



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIA COGNITIVA E
COMPORTAMENTO

RELAÇÃO DO ESTRESSE PSICOLÓGICO COM A SAÚDE FÍSICA E
MENTAL EM CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS COM
DEMÊNCIA

JOÃO PESSOA - 2018

PALOMA CARDOZO GURGEL

**RELAÇÃO DO ESTRESSE PSICOLÓGICO COM A SAÚDE FÍSICA E
MENTAL EM CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS COM
DEMÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento da Universidade Federal da Paraíba, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Neurociências.

Orientador: Prof. Dr. Bernardino Fernández Calvo

João Pessoa - PB
2018

Catálogo na publicação Seção de Catalogação e Classificação

G979r Gurgel, Paloma Cardozo.

Relação do estresse psicológico com a saúde física e mental em cuidadores informais de pessoas com demência / Paloma Cardozo Gurgel. - João Pessoa, 2018. 95 f. : il.

Orientação: Bernardino Fernández Calvo.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Neurociência. 2. Estresse - cuidadores informais. 3. Estresse psicológico. 4. Saúde Física - cuidadores. 5. Demência - pessoas. I. Calvo, Bernardino Fernández. II. Título.

UFPB/BC.

RELAÇÃO DO ESTRESSE PSICOLÓGICO COM A SAÚDE FÍSICA E MENTAL EM CUIDADORES INFORMAIS DE PESSOAS COM DEMÊNCIA

Trabalho de Conclusão do Curso de Mestrado em Neurociências submetido à Universidade Federal da Paraíba como parte dos requisitos necessários para a obtenção do Grau de Mestre em Neurociências.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Bernardino Fernández Calvo – (CPF: 017.254.694-05)

Universidade Federal da Paraíba – PPGNeC/CCHLA/UFPB

Presidente/Orientador

Professora Dra. Shirley de Souza Silva Simeão – (CPF: 041.814.714-03.)

Universidade Federal da Paraíba – Departamento de Psicologia/CCHLA/UFPB

Membro externo

Prof. Dr. Flávio Freitas Barbosa– (CPF: 012.021.504-70)

Universidade Federal da Paraíba – PPGNeC/CCHLA/UFPB

Membro interno

João Pessoa - PB

2018

“Tudo que o homem não conhece, não existe para ele. Por isso o mundo tem, para cada um, o tamanho que abrange o seu conhecimento.”

Albert Einstein



ATA DE DEFESA (DISSERTAÇÃO)

Aos vinte e sete dias do mês de junho de dois mil e dezoito, na Sala 512 do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba - UFPB reuniram-se em solenidade pública os membros da comissão designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento para o exame da dissertação de mestrado da aluna **PALOMA CARDOZO GURGEL**. Foram componentes da banca examinadora os professores: Prof. Dr. **Bernardino Fernández Calvo** (Presidente/Orientador, CPF: 017.264.694-05), Professora Dra. Shirley de Souza Silva Simeão – (CPF: 041.814.714-03) - Universidade Federal da Paraíba – Departamento de Psicologia/CCHLA/UFPB, Membro Externo, Professor Dr. Flávio Freitas Barbosa – (CPF: 012.021.504-70) - Universidade Federal da Paraíba – PPGNeC/CCHLA/UFPB, membro interno. Dando início aos trabalhos, o presidente da banca, Prof. Dr. **Bernardino Fernández Calvo**, após declarar o objetivo da reunião, apresentou a examinanda **PALOMA CARDOZO GURGEL** e, em seguida, concedeu-lhe a palavra para que defendesse seu projeto de pesquisa, intitulado: “**Relação do estresse psicológico com a saúde física em cuidadores informais de pessoas com demência**”. Passando então ao aludido tema, a candidata foi a seguir arguida pelos examinadores na forma regimentar. Ato contínuo passou a comissão, em secreto, a proceder à avaliação e julgamento do trabalho, concluindo por atribuir-lhe o conceito “APROVADO”, o qual foi proclamado pela presidência logo que esta foi franqueada ao recinto da solenidade pública. Nada mais havendo a tratar, eu **Nelson Torro Alves**, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Neurociência Cognitiva e Comportamento da UFPB, lavrei a presente ata, que depois de lida e aprovada por todos, assino juntamente com todos os membros da banca.

João Pessoa, 27 de junho de 2018.

Professor Dr. Bernardino Fernández (Orientador /UFPB)

Professor Dr. Flávio Freitas Barbosa (PPGNeC/ CCHLA/UFPB, Membro Interno)

Professora Dra. Shirley de Souza Silva Simeão (Departamento de Psicologia/CCHLA-UFPB, Membro Externo)

Prof. Dr. Nelson Torro Alves (Coordenador)

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra aos meus pais, Amazonina Maria Cardozo e José Maria Gurgel, por terem me dado condições psicológicas, genéticas e financeiras que possibilitaram a construção da minha vida acadêmica e consequente realização deste trabalho.

Ao meu irmão, Renato Cardozo Gurgel, que editou e construiu junto comigo o material audiovisual de divulgação da pesquisa.

Ao meu tio Francisco Gutemberg Cardoso, que me apoiou em uma nova cidade, visto que tive que me mudar para João Pessoa para realização desse mestrado.

À minha amiga e pesquisadora Leticia de Sousa Eduardo, que contribuiu com valiosas discussões acerca da sua vivência com cuidadores informais de pessoas com demência, bem como na indicação de artigos científicos que fundamentaram este trabalho.

Aos meus amigos, Yankel Soares Suassuna de Oliveira e Marcelo Átila Chagas Santos Fernandes.

A minha amiga, Kamila Lopes da Silva.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Neurociências Cognitiva e Comportamento da Universidade Federal da Paraíba.

Gurgel, Paloma Cardozo. **Relação do Estresse Psicológico com a Saúde Física e Mental em Cuidadores Informais de Pessoas com Demência**. 2018. Dissertação (Mestrado em Neurociência Cognitiva e Comportamento) - Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa – PB, 2018.

RESUMO

O ser humano busca manter a homeostase visando uma relação harmoniosa com o seu meio. No entanto, agentes estressores podem alterar esse equilíbrio. O estresse pode ocorrer dentro dos limites fisiológicos, e até ser considerado necessário em determinadas situações. Todavia, em situações excessivas pode causar danos ao organismo. O mecanismo desse processo é regulado pelo eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal (HHA). A demência é uma síndrome clínica que afeta progressivamente o desempenho das atividades da vida diária. Assim, a pessoa com demência precisa da assistência contínua e prolongada de um cuidador (familiar ou amigo) para manter as atividades cotidianas. As evidências científicas demonstram que realizar essa atividade pode deixar a pessoa sobrecarregada, ou com estresse psicológico, ao se sentir sem capacidade para lidar com as dificuldades da pessoa com demência, e comprometer a saúde e bem-estar do cuidador. Esta pesquisa se faz necessária à medida que cuidadores informais de pessoas com demência podem apresentar alterações na saúde física e psicológica, relacionadas às atividades de cuidar do portador da demência. Sendo assim, este estudo objetiva avaliar a relação entre estresse psicológico e a sua influência sobre a saúde física, a resiliência, a ansiedade e a depressão em cuidadores informais de pessoas com demência. Trata-se de um estudo Ex-Post Facto (correlacional), que foi realizado com 160 cuidadores informais de pessoas com demência que são atendidos no Serviço de Neuropsicologia do Envelhecimento (SENE) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de Questionário Sociodemográfico (QS) e Escalas Validadas (EVs) para avaliação da: Saúde Física, Ansiedade, Depressão, Sobrecarga e Resiliência. A pesquisa foi submetida em 07/12/2017 à análise para emissão de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB, via cadastrado na Plataforma Brasil, e aprovada sob CAAE: 80971217.3.0000.5188. Participaram da pesquisa 160 cuidadores informais de pessoas com demência que se apresentaram sobrecarregados e com a saúde física e psicológica afetada pelo ato de cuidar da Pessoa com Demência (PcD). Foi possível perceber uma correlação significativa entre os níveis de estresse psicológico e ansiedade (0,406**), bem como entre os de estresse e depressão (0,323**). Cuidadores com exaustão (cansaço) apresentaram correlações significativas com o estresse psicológico (0,601**), ansiedade (0,388**), e depressão (0,334**). A saúde física também se correlacionou com o estresse (0,636**), ansiedade (0,497**), e depressão (0,345**). A existência de grupos de apoio na comunidade, o envolvimento em atividades como yoga, pilates, dança, e exercícios aeróbicos permitem a desconcentração do cotidiano, culminando em um envolvimento de lazer e autocuidado mental, facilitando a descarga emocional do estresse. Essas intervenções promovem benefícios tanto para o cuidador, quanto para o paciente, pois para uma assistência de qualidade é necessário que o cuidador esteja bem consigo mesmo (a). Dessa forma trazendo ao convívio, momentos de diversão e alegria que permitem descarregar o cansaço e tristeza que atormentam o cuidador e ainda assim auxiliar o doente que está ligado sentimentalmente ao seu cuidador.

