas para o déficit cognitivo de acordo com os testes aplicados. Segundo Ferreira, Tavares e Rodrigues (2009) o déficit cognitivo pode apresentar-se durante o processo de envelhecimento, com início e progressão variáveis e relaciona-se com as próprias perdas biológicas decorrentes do tempo e à cultura do indivíduo. Em relação à memória, muitos familiares, por conviverem com pessoas com prejuízo de memória, tendem a estabelecer padrões mais rigorosos desta variável por conhecerem de perto os problemas que sua falta acarreta na vida do indivíduo e pelo receio de que esta situação possa se estabelecer em sua vida (INOUE; PEDRAZZANI; e PAVARINI, 2010). Na literatura não foi encontrado nenhum estudo que evidenciasse o déficit cognitivo em cuidadores, pois a saúde física e mental é de extrema importância para um cuidado adequado e que não coloque em risco a saúde do doente. De acordo com o presente estudo, 85% dos cuidadores que participam do grupo consideram sua saúde boa. Porém, 65% dos cuidadores referiram ter dificuldades de se lembrar de coisas, pessoas e situações. Sendo que desses cuidadores que relataram essas dificuldades de memória, 45% referiram possuir esses sintomas raramente. Com isso o estudo sugere que com a progressão da doença e dependência do doente e a sobrecarga do cuidador pode influenciar na perda de memória, cansaço mental e estresse, que levar ao dano cognitivo.

De acordo com as correlações do presente estudo, os cuidadores que não se sentem satisfeitos com a maneira como são tratados por seus familiares e que trabalham em turno integral apresentam uma maior probabilidade de desenvolver depressão. Neumann e Dias (2013) contribuem com os nossos resultados, relacionando o desenvolvimento dos quadros depressivos com as condições do doente e a insatisfação do cuidador com a assistência recebida de parentes ou amigos, as muitas horas de cuidado diário, que iram resultar em uma sobrecarga para o cuidador. Em outro estudo, os cuidadores que trabalhavam mais de 24 horas com o doente, tinham mais chances de desenvolver transtornos mentais

comuns como a depressão de acordo com os níveis de sobrecarga do cuidador (SILVA, PASSOS e BARRETO, 2012).

Os resultados do presente estudo demonstram que entre os problemas que mais afetam a vida diária do cuidador no presente estudo estão os familiares com 35% e os de saúde com 25%, o apoio dos familiares no processo de cuidar e na divisão do tempo de cuidado é extremamente importante para a saúde mental e qualidade de vida do cuidador diminuindo assim a sobrecarga e melhorando o convívio familiar.

Os resultados mostraram níveis maiores de ansiedade em cuidadores sem histórico familiar de demência. Este foi o primeiro trabalho que realizou essa associação. Sugerindo que o desconhecimento em relação a doenças e seus processos podem causar ansiedade a esse cuidador. Assim a participação nos grupos de apoio seria um importante suporte, fazendo com que os cuidadores entendam o processo de cuidar e as fases da doença, compartilhando com outros seus anseios e preocupações, independente de possuírem ou não histórico de demência familiar ou conhecimento prévio sobre a doença.

A enfermagem é a principal responsável pela liderança e sistematização da assistência do processo de cuidar. O cuidado de enfermagem requer uma compreensão das condições humanas e suas relações com o ambiente e suas necessidades e especificidades do momento de quem está sobre o cuidado. Com isso, se torna difícil um único profissional conseguir atender todas as necessidades individuais e coletivas do indivíduo, fazendo-se necessário a abordagem e trabalhos multidisciplinares, que realizem educação permanente (ILHA et al., 2017).

O enfermeiro pode atuar enquanto cuidador direto, bem como educador e dirigir seus conhecimentos tanto para os idosos como para os cuidadores, nos diferentes contextos de atenção à saúde do idoso. Em relação ao papel preventivo, é possível identificar as manifestações da demência e alertar a pessoa e sua família para a busca de orientações e cuidados necessários (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012). Sendo assim o cuidador deve encontrar apoio no profissional de saúde. Enquanto enfermeiro deve-se oferecer suporte, informações e orientações para prestar o cuidado ao idoso e para o autocuidado dos cuidadores. O enfermeiro e a equipe multidisciplinar juntos, ao entrar em contato com os pacientes, possuem a oportunidade de fornecer ferramentas como acesso ao serviço, acolhimento, suporte, orientações e desenvolver tecnologia leve de cuidado ao estabelecer vínculo e um cuidado humanizado (CRUZ; SÁ; LINDOLPHO; CALDAS, 2015).