Palavras Chave: Cuidadores, Demência, Psicologia, Saúde Física, Sobrecarga.

ABSTRACT

The human being seeks to maintain homeostasis aiming at a harmonious relationship with his environment. However, stressors can alter this balance. Stress can occur within physiological limits, and even be considered necessary in certain situations. However, in excessive situations it can cause damage to the body. The mechanism of this process is regulated by the hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA). Dementia is a clinical syndrome that progressively shaves the performance of activities of daily living. Thus, the person with dementia needs continuous and extended care from a caregiver (family or friend) to maintain daily activities. Scientific evidence demonstrates that performing this activity can leave a person overwhelmed or psychologically stressed by feeling unable to cope with the difficulties of the person with dementia and compromising the health and well-being of the caregiver. This research is necessary as informal caregivers of people with dementia may present changes in physical and psychological health related to the activities of caring for the person with dementia. Thus, this study aims to evaluate the relationship between psychological stress and its influence on physical health, resilience, anxiety and depression in informal caregivers of people with dementia. This is an Ex-Post Facto (correlational) study, which was carried out with 160 informal caregivers of people with dementia who are attending the Aging Neuropsychology Service (SENE) of the Federal University of Paraíba (UFPB). Data collection was performed through the application of a Sociodemographic Questionnaire (QS) and Valued Scales (EVs) for the evaluation of: Physical Health, Anxiety, Depression, Overload and Resilience. The research was submitted on 07/12/2017 to the analysis for the issuance of the opinion of the Ethics Committee in Research of the UFPB, via registered in the Brazil Platform, and approved under CAAE: 80971217.3.0000.5188. Participating in the study were 160 informal caregivers of people with dementia who were overloaded and with the physical and psychological health affected by the care of the person with dementia (PcD). It was possible to perceive a significant correlation between levels of psychological stress and anxiety (0.406 **), as well as between those of stress and depression (0.323 **). Caregivers with exhaustion (fatigue) presented significant correlations with psychological stress (0.601 **), anxiety (0.388 **), and depression (0.334 **). Physical health also correlated with stress (0.636 **), anxiety (0.497 **), and depression (0.345 **). The existence of support groups in the community, involvement in activities such as yoga, pilates, dance, and aerobic exercises allow the deconcentration of daily life, culminating in a leisure involvement and mental self-care, facilitating the emotional discharge of stress. These interventions promote benefits for both the caregiver and the patient, because quality care requires that the caregiver be well with himself / herself. In this way, bringing to the conviviality, moments of fun and joy that allow to discharge the tiredness and sadness that torment the caregiver and still help the patient who is sentimentally connected to his caregiver.

Keywords: Caregivers, Dementia, Psychology, Physical health, Overload.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	13
2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1 Estresse.....	17
2.2 Mensurando o estresse.....	17
2.3 Demência.....	19
2.4 Estresse em cuidadores informais de pessoas com demência.....	21
3. JUSTIFICATIVA.....	26
4. OBJETIVOS.....	28
4.1 Objetivo Geral:.....	28
4.2 Objetivos Específicos:.....	28
5. HIPÓTESES.....	29
6. METODOLOGIA.....	29
6.1 Público-alvo e critérios de inclusão.....	30
6.2 Cálculo Amostral.....	30
6.3 Instrumentos para mensuração.....	31
6.4 Análise Estatística.....	32
6.5 Questões Éticas.....	32
7. RESULTADOS.....	33
7.1 Dados Sociodemográficos.....	33
7.2 Saúde Física.....	34
7.2.1 <i>Cansaço</i>	34
7.2.2 <i>Sintomas Estomacais</i>	35
7.2.3 <i>Dores nas Extremidades</i>	35
7.2.4 <i>Complicações cardíacas</i>	36
7.2.5 <i>Classificação geral da saúde física</i>	36
7.3 Ansiedade e depressão.....	37
7.4 Estresse Psicológico.....	38
7.5 Resiliência.....	39
7.6 Correlações.....	41
7.6.1 – <i>Correlações entre estresse psicológico, ansiedade, depressão e resiliência</i>	41
7.6.2 - <i>Correlações entre estresse psicológico, ansiedade, depressão e saúde física</i>	42

8. DISCUSSÃO.....	43
8.1 - Papel da Mulher no Cuidado de Pessoas com Demência (PcD).....	43
8.2 – O Envelhecimento da população aumenta a necessidade de cuidadores para doenças neurodegenerativas.....	53
8.3 - Cuidadores informais de pessoas com demência tem a saúde física e psicológica afetada pelo ato de cuidar.....	57
8.4 – Cuidadores informais com maior renda possuem menos danos na saúde física e psicológica	73
8.5 – Níveis aumentados de resiliência nos cuidadores melhoram a qualidade da assistência.....	76
8.6 - Algumas soluções.....	81
9. CONCLUSÃO.....	83
10. REFERÊNCIAS.....	84

ACTH – Hormônio Adrenocorticotrófico;

AVE – Acidente Vascular Encefálico;

CRH – Hormônio Liberador de Corticotrofina;

DHEA – Desidroepiandrosterona;

EcP – Estresse Crônico Percebido;

ERC – Escala de Resiliência do Connor-Davidson;

ESZ – Escala de Sobrecarga de Zarit;

HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão;

PcD – Pessoa/Paciente com demência;

QSG – Questionário de Sintomas de Giessen.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estatística descritiva da categoria “cansaço”.

Quadro 2 – Estatística descritiva da categoria “sintomas estomacais”.

Quadro 3 – Estatística descritiva da categoria “dores nas extremidades”.

Quadro 5 – Classificação da saúde física dos cuidadores.

Quadro 6 - Estatística descritiva dos valores de ansiedade e depressão.

Quadro 7 – Estatística descritiva dos valores de ansiedade e depressão, os valores em vermelho afirmam escores prováveis e muito prováveis de ansiedade e depressão.

Quadro 8 – Variáveis da Escala de Sobrecarga de Zarit.

Quadro 9 – Estatística descritiva da Escala de Sobrecarga de Zarit.

Quadro 10 – Estatística descritiva da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (RISC-Br).

Quadro 11 – Correlações entre estresse psicológico, ansiedade, depressão e resiliência.

Quadro 12 – Correlações entre estresse psicológico, ansiedade, depressão e saúde física.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Porcentagem de cuidadores (as) de acordo com o sexo.

Gráfico 2 – Escolaridade dos (as) cuidadores (as).

Gráfico 3 – A maioria dos (as) cuidadores (as) tem filhos.

Gráfico 4 – Tipos de demências diagnosticadas nos pacientes assistidos pelos cuidadores.

Gráfico 5 – Paciente faz uso de medicação.

Gráfico 6 – Localidade do domicílio dos cuidadores.

Gráfico 7 – A maior parte dos cuidadores são filhos dos pacientes.

Gráfico 8 – A maioria dos cuidadores reside com o paciente o tempo todo.

Gráfico 9 – A maioria dos cuidadores não tem alguma atividade de lazer.

Gráfico 10 – A maioria dos cuidadores não praticam esportes.

Gráfico 11 – A maioria dos cuidadores dedicam mais de 8 horas por dia de cuidado.

Gráfico 12 – Quantidade de tempo em anos em que o cuidador cuida do paciente.

Gráfico 13 – 41,3% dos cuidadores não compartilham a tarefa de cuidar do paciente com outros membros da família.

Gráfico 14 – 89,4% dos cuidadores afirmam que antes da doença dos pacientes aparecer em suas vidas eles possuíam boa saúde.

Gráfico 15 – Cuidadores acreditam que a sua saúde piorou desde que começou a cuidar da pessoa com demência.

Gráfico 16 – Cuidador faz uso de medicação.

Gráfico 17 - Cuidadores pensam em desistir de cuidar do paciente.

Gráfico 18 – Cuidador exerce trabalho remunerado.

Gráfico 19 – Renda per capita dos cuidadores.