Os grupos psicoeducacionais são capazes de diminuir a sobrecarga do cuidador e melhorar a qualidade de vida por meio da atenção multidisciplinar que trabalha os efeitos psicossociais e psicoterapêuticos, aumentando a resiliência e conhecimento sobre o processo da DA, trabalhando com seus sentimentos a respeito do diagnóstico, assim como trocar e compartilhar informações com o grupo (SANTOS et al., 2011). Os cuidadores que frequentam o grupo “Bem viver com Alzheimer” demonstrou por meio de pesquisa realizada que a maioria está bem psicologicamente, sendo um dos pontos positivos do grupo de apoio, porém alguns cuidadores já apresentam sintomas de ansiedade, depressão e declínio cognitivo, o que pode já estar interferindo no desenvolvimento das atividades enquanto cuidador e na própria qualidade de vida e bem estar.

No entanto, encontrou-se algumas limitações no decorrer do estudo como um número pequeno da amostra, testes que não foram corretamente aplicados e foram ausentes no momento da análise das amostras. Mais estudos são necessários para melhor investigar e descrever as possíveis consequências nos cuidadores de pacientes com DA, e a importância dos grupos terapêuticos no processo de evolução da doença.

7 CONCLUSÃO

No presente estudo os resultados apresentaram níveis de ansiedade, depressão e declínio cognitivo o que pode interferir na qualidade do cuidado e de vida dos cuidadores que participam do grupo terapêutico. Observou-se também, o bom desempenho e os resultados positivos que colaboraram com a literatura evidenciando a importância dos grupos de apoio na diminuição do estresse, sobrecarga e ansiedade dos cuidadores.

No entanto é necessário investimento nas áreas de previdência, saúde e proteção social, garantindo ao portador da DA e do seu cuidador familiar melhor qualidade de vida. É preciso repensar a concepção do que é envelhecimento, do que é cuidar e dos conceitos que orientam a preparação de cuidadores e de profissionais na área da saúde. Os cuidadores realizam um papel fundamental na manutenção e controle da patologia, pois cabe a eles dar a continuidade do cuidado ao indivíduo no seu processo de vida. O cuidador familiar é uma realidade expressiva no âmbito de cuidadores e mais pesquisas acerca da saúde física e emocional dessa população são necessárias.

REFERÊNCIAS

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. World Alzheimer Report. **An analysis of long term care for dementia**. 2013. Disponível: <<http://www.alz.co.uk/research/world-report>> Acesso em: 26 mai 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Brasil). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5**. 5. ed. São Paulo: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER (Brasil). **Alzheimer**. Disponível em: <<http://srv154.teste.website/~abrazorg/index.php?page=alzheimer>>. Acesso em: 21 maio 2018.

BERTOLUCCI, Paulo H.f. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, [s.l.], v. 52, n. 1, p.01-07, mar. 1994. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-282x1994000100001>.

BOURSCHEID, Fábio Rodrigo; MOTHEs, Luíza; IRIGARAY, Tatiana Quarti. Memória em idoso: relação entre percepção subjetiva e desempenho em testes objetivos. **Estudos de Psicologia (campinas)**, [s.l.], v. 33, n. 1, p.151-159, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-027520160001000015>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ansiedade**. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/470-ansiedade>>. Acesso em: 26 maio 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). **Depressão: causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental/depressao>>. Acesso em: 08 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 24 maio 2018.

BREMENKAMP, Mariana Gegenheimer et al. Sintomas neuropsiquiátricos na doença de Alzheimer: frequência, correlação e ansiedade do cuidador. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 17, n. 4, p.763-773, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13192>.

BRENTINI, Brenda Cardoso et al. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADO NO CONTEXTO CLÍNICO E SOCIAL: REVISÃO DE LITERATURA. **Nucleus**, Ituverava, v. 15, n. 1, p. 237-248, may 2018. ISSN 1982-2278. Disponível em: <<http://www.nucleus.feituverava.com.br/index.php/nucleus/article/view/2700/2624>>. Acesso em: 10 dec. 2018. doi:<http://dx.doi.org/10.3738/1982.2278.2700>.

CASTILLO, Ana Regina G. L. et al. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, p.20-23, 2000. Disponível em: Acesso em: 01 jun. 2018.

CRUZ, Marília da Nova; HAMDAN, Amer Cavalheiro. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Psicologia em Estudo**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.223-229, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722008000200004>.

CRUZ, Marília da Nova; HAMDAN, Amer Cavalheiro. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Psicologia em Estudo**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.223-229, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-73722008000200004>.

DIAS, Eliane Golfieriet al. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 8, p.1623-1635, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00125014>.

DIEL, Lusiêni et al. Sociodemographic profile and level of burden of dementia patients' caregivers who participate in a support group. **Dementia&Neuropsychologia**, [s.l.], v. 4, n. 3, p.232-237, set. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-57642010dn40300012>.

DOURADO, Denise Martins et al. Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. Estudos Contemporâneos da Subjetividade - **ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade - ECOS**, Rolim de Moura, v. 1, n. 8, p.154-167, set. 2017. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2377>>. Acesso em: 30 out. 2018.

FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-18462008000400004>.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 46, n. 6, pp. 1494-1502. 2012.

FERRE-GRAU, C et al. **El mundo del cuidador familiar: una visión teórica y un modelo práctico**. Tarragona: Silva; 2008.

FERREIRA, Pollyana Cristina dos Santos; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 1, p.29-35, 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002011000100004>.

FORLENZA, Orestes V.. Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer. **ArchivesOfClinicalPsychiatry (são Paulo)**, [s.l.], v. 32, n. 3, p.137-148, jun. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832005000300006>.

FREITAS, EV; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Lício Ferreira. Perfil de cuidadores de idosos com doença de alzheimer associado à resiliência. **Contexto Enferm**, Florianópolis. Jan-Mar. v. 21, n. 1, p. 150-7. 2012.

GAIOLI, Cheila Cristina Leonardo de Oliveira; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Lício Ferreira. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer

associado à resiliência. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.150-157, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072012000100017>.

GARCES1, Solange Beatriz Billig et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.335-352, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n2/16.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 38, n. 6, p.835-841, dez. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102004000600012>.

GUIMARÃES, Ana Margarida Vosset al. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência sobre as fobias específicas e a importância da ajuda psicológica. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 3, n. 1, p.115-128, nov. 2015.

HERRERO, MT; BARCIA, C; NAVARRO, JM. Functional anatomy of thalamus and basal ganglia. **ChildsNervSyst**, v.18, p.386-404, 2002.

ILHA, Silomaret al. Educational and care-related (geronto) technology in Alzheimer's disease and in supporting the elderly/family: perspective of teachers and students. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 2, p.1-8, 2017. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170039>.

INOUYE, K et al. Percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 17, n. 2, 187-9. 2009.

LEITE, Bruna Silva et al. A vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem Reben**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 70, p.714-720, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0682.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018.

LUZARDO, Adriana Remião; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho; SILVA, Ana Paula SchefferSchell da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 4, p.587-594, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072006000400006>.

LUZARDO, Adriana Remião; GORINI, Maria Isabel Pinto Coelho; SILVA, Ana Paula SchefferSchell da. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 4, p.587-594, dez. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072006000400006>.

LUZARDO, Adriana Remião; WALDMAN, Beatriz Ferreira. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p.135-145, jan. 2004. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140057/000590924.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 maio 2018.

MARINS, Aline Miranda da Fonseca; HANSEL, Cristina Gonçalves; SILVA, Jaqueline da. Behavioral changes of elderly with Alzheimer's Disease and the burden of care for the

caregiver. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 20, n. 2, p.352-356, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160048>.