Gráfico 20 – Renda per capita dos pacientes.

Gráfico 21 – Situação conjugal do cuidador.

Gráfico 22 – Sexo dos pacientes.

Gráfico 23 – Escolaridade dos pacientes.

Gráfico 24 – Profissionais que diagnosticaram a demência.

Gráfico 25 – Situação conjugal dos pacientes.

Gráfico 26 – A maioria dos pacientes tem filhos.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Idade dos cuidadores.

Tabela 2 – Idade dos pacientes portadores de demência assistidos pelos cuidadores.

Tabela 3 – Carga horária diária de cuidado.

Tabela 4 – Ano do aparecimento dos primeiros sintomas dos pacientes.

Tabela 5 – Ano em que a demência foi diagnosticada.

1. INTRODUÇÃO

O ser humano possui uma função inata primordial à vida, a homeostase, que pode ser caracterizada pelo equilíbrio das forças internas com todos os sistemas e órgãos, culminando na harmonia das diversas funções fisiológicas. Porém, em situações nas quais esse equilíbrio se altera por determinados agentes estressores, sejam eles físicos, emocionais ou biológicos, ocorre o quadro clínico conhecido como estresse. Em algumas circunstâncias o estresse pode ser estimulante e até mesmo necessário para a manutenção da vida. No entanto, quando ultrapassa as barreiras dos limites fisiológicos e psicológicos de cada indivíduo, constitui uma agressão ao organismo.

Uma das estruturas do Sistema Nervoso Central (SNC) envolvidas nesse processo é o hipotálamo, responsável por controlar as funções básicas primordiais à conservação e à sobrevivência do organismo. Essa estrutura possui um papel ativo sobre o sistema nervoso autônomo e sistema endócrino, gerando respostas biológicas frente a determinados estímulos, sejam eles exógenos ou endógenos. Essas respostas promovem adaptações às alterações, com vista à manutenção da homeostase (Guyton & Hall, 2011; Machado, 2000).

Segundo Berner e Levy (2009), a liberação de hormônios do estresse se torna possível através da ativação de um eixo neuroendócrino nomeado de eixo hipotálamo-pituitário-adrenal (HPA). Quando uma situação é interpretada como estressante, esse eixo é acionado, fazendo com que os neurônios do hipotálamo liberem um hormônio chamado de hormônio liberador de corticotrofina (CRH).

A liberação do CRH desencadeia a secreção subsequente e liberação de outro hormônio chamado adrenocorticotrófico (ACTH) pela hipófise anterior, também localizada no cérebro. Quando o ACTH é secretado pela hipófise, ele se desloca no sangue e atinge as glândulas supra-renais, que estão localizadas acima dos rins, provocando a secreção dos chamados hormônios do estresse (Centre For Studies On Human Stress, 2007).

De acordo com Aires (2008), existem dois principais hormônios do estresse, os glicocorticóides (chamados de corticosterona em animais, e cortisol em humanos), e as catecolaminas (epinefrina e norepinefrina). Sob condições normais (na ausência de estresse), a secreção de cortisol mostra ritmicidade circadiana, onde as concentrações são mais elevadas no período da manhã (o pico circadiano), e diminuem progressivamente ao longo do dia, atingindo as menores concentrações antes de dormir (a queda circadiana). Para o *Centre For Studies On Human Stress* (2007), essas concentrações mostram elevações nas últimas etapas do sono do ser humano, objetivando preparar o organismo para a vigília.

O cortisol é também o mais conhecido e, também, apontado como um dos mais sensíveis marcadores biológicos para o diagnóstico do estresse. Por apresentar receptores em praticamente todos os órgãos, e atingir diretamente o funcionamento do eixo Hipotálamo-Pituitário-Adrenal (HPA), alterando funções sistêmicas, autonômicas e imunológicas. Atualmente, nas pesquisas sobre o estresse, o cortisol é o hormônio mais comumente mensurado (Cohen, Janick-Deverts & Miller, 2007; Gunnar & Quevedo, 2007; Hellhammer & Wust, 2009; Lupien, Maheu, Tu, Fiocco, & Schramek, 2007).

Em nosso contexto, os cuidadores familiares ou informais podem ser definidos por pessoas da família ou amigos que assumem o compromisso implícito e/ou a responsabilidade de assistir de forma contínua, prolongada e sem remuneração, as necessidades da pessoa com demência. Ex.: filhos que cuidam de seus pais (PcD; Brodaty & Donkin, 2009; Fernández-Calvo et al., 2016).

As demências são caracterizadas por transtornos mentais orgânicos adquiridos, com diminuição das faculdades intelectuais, alterações na personalidade e no comportamento, possuindo um grau de impacto suficiente para provocar a perda da autonomia e qualidade de vida (Scott & Barrett, 2007).

Os cuidadores informais de pessoas com demência, por sua vez, podem desenvolver alterações relevantes no seu estado biopsicossocial devido às mudanças nas concentrações de cortisol, relacionadas à sobrecarga do ato de cuidar. Essas perturbações podem ser induzidas por situações vivenciadas no seu cotidiano, gerando o que se chama de estresse. Nesse sentido, a dinâmica envolvida no ato de cuidar, tais como situações que envolvem o contato contínuo com as necessidades do outro, pode desencadear o estresse nesses indivíduos (Schulz & Sherwood, 2008).

Para avaliação do estresse em seres humanos devem-se utilizar marcadores biológicos, tais como a dosagem do cortisol, e marcadores psicológicos, como a utilização da escala de estresse percebido, que é a escala de Zarit. Esses questionários possibilitam o levantamento de questões passíveis de intervenções que visam melhorar a qualidade de vida dos cuidadores envolvidos. Ademais, oferece subsídios para compreensão dos determinantes etiológicos do estresse, sejam eles preponderantemente individuais ou sociais (Bianchi, 2009; Metzenthin et al., 2009; Rocha et al., 2013).

A produção crônica de cortisol e das catecolaminas acarretam a uma redução da resposta imunológica comprometendo a produção de citocinas, proteínas fundamentais para o funcionamento do sistema imunológico. Pode ocorrer, por exemplo, o aumento de citocinas pró-inflamatórias como a IL-6 e a TNF- α que estão relacionadas à origem de problemas que comprometem a saúde física, como disfunções cardiovasculares, artrite, diabetes tipo 2 e alguns tipos de câncer. A psiconeuroimunologia, ou mais precisamente a psiconeuroendocrinoimunologia, é responsável pelos estudos dos efeitos dos estados mentais sobre a saúde física, através dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico (Barros et al., 2001).

Com esse entendimento, questiona-se: os cuidadores informais de pessoas com demência apresentam alterações no estresse psicológico, saúde mental e física relacionadas ao ato de cuidar de uma pessoa com demência? Por outro lado, dado que ambos os tipos de estresse afetam a saúde do cuidador, procura-se saber como o estresse relaciona-se com a saúde física dos cuidadores.

Buscando responder a esses questionamentos e considerando ser premente conhecer o estado biopsicossocial dos cuidadores que prestam assistência, e uma vez que a qualidade dessa assistência prestada depende, além de outros fatores, do estado físico e mental do cuidador, que oferece cuidados, muitas vezes, em situações de estresse, propõe-se o desenvolvimento desta pesquisa, que poderá contribuir para que os serviços de saúde desenvolvam estratégias para redução do estresse nesse público-alvo, bem como para a compreensão dos determinantes etiológicos do estresse, sejam eles preponderantemente sociais e/ou psicológicos.

2- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Estresse

A palavra estresse vem do latim, e significa cansaço, fadiga. É considerado um mecanismo bioquímico fundamental para a sobrevivência do homem, que foi aperfeiçoado a partir da evolução (Silva, 2010). Os seres humanos podem reagir de maneiras diferentes a estímulos semelhantes. Isso se dá devido à singularidade e individualidade de cada um, sejam elas sua estrutura genética, física e bioquímica, ou mesmo suas crenças, valores, cultura e história de vida e social. Sendo assim, o estresse aparece nesse contexto, constituindo um aglomerado de tensões geradoras de sofrimento psíquico no sujeito (Araujo et al., 2003; Silva, 2010).

O desenvolvimento do estresse se dá em três fases: alerta, resistência e exaustão. A fase de alerta ocorre no momento em que o indivíduo se depara com o agente estressor, provocando o aparecimento de sinais e sintomas como boca seca, dor gástrica, mãos e/ou pés frios, suor, taquicardia, taquipneia, hipertensão, dentre outros. A segunda fase, chamada de resistência, consiste no período em que o corpo tenta voltar ao seu equilíbrio. Nesse momento, o organismo pode se adaptar ao problema ou até mesmo extingui-lo. Essa fase é caracterizada por cansaço excessivo, problemas com a memória, mal-estar generalizado, sensibilidade emotiva excessiva, irritabilidade e dúvidas quanto a si próprio (Malagris & Fiorito, 2006).

Se o equilíbrio não for readquirido por meio desse mecanismo, pode haver a evolução para a terceira fase, a exaustão. Nela podem surgir comprometimentos físicos em forma de doença. Essa fase apresenta sintomas graves, como insônia, dificuldades sexuais, hipertensão arterial, taquicardia, apatia, tontura, úlcera e pode impossibilitar o indivíduo de trabalhar (Malagris & Fiorito, 2006).

2.2 Mensurando o estresse

A secreção aguda de glicocorticóides e catecolaminas constitui o passo primário da cadeia de acontecimentos hormonais desencadeada em resposta ao estresse. Quando esses dois hormônios são secretados, atuam sobre o corpo para dar origem ao processo chamado de

luta-ou-fuga, uma resposta através da qual se poderia, por exemplo, experimentar um aumento na frequência cardíaca (Centre For Studies On Human Stress, 2007).

O estresse pode ser mensurado por meio de medidas psicológicas e fisiológicas, principalmente. As medidas psicológicas, dentro de uma perspectiva cognitiva, tem como enfoque a avaliação do estresse percebido; ou seja, como a pessoa percebe e avalia o estressor (Faro & Pereira, 2013). Essa avaliação poder estar centrada no estresse geral, que pode ser medido pela Escala de Estresse Percebido (Perceived Stress Scale, PSS; Cohen, Kamarck e Mermelstein, 1983) ou focalizada em contextos mais específicos, como pode ser a situação de cuidar de uma pessoa com demência, avaliada por meio da Escala de Sobrecarga de Zarit. Em geral, essas medidas psicológicas do estresse baseiam-se em uma perspectiva cognitiva do estresse, proposta por Lazarus (1966), que emana do modelo teórico proposto por Lazarus (1973), em que um estressor somente repercute sobre o organismo sob a forma de ser capaz de gerar estresse quando a situação é avaliada como uma ameaça ou o indivíduo percebe que seus recursos não são suficientes para lidar com a situação (Lazarus & Folkman, 1984).

As medidas fisiológicas, por sua vez, buscam a interpretação de uma situação como sendo estressante por meio do eixo hipotalâmico-pituitário-supra-renal (HPA), que culmina na liberação de cortisol e catecolaminas em seres humanos. Os produtos finais da ativação de HPA (cortisol e catecolaminas) são facilmente mensuráveis no sangue, urina e saliva. Este não é o caso para outros marcadores do eixo HPA, como os níveis de ACTH e de CRH. ACTH só pode ser medido no sangue e CRH só pode ser medido no líquido cefalorraquidiano.

Dada a facilidade com que se podem avaliar os produtos finais de ativação do eixo HPA, vários estudos já estão usando cortisol e medidas da ativação simpática (tais como catecolaminas e alfa-amilase) como medidas fisiológicas do estresse validadas em seres humanos. O cortisol e as catecolaminas podem ser medidos no sangue. Catecolaminas não podem ser facilmente mensuradas na saliva, porém estudos mostram que o cortisol pode também ser quantificado na saliva, uma técnica que tem sido preferida pelos pesquisadores devido sua vantagem não invasiva.

Além disso, ao contrário da amostra de sangue, a coleta de saliva não exige a colaboração de pessoal qualificado para a instalação de um cateter, permitindo uma amostra simples e com risco reduzido. Novas amostras estão sendo estudadas para avaliação dos hormônios do estresse como, por exemplo, a amostra de cabelo. Os cabelos crescem aproximadamente 1 cm por mês. Nesse sentido, novas metodologias estão sendo

desenvolvidas, a fim de medir os níveis de cortisol no fio de cabelo, utilizando imunoenaios enzimáticos. Uma característica interessante dessa amostra é que os níveis de cortisol estão se acumulando nos fios de cabelo, proporcionando uma medida da acumulação de hormônios de estresse ao longo do tempo. Por exemplo, ao analisar amostras de 3 cm de cabelo, é possível avaliar a exposição do estresse em seres humanos nos últimos 3 meses. Dessa forma, o cabelo torna-se um registro retrospectivo da produção de hormônio do estresse (Centre For Studies On Human Stress, 2007; Meyer, 2014; Silva & Enumo, 2014).

A alfa-amilase salivar também pode ser utilizada como biomarcador, já que essa enzima vem sendo caracterizada como um potencial indicador da atividade noradrenérgica. Alfa-amilase é uma enzima que é produzida sob a inervação simpática e pode ser coletada na saliva. Há um crescente corpo de evidências sugerindo que o nível de alfa-amilase salivar (AEA) aumenta com o estresse fisiológico, como o exercício (Li & Gleeson, 2004; Nater et al., 2005; Rohleder et al., 2004).

Por outro lado, também existem outros caminhos utilizados para avaliar os biomarcadores do estresse em seres humanos. Dentre eles, destacam-se as medidas autonômicas, como a pressão arterial, que pode ser facilmente medida através de um esfigmomanômetro, e, bem como, a avaliação do tônus vagal, que consiste do impulso parassimpático que visa diminuir a frequência cardíaca de repouso em situações de estresse. Todavia, para mensuração dessa medida há a necessidade de aparelhos eletrônicos mais avançados e instalações específicas.

2.3 Demência

A prevalência de demência aumenta exponencialmente com a idade e a nível mundial vem se expandindo rapidamente nos últimos anos, sobretudo em países de baixa renda (Prince, Martin et al., 2013). Com o aumento da expectativa de vida e os avanços da medicina moderna, a sobrevida da população vem aumentando, e concomitantemente a isso ocorre o aumento das doenças crônicas, próprias da senilidade, tais como as doenças neurodegenerativas. A demência aparece nesse contexto como uma das doenças que podem trazer prejuízos diversos em vários aspectos da vida dos sujeitos acometidos.

Os profissionais da saúde, geriatras, neurologistas, enfermeiros e psicólogos de todo o mundo terão de enfrentar em 2040 os desafios diagnósticos, terapêuticos e socioeconômicos

de mais de 80 milhões de pessoas com demência, dos quais 70% estarão residentes em países menos desenvolvidos do mundo. Estima-se que 35,6 milhões de pessoas viviam com demência em todo o mundo em 2010, com números que quase duplicariam a cada 20 anos, para 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050 (Prince et al., 2013).

A doença de Alzheimer é a forma mais comum da demência, caracterizada por uma doença crônica e neurodegenerativa, que progride de forma gradual, levando o doente à morte. O nome da doença refere-se ao médico Alois Alzheimer, que descreveu e publicou a respeito dessa enfermidade em 1906. O caso que ele estudou foi o de uma de suas pacientes, a Auguste Deter, uma mulher saudável que ao completar 51 anos desenvolveu um quadro de perda progressiva de determinadas funções executivas, causando problemas na memória, desorientação, distúrbio de linguagem (com dificuldade para compreender e se expressar), tornando-se incapaz de cuidar de si. Após o falecimento de Auguste, aos 55 anos, o médico examinou o seu cérebro e apresentou as alterações que hoje são conhecidas como definidoras da doença (Warren et al., 2013).

As principais alterações neurobiológicas da doença de Alzheimer são as placas senis ocasionadas pelo depósito de proteína beta-amiloide, e os emaranhados neurofibrilares, frutos da hiperfosforilação da proteína tau. Além disso, os doentes apresentam contagens das células colinérgicas no núcleo basal de Meynert diminuídas, bem como diminuição da atividade do neurotransmissor acetilcolina no córtex. Outra alteração observada é a redução do número dos neurônios e das sinapses entre eles, culminando em redução progressiva do volume cerebral (atrofia cerebral), fator esse que pode ser observado nos estudos de imagens (Rossor et al., 2010).

A doença de Alzheimer não tem cura e no decorrer do tempo o paciente vai gradualmente perdendo a capacidade de cuidar de si próprio. Dessa forma, o tratamento se refere sobretudo à prestação de cuidados. Em situações mais críticas, os pacientes podem tornar-se incapazes de exercer funções básicas como se alimentar e realizar a própria higiene corporal. Sendo assim, é necessária a ajuda de cuidadores familiares ou profissionais para realizar as funções que são progressivamente perdidas no decorrer da doença.