MASLACH, C., SCHAUFELI, W.B; LEITER, M, P. Job burnout.Esgotamento do trabalho. **AnnualReviewofPsychology**, Palo alto, v. 52, p.397-422, 2001. doi: 10.1146 / annurev.psych.52.1.397

MENEZES, Itiana Castro; JURUENA, Mário Francisco. **Diagnosisof unipolar and bipolar depressionsandtheirspeifiers**. Questionário Sócio Demográfico (APÊNDICIE, [s.l.],Nome da Revista, v. 50, n. 1, p.64-71, 4 fev. 2017. Universidade de Sao Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p64-71>.

NEUMANN, Solange Maria Freiree DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. Doença de Alzheimer: o que muda na vida do familiar cuidador?.**Rev. Psicol. Saúde** [online]. 2013, vol.5, n.1, pp. 10-17. ISSN 2177-093X.

OLIVEIRA, Renata Maria da Silva. **O Teste do Relógio: Tempo de Mudança?**. 2013. 54 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto., Universidade do Porto, 2013.

PARANHOS, Mariana Esteves; ARGIMON, Irani Iracema de Lima; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck–II (BDI–II) em adolescentes. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p.383-392, jan. 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v9n3/v9n3a05.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2018.

PAVARINI, Sofia Cristina Iostet al. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, maio 2017. ISSN 1518-1944. <https://doi.org/10.5216/ree.v10.46488>.

PEREIRA, Lírica Salluz Mattos et al. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 12, p.3839-3851, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.15632014>.

PEREIRA, Lírica Salluz Mattos; SOARES, Sônia Maria. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 12, p.3839-3851, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152012.15632014>.

PIRES, Fernanda Rosa de Oliveira et al. mutual help group for family members of older adults with dementia: unveiling perspectives. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.1-9, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000310016>.

PORTO, José Alberto del. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.06-11, maio 1999. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44461999000500003>.

RODRIGUES, Adriana Bonachela; YAMASHITA, Érica Tiemi; CHIAPPETTA, Ana Lúcia de Magalhães Leal. Teste de fluência verbal no adulto e no idoso: verificação da aprendizagem verbal. **Revista Cefac**, [s.l.], v. 10, n. 4, p.443-451, dez. 2008.

SANDERS, S.; ADAMS, K. B.. Grief Reactions and Depression in Caregivers of Individuals with Alzheimer's Disease: Results from a Pilot Study in an Urban Setting. **Health & Social Work**, [s.l.], v. 30, n. 4, p.287-295, 1 nov. 2005. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/hsw/30.4.287>.

SANTOS, Raquel Luiza et al. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. **ArchivesOfClinicalPsychiatry** (São Paulo), [s.l.], v. 38, n. 4, p.161-167, 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0101-60832011000400009>.

SILVA, Claudia Fernandes da; PASSOS, Valeria Maria de Azeredo; BARRETO, Sandhi Maria. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 15, n. 4, p.707-731, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1809-98232012000400011>.

SMITH, Marília de Arruda Cardoso. Doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.1-5, out. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s2/v21s2a03.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2018.

SOARES, Jéssika Santos; CÂNDIDO, Aldrina da Silva Confessor. A Assistência de Enfermagem ao portador de Alzheimer e aos seus Cuidadores. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [s.l.], v. 3, n. 1, p.27-36, jun. 2014. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/313/297>>. Acesso em: 25 maio 2018.

TALHAFERRO, Bianca Vessechi; ARAKAKI, Isabella de Oliveira; CARRASCO, Kátia Giuglioli. O impacto da doença de Alzheimer no familiar cuidador no interior do estado de São Paulo. **Psicologia Revista**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 229-251, maio 2016. ISSN 2594-3871. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/27797>>. Acesso em: 30 out. 2018.

TOMOMITSU, Monica Regina Scanduzzi Valente; LEMOS, Naira Dutra; PERRACINI, Monica Rodrigues. Prevalência e fatores associados à fragilidade em cuidadores idosos. **Geriatria & Gerontologia**, São Paulo, v. 1, n. 4, p.4-12, abr. 2010.

VALENTINI, Ivani Bressan; ZIMMERMANN, Nicolle; FONSECA, Rochele Paz. ocorrência de depressão e ansiedade em cuidadores primários de indivíduos com demência tipo alzheimer:: estudos de casos. **Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p.197-217, ago. 2010. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/15150>>. Acesso em: 30 out. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: “AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO, DECLÍNIO COGNITIVO E CORRELAÇÃO COM A SITUAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES DE PESSOAS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER”.