2.4 Estresse em cuidadores informais de pessoas com demência

Estudos mostram que a exposição crônica ao estresse e aos seus mediadores fisiológicos, em particular a hidrocortisona, pode levar à diminuição no comprimento dos telômeros, que são estruturas repetidas de ácido dextrorribonucléico (DNA) e proteínas, não codificantes, localizados nas extremidades dos cromossomos das células humanas. Nesse sentido, no momento em que são geradas respostas de cortisol a um estressor agudo, há a correlação de menor comprimento dos telômeros.

Um estudo realizado com vinte e três mulheres na pós-menopausa, 14 compreendendo mulheres cuidadoras de parceiros com demência (n = 14) e o restante não-cuidadoras, mostrou que as células mononucleares do sangue periférico estavam com comprimento dos telômeros diminuídos após exposição a determinados estressores. Maiores respostas de cortisol a estressores agudos foram associados com telômeros mais curtos. Sendo assim, as consequências à longo prazo dessa reatividade frequente ao estresse podem incluir o aceleração no encurtamento dos telômeros, causando dentre outros fatores, um envelhecimento precoce (Tomiyama et al., 2012).

A atividade da enzima telomerase desempenha um papel essencial na sobrevivência celular, sendo responsável por alongar os telômeros e promover o crescimento celular, culminando na longevidade. Uma baixa atividade basal da telomerase tem sido relacionada ao estresse crônico em pessoas que são submetidas à exposição crônica de glicocorticóides *in vitro*. Sendo assim, a quantificação da atividade da telomerase pode ser realizada nos leucócitos dos seres humanos, e dessa forma pode ser associada como uma medida do estresse fisiológico.

Outro estudo testou a atividade da telomerase dos leucócitos sob influência de estresse psicológico agudo. Foram expostas 44 mulheres idosas, 22 cuidadoras de demência e 22 controles a um estressor psicológico de laboratório, ao mesmo tempo em que foram examinadas as mudanças na atividade da telomerase de células mononucleares do sangue periférico. No início do estudo, as cuidadoras apresentaram menores níveis de atividade da telomerase do que os controles, mas no momento em que foram expostas ao estressor de laboratório, a atividade da telomerase aumentou de maneira similar em ambos os grupos. A resposta psicológica para as tarefas (maior percepção de ameaça) também foi relacionada a um maior aumento da atividade da telomerase em controles. Isso mostra a dinâmica na atividade da telomerase frente à exposição de estressores agudos, de modo que foram envolvidos nesse contexto os dois aspectos clássicos da resposta ao estresse, o estresse

psicológico, também chamado de estresse percebido, e o neuroendócrino (cortisol), caracterizado pelo aumento das concentrações da telomerase (Epel et al., 2010).

Em um estudo transversal, 31 cuidadores de demência foram comparados com um grupo de 25 controles não-cuidadores para avaliar se o estresse relacionado ao fato de cuidar de uma pessoa com demência produz disfunção cognitiva. As avaliações cognitivas foram duas medidas da atenção e uma tarefa de memória constituída de uma lista de palavras. As medidas fisiológicas de estresse incluíram o cortisol, o estresse percebido, depressão, auto-eficácia, a atenção plena, a qualidade do sono, fadiga e neuroticismo. O estudo mostrou que cuidadores apresentaram pior desempenho em relação aos não-cuidadores sobre as duas tarefas de atenção, mas não no teste de memória de lista de palavras. A maioria das medidas relacionadas ao estresse fisiológico mostrou que os cuidadores apresentavam maior estresse, sobretudo quando a variável “sono prejudicado” aparecia como mediador potencial do estresse no cuidador, interferindo no desempenho cognitivo da amostra (Oken et al., 2011).

Outro estudo avaliou como o enfrentamento religioso impede resultados negativos na saúde de pessoas estressadas, a pesquisa utilizou trinta africano-americanos (AA) cuidadores de demência do sexo feminino e 48 não-cuidadores. Foram aplicadas na amostra as seguintes escalas: a escala de enfrentamento religioso (norte-americana RCOPE), a escala para Atividades da Vida Diária (AVD), e a escala para problemas de memória e comportamento (RMBPC). Além disso foram recolhidas cinco amostras de saliva por dia (ao despertar, 09h00min, 12h00min, 17h00min e 21h00min) durante dois dias consecutivos. Os resultados mostraram que a interação entre RCOPE e RMBPC foi significativa, de modo que entre os cuidadores que relataram pontuações RMBPC mais elevadas também apresentaram maior pontuação RCOPE. Sendo assim, o enfrentamento religioso mostra-se como uma estratégia de enfrentamento central para esses cuidadores (Merritt & McCallum, 2013).

O estresse percebido crônico parece acelerar o envelhecimento biológico e os danos oxidativos nas células. No entanto, os mecanismos através dos quais o estresse psicológico promove danos oxidativos são mal compreendidos. Um estudo investigou como o aumento do cortisol em resposta a um evento estressante agudo têm o potencial para aumentar ou enfraquecer a resistência psicobiológica a danos oxidativos, em função da exposição prévia do corpo ao estresse psicológico crônico. Foram recrutadas mulheres que cuidavam de cônjuges com demência (um modelo de estresse crônico) e mulheres da mesma idade cujos cônjuges eram saudáveis. As participantes preencheram um questionário avaliando o estresse percebido

no último mês. Três marcadores de dano oxidativo foram avaliados: 8-iso-prostaglandina F2a (ISOP), peroxidação lipídica, 8-hidroxi-2'-desoxiguanosina (8-OxoG) e 8-hidroxi-2'-desoxiguanosina (8-OHdG), que culminam em dano oxidativo ao RNA/DNA respectivamente. Dentro de aproximadamente uma semana, os participantes completaram um teste de laboratório padronizado para estresse agudo enquanto as respostas de cortisol salivar foram medidas. O estudo mostrou apoio ao modelo emergente de que a exposição ao estresse crônico promove dano oxidativo através da ativação frequente e prolongada do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (Aschbacher et al., 2013).

O estresse de cuidar também está associado a resultados negativos de saúde e no funcionamento neuroendócrino. O gene MAO-A (gene para a enzima monoaminoxidase-A, uma enzima) regula a atividade dos neurotransmissores envolvidos com as respostas neuroendócrinas ao estresse. As diferenças de polimorfismos neste gene têm sido mostradas para influenciar a susceptibilidade ao estresse. Um estudo examinou a variação alélica em MAOA-uVNTR, um polimorfismo funcional do MAO-A, como moderador dos efeitos de estresse crônico sobre a excreção urinária de cortisol em 74 homens inscritos em um estudo de caso/controle de cuidadores de familiares com demência. Cuidadores com alelos MAOA-uVNTR associados a uma menor atividade transcricional (3-repetições) apresentou um padrão de excreção-A cortisol com diminuição da noite para o dia, sugerindo embotamento do eixo HPA em comparação com os não-cuidadores. Sendo assim, indivíduos com alelos MAOA-uVNTR menos ativos que estão sob estresse crônico podem estar em risco aumentado de exaustão da resposta HPA e estresse fisiológico (Brummett et al., 2008).

A perda progressiva do funcionamento cognitivo e da autonomia das pessoas com Doença de Alzheimer (DA), juntamente com os seus sintomas comportamentais e psicológicos característicos (e.g., delírios, agressividade), promove estresse crônico nos cuidadores familiares. Vários estudos indicam que esses cuidadores estão predispostos a problemas cognitivos, mas os correlatos fisiológicos destas alterações ainda não foram bem elucidados. Um estudo analisou os efeitos do estresse crônico de cuidadores familiares de pacientes com DA, por meio da mensuração de cortisol; DHEA e níveis de BDNF (fator neurotrófico derivado do cérebro, uma proteína) e investigou a relação entre essas variáveis. Dezesete cuidadores familiares ($64,83 \pm 3,64$ anos) de pacientes com DA e dezoito não cuidadores ($58,29 \pm 3,16$ anos) completaram escalas de estresse, depressão e ansiedade. A saliva foi coletada às 8h00min e 22h00min e os seus níveis de cortisol e DHEA determinados por radioimunoensaio. Os cuidadores apresentaram mais sintomas de estresse, depressão e

ansiedade do que os não-cuidadores, bem como significativamente piores desempenhos em atenção, memória de trabalho e testes de função executiva. Os cuidadores também tinham maiores índices de cortisol/DHEA e menores níveis de BDNF do que não-cuidadores. Esse estudo mostrou que o prejuízo cognitivo dos cuidadores está relacionado com alterações sobre as concentrações de cortisol/DHEA, e que o estresse crônico experimentado pela vivência do cuidar tem o potencial de alterar seus níveis de BDNF (Corrêa et al., 2015).

Nesse sentido, os pesquisadores começaram a descobrir e compreender os estressores associados com as responsabilidades dos cuidadores de demência. Uma amostra de 34 cuidadores de demência e 29 controles não-cuidadores completaram uma série de questionários que avaliaram os níveis de estresse percebido e o enfrentamento. Os participantes foram expostos ao estressor de laboratório *Social Trier Test* (TSST), que foi usado nesse caso como um estressor agudo. As pessoas que relataram níveis elevados de estresse percebido, incluindo o fardo de cuidar, tiveram um nível elevado de reatividade e recuperação do cortisol durante o evento de estresse agudo, possivelmente indicando uma carga alostática (Jacy, 2010).

Há muitos relatos de morbidade psicológica em cuidadores de pacientes com demência. As consequências deste aumento do estresse sobre o sistema imunológico não são claras. Sendo assim, um estudo investigou se as respostas dos anticorpos à vacina da gripe diferiu entre cuidadores e um grupo de controle, e a relação da resposta de anticorpos ao eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA). O estudo mostrou que cuidadores de pessoas com demência têm aumento da ativação do eixo hipotálamo-pituitário-adrenal e uma resposta de anticorpos pobres à vacina contra a gripe, mostrando dessa forma que os prestadores de cuidados podem ser mais vulneráveis às doenças infecciosas do que a população de uma idade similar (Vedhara et al., 1999).

Nesse sentido, o estresse se refere à experiência, produzido através de uma relação da pessoa com o seu ambiente, resultando em sofrimento psíquico ou fisiológico. Uma melhoria do quadro clínico da pessoa com demência geralmente corresponde apenas a uma melhora parcial dos índices de estresse do cuidador. A inclinação dos índices biológicos não são idênticas às dos psicológicos. Entre os índices psicométricos, o padrão de recuperação diferenciam domínios afetivos e cognitivos. Sendo assim, o processo de estresse deve ser considerado nos seus diferentes domínios, para que dessa forma se permita o levantamento de intervenções específicas (Neri et al., 2007).

Uma pesquisa examinou a associação de carga alostática com o estresse ambiental e psicológico nos contextos de prestação de cuidados para pessoas com demência e abandono do atendimento, por meio de uma comparação longitudinal de dois anos em três grupos: 80 cônjuges cuidadores de demência, 120 cuidadores veteranos, e 60 não-cuidadores. Os dados produziram uma associação estatisticamente significativa entre o estresse psicológico e o componente de carga alostática (mediadores primários). O estresse percebido foi melhor preditor de mediadores primários do que o estresse ambiental. Mediadores primários são um componente-chave da relação entre carga alostática e estresse. Quando a carga alostática é tratada como um resultado do estresse, é importante distinguir o estresse ambiental e o psicológico (Clark, Bond & Hecker, 2007).

Cônjuges cuidadores de pessoas com demência podem estar em maior risco de problemas cognitivos e declínio das funções executivas do que as pessoas demograficamente semelhantes que não cuidam de um cônjuge com demência. Um estudo relata que os cônjuges cuidadores podem estar em maior risco de comprometimento cognitivo ou demência do que os não-cuidadores em resposta a vários mediadores, incluindo psicossociais (por exemplo, depressão, solidão, isolamento social, problemas de sono), comportamentais (por exemplo, exercício, dieta), e fisiológicos (cortisol) (Vitaliano et al., 2011).

Um dos mediadores psicossociais é a resiliência, que pode ser definida como a capacidade que as pessoas têm em lidar com problemas e adversidades, superar obstáculos e problemas frente às diversas situações estressantes que venham ocorrer no decorrer da vida. Esse mediador depende da interação com sistemas de adaptação como apoio familiar, social, e religioso, essas dimensões agem em diversos aspectos contribuindo para o enfrentamento necessário em situações difíceis.

Outro estudo avaliou a eficácia da meditação adaptada do programa de Terapia Cognitiva Baseada na Atenção em relação a dois grupos e percebeu-se que essa terapia associada com a educação em saúde diminuiu o estresse do cuidador em relação ao controle (Oken et al., 2010). Além disso, estudos confirmam a relação entre estresse crônico e a desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal entre as mulheres cuidadoras de pessoas com demência e destacam a necessidade de examinar melhor o papel da etnia e sintomas depressivos em suas respostas fisiológicas (Gallagher-Thompson et al., 2006).

3. JUSTIFICATIVA

Comportamento pode ser definido como a resposta observável e mensurável de uma pessoa ou de um ser vivo frente a uma determinada situação. Os seres humanos possuem uma rede intrincada de neurônios responsável por receberem por vias sensitivas as informações do mundo a sua volta. Essas informações podem ser captadas pelos órgãos dos sentidos e sistema nervoso periférico, que podem ser compostas por ondas sonoras, toques, imagens visuais e cheiros diversos. Quando essas informações são captadas, em seguida são guiadas para o cérebro por vias aferentes, ocasionando o pensamento, e logo mais o desenvolvimento de funções mentais mais complexas, como planejamento, atenção e memória.

O pensamento, estudado primeiramente pela filosofia, hoje também é ferramenta de estudo da ciência, e, sobretudo das neurociências. No momento em que determinadas informações são captadas, logo mais são processadas pelo sistema nervoso central, constituído pelo encéfalo e pela medula espinal.

Essas informações podem ocorrer para os sujeitos em situações e momentos que podem ser interpretados como bons ou ruins pelos indivíduos. O ato de cuidar de uma pessoa com demência pode ser considerado bom ou ruim, dependendo da percepção que estes fazem dos estressores (manejar as alterações comportamentais ou lidar com a falta de autonomia) e resiliência de cada cuidador.

Os fatores ou mecanismos de proteção que um indivíduo dispõe internamente ou capta do meio em que vive são considerados elementos cruciais para a compreensão da resiliência. Os fatores de proteção são usualmente nomeados como mediadores (*buffers*). Os fatores de proteção são aqueles que, numa trajetória de risco, modificam o rumo da vida do sujeito para um final mais adaptado, como também podem ser definidos pelas características ambientais e/ou individuais que atenuam ou reforçam aos indivíduos para que estejam sobe efeitos negativos do meio.

Os fatores de proteção não eliminariam os fenômenos psicológicos da situação estressante vivenciada, o que ocorre é uma mudança na forma e na interpretação de como as pessoas enfrentam as situações em suas vidas, principalmente, quando submetidas a circunstâncias desfavoráveis. Esses fatores se referem àqueles que, numa trajetória de risco, modificam o rumo da vida do sujeito para um final mais favorável e adaptado.

As tarefas envolvidas no cuidado da pessoa com demência (PcD) podem ter maior ou menor intensidade, mas, em qualquer caso, demandam um esforço constante, com contínuas readaptações da rotina diária, convertendo-se em uma situação tipicamente desencadeante do estresse crônico (Montero & Losada, 2005), denominada sobrecarga (Zarit, Todd & Zarit, 1986). Mais concretamente, esta situação de cuidar é concebida como potencialmente estressante e negativa para o cuidador (Zarit et al., 1986) quando o cuidador carece dos recursos psicossociais necessários para enfrentar cada uma das exigências diárias apresentadas pelo doente (Vitaliano, Young & Zhang, 2004).

O enfrentamento diário do estresse aumenta a vulnerabilidade do cuidador, incrementando assim o risco de padecer de diversos problemas físicos, psicológicos e sociais (Crespo & López, 2007), de forma que a qualidade de vida do cuidador pode ficar seriamente comprometida (Brodaty & Berman, 2008). Mas também pode ocorrer que a situação de cuidado seja vista como menos ameaçante ou avaliada pelo cuidador como uma situação que ele tem capacidade de enfrentar, com recursos internos e externos. Um desses recursos psicológicos que podem ajudar a reduzir as consequências negativas associadas ao cuidado é a resiliência (Quintero, Fernández-Calvo, Menezes de Lucena, Hernández-Martín, Contador & Ramos, 2007).