Objetivo: Avaliar os níveis de ansiedade, depressão, declínio cognitivo e correlação com a situação sócio demográfica de cuidadores participantes do grupo Bem Viver com Alzheimer.

Período da coleta de dados: 01/08/2018 a 01/10/2018

Tempo estimado para cada coleta: É de 45 min.

Local da coleta: Encontros do grupo “Bem viver com Alzheimer” na UNESC.

Pesquisador/Orientador: Samira da Silva Valvassori

Telefone: (48) 988322021

Pesquisador/Acadêmico: Andressa Pumes da Silveira

Telefone: (48) 999906262

9ª fase do Curso de Enfermagem da UNESC.

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa e objetivo acima intitulados. Aceitando participar do estudo, poderá desistir a qualquer momento, bastando informar sua decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como o (a) senhor (a) não terá despesas para com a mesma. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde, podendo o (a) senhor (a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Para tanto, esclarecemos também os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Ao participante que aceitar fazer parte da pesquisa, será aplicado um questionário sócio-demográfico, contendo perguntas sobre os seus hábitos de vida e sua vida diária. A seguir serão aplicados testes para avaliar a função cognitiva, depressão, ansiedade, percepção e memória visual do participante.

RISCOS

Existe um risco mínimo para a aplicação da entrevista, sendo que será resguardado os valores éticos recomendados pela Resolução 510/2016 da Pesquisa com seres humanos; sendo garantido aos sujeitos participantes o anonimato e sigilo referente às entrevistas; com a explicação dos objetivos da pesquisa e metodologia utilizada; além do direito de desistir em qualquer fase de aplicação.

BENEFÍCIOS

Como benefícios a partir da identificação de depressão, ansiedade e declínio cognitivo em cuidadores de portadores da doença de Alzheimer, conseguiremos ter um outro olhar sobre o cuidador, e possibilitar que através de alternativas como grupos de apoio e de educação em saúde, esse cuidador não adoça.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora foi demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sendo entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador (a) Andressa Pumes da Silveira pelo telefone(48) 999906262 e/ou pelo e-mail: andressasilveira12@hotmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
<hr/> <p>–</p> <p>Assinatura</p>	<hr/> <p>–</p> <p>Assinatura</p>
<p>Nome:</p> <hr/> <p>CPF: _____._____._____ - ____</p>	<p>Nome:</p> <hr/> <p>CPF: _____._____._____ - ____</p>

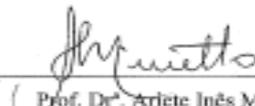
Criciúma (SC), de de 2018.

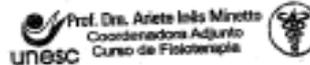
APÊNDICE B



CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar o espaço de encontros dos cuidadores do grupo "Bem viver com Alzheimer da Instituição de ensino da Universidade do Extremo Sul Catarinense, localizada na Av. Universitária, 1105 - Bairro Universitário CEP: 88806-000 - Criciúma-SC, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO, DECLÍNIO COGNITIVO E CORRELAÇÃO COM A SITUAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES DE PESSOAS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER" sob a responsabilidade do professor(a) responsável Samira Silva Valvassori e pesquisador(s) Andressa Pames da Silveira do Curso de graduação em enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.


 Prof. Dr. Ariete Inês Minetto
 Coordenador



FUCRI - FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE CRICIÚMA (MANTENEDORA)

Avenida Universitária, 1105 - Bairro Universitário - Cx. Postal 3167 - Fone: (0**48) 3431-2500 - Fax: (0**48) 3431-2750 - CEP 88806-000 - CRICIÚMA - SC
 C&L 4852 <http://www.unesc.net>

APÊNDICE C - Questionário para Coleta de Dados Sociodemográfico e de Saúde

Data da entrevista: ____/____/____.