A Resiliência trata-se de uma poderosa qualidade humana (Manciaux, Vanistendael, Lecomte & Cyrulnik, 2001) que denota tanto à capacidade para resistir às adversidades da vida, quanto à capacidade para recuperar-se (Garmezy, 1991) ou manter uma conduta adaptativa (Bonanno, 2004) depois de um evento estressante e/ou traumático. Deste modo, numa situação de risco como cuidar de uma pessoa com demência, esta qualidade humana reduz a vulnerabilidade dos cuidadores (Quintero et al., 2007) e explica-se pela interação de atributos pessoais, de apoio familiar e dos recursos da comunidade (Quintero & Hernández-Martín, 2010).

Considerando a complexidade do ser humano, e a dinâmica envolvida em torno do estresse propõe-se o desenvolvimento dessa pesquisa, que poderá esclarecer se há uma correlação entre essas variáveis: estresse percebido e saúde física, bem como para facilitar que as Associações de Alzheimer e as políticas de saúde desenvolvam estratégias de suporte para pessoas que cuidam de pessoas com demência, visando reduzir o estresse desse público.

Países em baixo e médio desenvolvimento são os mais acometidos pela doença de Alzheimer, desenvolver essa pesquisa tendo consciência de que milhares de pessoas são cuidadores, porém nem ao menos sabem que o são, pois o diagnóstico, subdiagnóstico e os cuidados de um profissional de saúde ainda não chegaram a suas casas pode ser deprimente e desolador. Muitos chamam esses cuidadores de “pacientes invisíveis” (Brodaty & Donkin, 2009).

Mas é justamente daí que se tiram forças para fazer com que cada vez mais cuidadores tenham acesso a intervenções psicossociais que possam amenizar o estresse de suas vidas nessas situações. Nesse sentido, utilizar-se-á escalas validadas para mensuração de variáveis psicológicas do estresse.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral:

Avaliar a relação do estresse psicológico com a saúde física e mental em cuidadores informais de pessoas com demência.

4.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Mensurar o nível de estresse percebido (psicológico) nesses cuidadores;
- ✓ Avaliar a relação existente entre estresse percebido e saúde física;
- ✓ Mensurar a resiliência dos cuidadores;
- ✓ Avaliar a ansiedade e depressão do público-alvo;
- ✓ Oferecer subsídios para compreensão dos determinantes psicológicos do estresse, sejam eles preponderantemente individuais ou sociais;

5. HIPÓTESES

- I. Devido à exigência do ato de cuidar, muitos cuidadores sentem-se sobrecarregados porque não conseguem lidar com esta tarefa, manifestando um estresse crônico percebido (EcP) que geram consequências importantes na saúde física, (e.g., aumento do risco para doenças cardiovasculares) destes cuidadores (Garces et al., 2012; Leggett et al., 2015). Sendo assim, espera-se que:

“Os cuidadores com maiores níveis de estresse psicológico apresentarão maior comprometimento na saúde física que os cuidadores sem estresse psicológico.”

- II. Há diversos modelos teóricos que buscam elucidar a sobrecarga do cuidador na perspectiva de diferentes categorias de risco e fatores protetores, tais como a resiliência (Fernández-Calvo et al., 2016). Nesse sentido, espera-se que:

“Os cuidadores com maiores níveis de estresse psicológico apresentarão menores níveis de resiliência que os cuidadores sem estresse psicológico.”

6. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo Ex Post-Facto, de caráter correlacional, que foi realizado no Serviço de Neuropsicologia do Envelhecimento (SENE), sediado na Clínica Escola de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), localizada na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, que atende a pacientes diagnosticados com demência, contando com uma equipe interdisciplinar composta por médicos, neurologistas, enfermeiros, técnicos e psicólogos, integrando sua equipe multiprofissional. Os dados coletados via online foram obtidos a partir de um formulário do Google no link a seguir: <https://goo.gl/forms/FJ9x3Ht5Qx5uKSjG2>.

6.1 Público-alvo e critérios de inclusão

Fizeram parte deste estudo os cuidadores informais de idosos com demência que acompanhavam pacientes admitidos na referida instituição de saúde que aceitaram participar espontaneamente da pesquisa e que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: a) Identificar-se como cuidador principal da pessoa diagnosticada com demência; b) Ter pelo menos 17 anos de idade ou mais; e c) Dedicar tempo às tarefas de cuidar durante pelo menos uma hora diária, pelo menos nos últimos três meses consecutivos.

6.2 Cálculo Amostral

Utilizou-se a seguinte fórmula para calcular a amostra desta pesquisa:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Santos (2018).

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

A amostra foi feita ao se calcular uma população de 272 cuidadores informais de pessoas com demência. Em um nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, obteve-se a amostra necessária de 160 participantes para a pesquisa. As variáveis estudadas foram: faixa etária, sexo, situação conjugal, filhos, situação residencial, tempo de cuidado ao paciente, prática de esporte, atividade de lazer, escolaridade, uso de medicação, carga horária de cuidado do paciente, trabalho extra, satisfação com o cuidado e pensamento de desistência do cuidado, idade, número de filhos, grau de parentesco com o paciente se o cuidador for da família, resiliência, estresse psicológico, saúde física, ansiedade e depressão.

6.3 Instrumentos para mensuração

- O Questionário Sociodemográfico busca a caracterização pessoal dos cuidadores, por meio de questões de múltipla escolha e de respostas numéricas e descritivas diretas. Foram abordadas variáveis qualitativas, tais como: sexo, escolaridade, situação conjugal, filhos, situação residencial, prática de esporte, uso de medicamentos do cuidador e do paciente, enfermidades mentais e físicas atuais do cuidador, suas atividades de lazer, qualidade da saúde após o aparecimento da demência, e variáveis quantitativas, quais sejam: renda per capita do enfermo e do cuidador, tempo de cuidado, idade, número de filhos, e carga horária semanal de cuidado.
- A Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC) é um instrumento validado no Brasil utilizado para verificar níveis de resiliência, que pode ser definida como a capacidade psicológica para lidar com fenômenos estressantes. A escala contém 25 assertivas que tratam de estressores variados e reações emocionais associadas aos mesmos (percepção como mediadora do impacto do ambiente). A CD-RISC é um instrumento onde o sujeito do estudo diz se concorda ou não com as assertivas. Cada item oferece cinco opções de resposta com valores variáveis de zero a quatro, em escala tipo Likert. Nesta escala, o número zero é usado para identificar “discordo totalmente”, o um “discordo”, o dois “concordo em parte”, o três “concordo” e o quatro “concordo totalmente”.
- A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983, adaptada por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Junior & Pereira, 1995) foi utilizada para identificação dos sintomas associados às referidas doenças. Ao invés de perguntas, a HADS constitui-se de afirmações respondidas de acordo com a frequência em que ocorrem no dia a dia do indivíduo. É composta por 14 itens que se subdividem em duas escalas: uma para ansiedade e outra para depressão (cada uma com 7 itens). Diante disso, é possível extrair uma pontuação separada para cada subescala anteriormente citada que varia entre 0 e 21 (Marcolino, Suzuki, Alli, Gozzani, Mathias, 2007).
- A Escala de Sobrecarga de Zarit avalia a sobrecarga do cuidador (estresse psicológico), identificando os elementos que levam à exaustão do mesmo. A partir disso é possível

traçar intervenções específicas de acordo com os fatores que são traçados na escala (Zarit, Todd & Zarit, 1986).

- O Questionário de Sintomas de Giessen consiste de um teste com vinte e quatro questões referentes à saúde física do cuidador nas últimas semanas. É listada a frequência do aparecimento desses sintomas em cinco domínios relativos à quantidade de vezes que os sintomas apareceram no cuidador.

6.4 Análise Estatística

Os resultados das escalas foram digitados e analisados estatisticamente através do software IBM *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0. Foram efetuados cálculos de frequências absolutas, relativas e medidas de tendência central (média e desvio padrão), além de testes específicos para analisar os dados paramétricos e não paramétricos. A análise de associação entre as variáveis nominais foi verificada pelo teste qui-quadrado (χ^2) e correlação de Pearson.

6.5 Questões Éticas

A pesquisa foi submetida em 07/12/2017 à análise e emissão de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, via cadastrado na Plataforma Brasil, e aprovada sob parecer CAAE: 80971217.3.0000.5188. Ressalta-se que todos os itens dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, foram obedecidos, especialmente quanto à orientação aos participantes quanto aos objetivos, finalidade e riscos do estudo, além da garantia do anonimato dos mesmos e do direito de se retirarem da investigação a qualquer momento, sem que isso acarrete algum prejuízo. É imperativo ressaltar que o preenchimento das escalas só foi realizado mediante prévia autorização expressa do participante, formalizada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

7. RESULTADOS

7.1 Dados Sociodemográficos

Participaram da pesquisa 160 cuidadores informais de pessoas com demência, sendo que 92,5% foram do sexo feminino e 7,5% do sexo masculino. Em relação à idade, 50% encontravam-se acima de 47 anos. Quanto à escolaridade, 28,1% possuíam ensino médio completo, 92,5% residiam na zona urbana e 66,3% já pensaram em desistir de cuidar do paciente. A carga horária diária de cuidado de 24 horas por dia foi afirmada por 59,375% dos cuidadores.