Entrevistador: _____

1. Identificação do Idoso

Nome: _____ Iniciais: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: (____) _____

2. Variáveis

a) Demográficas

- Sexo (1) masculino (2) feminino
- Data de nascimento: ____/____/____.
- Idade _____
- Naturalidade: _____ Estado: _____ País: _____.
- Número total de filhos vivos: (0) nenhum _____ filhos

b) Sociais e econômicas

- Profissão: (1) aposentado Trabalhou no que: _____ Carregou muito peso?
(1) sim (2) não outra: especifique _____.
- Escolaridade: (1) analfabeto/sem escolaridade (2) primário incompleto (3) primário completo (4) ensino médio incompleto (5) ensino médio completo (6) superior incompleto (7) superior completo (8) outro: especifique: _____.
- Estado civil: (1) solteiro (a) (2) viúvo (a) (3) divorciado (a) (4) casado (a)
- Religião: (1) sim (2) não Qual: _____.
- O idoso reside: (1) sozinho (2) cônjuge (3) familiar (filhos) (4) familiar

(Irmãos) (5) amigos (6) cuidador externo

• Risco Psicossocial na esfera familiar:	(1) SIM	(2) NÃO
Se tiver algum problema, sente que a família se preocupa o necessário?		
Sente que é escutado e que compartilham consigo problemas e preocupações familiares?		
Sente-se compreendido?		
Sente-se satisfeito com a maneira como é tratado na família?		
Viuvez recente (6 meses a 12 meses)		
Perda de filhos (recente) (6 meses a 12 meses)		

- Participar de alguma atividade na comunidade:
- (1) sim especifique: _____ (2) não
- Renda total dos idosos:(1) até 1 salário mínimo (2) de 1 a 2 salários (3) de 3 a 4 salários (4) de 5 a 6 salários (5) de 7 a 8 salários (6) de 9 a 10 salários (7) mais de 10 salários
- Em sua opinião qual o problema que mais o atinge na sua vida diária:
(1) nenhum (2) saúde (3) econômica (4) pessoal (5) familiar

c) Étnicos

- Cor da pele declarada: (1) branca (2) afrodescendente (3) parda

d) Dados Clínicos

- Contato com agrotóxicos: () Sim () Não Qual? _____

Período:

- Contato com produtos químicos: () Sim () Não Qual? _____

Período:

- Peso _____ Kg
- Altura _____ Cálculo: peso/altura²
- IMC: _____

- Em sua opinião você diria que sua saúde é:

(1) Excelente

- (2) Muito boa
- (3) Boa
- (4) Ruim
- (5) Muito ruim

- Comorbidades clínicas:

Hipertensão Arterial Sistêmica (1) Sim (2) Não

Diabetes (1) Sim (2) Não

Cardiopatias (doenças do coração) (1) Sim (2) Não

Outras (1) Sim (2) Não

Especifique: _____

- Faz uso de alguma medicação: (1) Sim (2) Não
- Vitaminas e suplementos: (1) Sim (2) Não; pílulas para pressão (1) Sim (2) Não; relaxantes musculares (1) Sim (2) Não; outros (1) Sim (2) Não: _____.

- Faz uso de chás; produtos naturais para tratamento de alguma doença:

(1) Sim (2) Não

- Pratica algum tipo de atividade física:

(1) Sim (2) Não

Frequência: (por semana/por mês) _____ Tempo: _____

- Você já fumou? (1) sim (2) não (Obs.: se a resposta for não, vá para a questão etilismo)
- Você ainda fuma: (1) sim (2) não
- Quantos cigarros por dia: (1 carteira de cigarro contém 20 cigarros)
até ½ maço (1) sim (2) não; de ½ a 1 maço (1) sim (2) não; de 1 a 2 maços (1) sim (2) não; mais que 2 maços (1) sim (2) não
- Você fuma cigarro de palha (1) sim (2) não
- Quantidade de cigarro de palha que fuma por dia: Um cigarro (1) sim (2) não; até dois cigarros (1) sim (2) não; até três cigarros (1) sim (2) não; mais que três cigarros (1) sim (2) não.

- Etilismo

Você faz uso de bebidas alcoólicas?(1) sim (2) não

Tipo: Destilado (cachaça, vodka, etc) (1) sim (2) não;

Fermentado (cerveja, vinho, etc) (1) sim (2) não

Dose diária (copos):

(1) 1 ou 2

(2) 3 ou 4

(3) 5 ou 6

(4) mais de 6

(5) não se aplica

Duração/anos: (há quanto tempo bebe essa quantidade)_____

- Sono:

Rastreamento de distúrbios do sono		
	(1) Sim	(2) Não
Você está insatisfeito (a) com o seu sono?		
Apresenta sono ou fadiga (cansaço) durante as atividades diárias?		
O parceiro ou outros observadores queixam de comportamento não usual durante o sono, tais como ronco, pausa na respiração ou movimento de pernas?		
Duração da sintomatologia superior a 3 meses		

- Você já realizou consulta com neurologista:

(1) Sim; especifique o motivo:_____.

(2) Não

- Você percebe certa dificuldade em lembrar-se das coisas, pessoas ou situações:

(1) Sim

(2) Não

- Em sua opinião essa perda de memória ocorre:

(1) Sempre

(2) Quase sempre

(3) Raramente

(4) Nunca

- Historia familiar positiva para:

Doença cardiovascular prematura (Infarto Agudo do Miocárdio ou morte súbita antes do 55 anos no pai ou parentes de 1 ° grau do sexo masculino, ou antes dos 65 anos na mãe ou parentes de 1° grau do sexo feminino (1) sim (2) não

Hipertensão arterial sistêmica (1) Sim (2) Não

Diabetes mellitus tipo II(1) Sim (2) Não

Doença tireoidiana (1) Sim (2) Não

Câncer de cólon (intestino)(1) Sim (2) Não

Câncer de mama(1) Sim (2) Não

Câncer de próstata(1) Sim (2) Não

Osteoporose/Fratura de fragilidade(1) Sim (2) Não

Depressão(1) Sim (2) Não

Demência(1) Sim (2) Não

Cuidador domiciliar(1) Sim (2) Não

Qual turno você trabalha?

() Diurno () Matutino () Noturno

Qual grau de parentesco? Se tiver

Quantas horas de cuidados?

Quantos dias na semana?

ANEXOS

ANEXO A- Mini Exame do Estado Mental – Meem

(Mini Mental State Exam – Folstein et al, 1975)

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) ORIENTAÇÃO

* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês). [] [5]

* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou locala) (andar). [] [5]

REGISTRO

* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL. Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: ____ [] [3]

ATENÇÃO E CÁLCULO

* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65) Alternativo1 : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1) **EVOCAÇÃO** * Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul) [] [5]

LINGUAGEM

*Identificar lápis e relógio de pulso [] [3]

* Repetir: “Nem aqui, nem alí, nem lá”. [] [2]

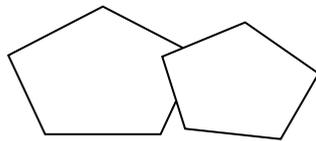
* Seguir o comando de três estágios: “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão”. [] [1]

* Ler ‘em voz baixa’ e executar:[] [3]

FECHE OS OLHOS

* Escrever uma frase (um pensamento, idéiacompleta)[] [1]

* Copiar o desenho:[] [1]



TOTAL:[] []

ANEXO B

Paciente: _____

Escolaridade: _____

Data da Avaliação: ____/____/____.

TESTE DE FLUÊNCIA VERBAL

*Avaliação da memória semântica (conhecimento geral sobre o mundo, dos fatos, das palavras, sem relação com o momento do seu aprendizado). Consiste na avaliação de categorias semânticas pré definidas, como por exemplo animais e frutas.

INSTRUÇÕES:

Solicita-se ao paciente que enumere o máximo de animais ("bichos") e frutas em 1 minuto cronometrado. Ex.:

Você deve falar todos os nomes de animais que se lembrar, no menor tempo possível. Qualquer animal vale: insetos, pássaros, peixes e animais de quatro patas. Quanto mais você falar, melhor. Pode começar".

*Importante: considere "boi" e "vaca" como dois animais mas "gato" e "gata" como um só. Se disser passarinho, cobra, lagarto conte como três animais; mas, se disser "passarinho, canário e peixe", conte como dois. Ou seja: a classe vale como nome se não houver outros nomes da mesma classe.

PONTUAÇÃO: ____ animais + ____ frutas.

Pontuação Mínima	Nº
8 Anos ou mais	13
Analfabeto	9

ANEXO C - Teste do Relógio

Dê uma folha de papel em branco (tamanho A4), deixe que a pessoa escolha livremente o local a ser utilizado.

Diga ao paciente: “Desenhe um relógio com todos os números no mostrador e coloque os ponteiros marcando 2 horas e 45 minutos.”

Se, por iniciativa própria, ela achar que não ficou bem e quiser desenhar de novo, é permitido.

Pontuação:

<i>Relógio e número estão corretos</i>	<i>6-10 pontos</i>
Tudo está correto	10
Leve desordem nos ponteiros (p. ex.: ponteiro das horas sobre o 2)	9
Desordem nos ponteiros mais acentuada (p. ex: apontando 2h20)	8
Ponteiros completamente errados	7
Uso inapropriado (p ex: marcação digital ou círculos envolvendo números)	6
<i>Relógio e números incorretos</i>	<i>1-5 pontos</i>
Números em ordem inversa, ou concentrados em alguma parte do relógio	5
Números faltando ou situados fora dos limites do relógio	4
Números e relógio não conectados; ausência de ponteiros	3
Alguma evidência de ter entendido as instruções, mas pouca semelhança com relógio	2
Não tentou ou não conseguiu representar um relógio	1

ANEXO D - Teste de Reconhecimento de Figuras



FUNÇÃO	acertos/10	normal
Percepção visual correta		
Nomeação correta		≥ 9/10
Memória Incidental Esconda as figuras e pergunte: "que figuras eu acabei de lhe mostrar?"		≥ 5/10
Memória Imediata 1 (número de acertos) Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo: "Olhe bem e procure memorizar esta figuras" (Se houver déficit visual importante, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes dos objetos lentamente, um nome/segundo; fale a série toda duas vezes.)		≥ 6/10
Memória Imediata 2 Mostre a figuras novamente durante 30 segundos dizendo: "Olhe bem e procure memorizar esta figuras" (Se houver déficit visual importante, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes dos objetos lentamente, um nome/segundo; fale a série toda duas vezes.)		
Evocação de 5 minutos		≥ 5/10

ANEXO E - Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO, DECLÍNIO COGNITIVO E CORRELAÇÃO COM A SITUAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA DOS CUIDADORES DE PESSOAS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER

Pesquisador: Samira da Silva Valvassori

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 01884518.3.0000.0110

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Universidade do Extremo Sul Catarinense

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.744.808

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta uma revisão bibliográfica ampla abrangendo de forma completa o tema de investigação proposto.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos são claros e as respectivas metodologias preservam a integridade do paciente, bem como a confidencialidade dos dados obtidos do mesmo.

Avaliar os níveis de ansiedade de depressão escores de declínio cognitivo e levantamento sócio demográfica de cuidadores participantes do grupo Bem Viver com Alzheimer através de questionário estruturado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São informados os riscos e benefícios que envolvam a pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os autores afirmam que todos os procedimentos serão realizados pelo professor responsável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos e documentos se apresentam corretos.

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

UF: SC

Município: CRICIUMA

CEP: 88.806-000

Telefone: (48)3431-2000

E-mail: cetica@unesc.net

Continuação do Parecer: 2.744.868

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências a declarar

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1101010.pdf	20/06/2018 13:31:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_tcc.pdf	20/06/2018 13:27:58	Samira da Silva Valvassori	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	20180010143041783.pdf	20/06/2018 13:22:55	Samira da Silva Valvassori	Aceito
Folha de Rosto	20180020130214080.pdf	20/06/2018 13:10:30	Samira da Silva Valvassori	Aceito
Orçamento	Orcamentocerto.pdf	10/06/2018 13:10:43	Samira da Silva Valvassori	Aceito
Cronograma	4CRONOGRAMAnovo.pdf	10/06/2018 13:11:38	Samira da Silva Valvassori	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/06/2018 13:10:38	Samira da Silva Valvassori	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 20 de Junho de 2018

Assinado por:
RENAN ANTONIO CERETTA
(Coordenador)

Endereço: Avenida Universitária, 1.105
Bairro: Universitário CEP: 88.806-000
UF: SC Município: CRICIUMA
Telefone: (48)3431-2000 E-mail: cetica@unesc.net