Quanto ao trabalho remunerado, 65% dos cuidadores não o possuem e 23,1% largaram o trabalho para se dedicar ao paciente. Atividades de lazer e esporte também foram analisadas, de modo que 76,3% dos cuidadores não praticam esportes e 62,5% não possuem atividades de lazer. A situação conjugal indicou que 52,5% desses cuidadores são casados e 77,5% tem filhos.

Os dados do paciente demonstraram que 81,3% são do sexo feminino e 80% encontravam-se na idade acima de 70 anos. Quanto à escolaridade, 41,9% possuíam ensino fundamental incompleto e 12,5% não possuíam escolaridade. O ano do aparecimento dos primeiros sintomas e o ano em que a demência foi diagnosticada possui correlação de Pearson significativa (0,765**). Quanto ao profissional responsável pelo diagnóstico, 51,9% afirmaram ter sido realizado por neurologistas, seguido de 29,4% por geriatras e 12,5% por psiquiatras.

O Alzheimer foi preponderante, englobando 80% dos tipos de demências diagnosticadas, seguido de demência frontal com 3,1%, demência vascular com 2,5%, D.C. Lewy com 1,9%, e outras demências com 5%. É alarmante salientar que 7,5% dos entrevistados não sabiam o tipo de demência do paciente. De acordo com a pesquisa, a situação conjugal dos pacientes mais preponderante foi a “viúvo(a)” com 55% do total, 95% dos pacientes possuíam filhos.

A relação que o cuidador tem com o paciente foi de 62,5% para “filho(a)”, 14,4% para “pai/mãe” e 15,6% para “outra”. Além disso, 74,4% dos cuidadores vivem com o paciente o tempo todo e 51,4% cuidam do paciente há um período compreendido entre 1 a 4 anos, e 41,3% não compartilha as tarefas de cuidar do paciente com outros membros da família.

Antes da doença do paciente aparecer, 89,4% dos cuidadores afirmaram que possuíam boa saúde, tendo piorado depois do evento patológico. O uso de medicação foi avaliado tanto nos pacientes, quanto nos cuidadores, de modo que dos primeiros 96,3% faziam uso, e dos últimos 56,3% utilizavam alguma terapia medicamentosa.

Quanto à renda per capita dos cuidadores, ≤ 1 salário mínimo constou 57,5%, ≤ 3 salários mínimos, 15,6% e ≥ 3 salários mínimos, 26,9%. Dos pacientes, ≤ 1 salário mínimo constou 54,4%, ≤ 3 salários mínimos, 27,5%, e ≥ 3 salários mínimos, 18,1%.

7.2 Saúde Física

Para o Questionário de Sintomas de Giessen (do tipo Likert), dividiram-se as 24 questões que avaliam a saúde física em quatro categorias: Cansaço, Sintomas Estomacais, Dores nas Extremidades e Complicações Cardíacas.

7.2.1 Cansaço

Esta categoria é composta das seguintes variáveis: falta de energia (C1); grande necessidade de dormir (C2); cansar-se facilmente (C3); cansaço (C4); sensação de estar dopado (C5); e fraqueza e falta de energia (C6).

		Estatísticas					
		C1	C2	C3	C4	C5	C6
√	Válido	160	160	160	160	160	
	Ausente	44	44	44	44	44	
	Média	2,213	2,313	2,206	2,419	1,263	2,
	Mediana	2,000	2,000	2,000	3,000	1,000	2,
	Moda	3,0	3,0	3,0	3,0	,0	
	Modelo padrão	1,1837	1,1879	1,3084	1,1894	1,3293	1,3
	Mínimo	,0	,0	,0	,0	,0	
	Máximo	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	

Quadro 1 – Estatística descritiva da categoria “cansaço”.

De acordo com os dados observados, percebeu-se que o cansaço (C4) é a variável que possui a maior média (2,419), indicando que este sintoma é o mais prevalente na amostra estudada.

7.2.2 Sintomas Estomacais

Esta categoria é composta das seguintes variáveis: sensação de estar cheio ou inchado (E1); vômito (E2); náuseas (E3); arrotos (E4); azia (E5); e dor de estômago (E6).

		Estatísticas					
		E1	E2	E3	E4	E5	E6
N	Válido	160	160	160	160	160	
	Ausente	44	44	44	44	44	
	Média	1,650	,513	,738	,975	1,200	1,
	Mediana	2,000	,000	,000	1,000	1,000	1,
	Moda	,0	,0	,0	,0	,0	
	Modelo padrão	1,4017	,8759	,9873	1,1653	1,2529	1,2
	Mínimo	,0	,0	,0	,0	,0	
	Máximo	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	

Quadro 2 – Estatística descritiva da categoria “sintomas estomacais”.

De acordo com o quadro acima, é possível perceber que o sintoma mais preponderante desta categoria é a sensação de estar cheio ou inchado (E1), com média de 1,650, seguido de azia (E5), com média de 1,169.

7.2.3 Dores nas Extremidades

Esta categoria é composta das seguintes variáveis: dores nos membros ou articulações (D1); dor nas costas ou na região lombar (D2); tensão no pescoço ou no músculo dos ombros (D3); dor de cabeça (D4); peso ou cansaço nas pernas (D5); e sensação de pressão na cabeça (D6).

		Estatísticas					
		D1	D2	D3	D4	D5	D6
N	Válido	160	160	160	160	160	
	Ausente	44	44	44	44	44	
	Média	2,144	2,175	2,269	1,900	2,038	1,
	Mediana	2,000	2,000	3,000	2,000	2,000	1,
	Moda	3,0	3,0	3,0	1,0	1,0 ^a	
	Modelo padrão	1,3358	1,3106	1,3585	1,2449	1,3685	1,4
	Mínimo	,0	,0	,0	,0	,0	
	Máximo	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	

Quadro 3 – Estatística descritiva da categoria “dores nas extremidades”.

Tensão no pescoço ou no músculo dos ombros (D3) foi a variável que atingiu a maior média, 2,269, seguido de dor nas costas ou na região lombar (D2), com média 2,175 e dores nos membros ou articulações (D1), com média 2,144.

7.2.4 *Complicações cardíacas*

As variáveis desta categoria são: agitação e palpitações no coração (H1); tontura (H2); sensação de sufoco ou nó na garganta (H3); dor aguda no peito, tensão e estresse (H4); episódios de dificuldades para respirar (H5); e problemas cardíacos (H6).

		H1	H2	H3	H4	H5	I
N	Válido	160	160	160	160	160	
	Ausente	44	44	44	44	44	
Média		1,456	1,194	1,488	1,656	,925	
Mediana		1,000	1,000	1,000	1,500	,000	
Moda		,0	,0	1,0	,0	,0	
Modelo padrão		1,1967	1,1682	1,2934	1,3554	1,1631	1,
Mínimo		,0	,0	,0	,0	,0	
Máximo		4 0	4 0	4 0	4 0	4 0	

Quadro 4 – Estatística descritiva da categoria “complicações cardíacas”.

Dor aguda no peito, tensão ou estresse (H4) obteve a maior média, 1,656, sendo este o problema de saúde física mais frequente nesta amostra. Em seguida, sensação de sufoco ou nó na garganta (H3), com média 1,488 e agitação e palpitações no coração (H1), com média 1,456 foram os sintomas mais relevantes.

7.2.5 *Classificação geral da saúde física*

Quantidade de pessoas que atingiram os escores	Escore	Significado	Porcentagem
51	0 – 24	Boa saúde física	31,875%
54	25 – 48	Moderado comprometimento da saúde física	33,75%
55	49 – 96	Saúde física bastante comprometida	34,375%

160	-	-	100%
-----	---	---	------

Quadro 5 – Classificação da saúde física dos cuidadores. Dados da Pesquisa (2018).

7.3 Ansiedade e depressão

		Ansiedade	Depre
N	Válido	160	
	Ausente	44	
Média		10,8125	9,
Mediana		11,0000	10,
Moda		13,00	.
Modelo padrão		4,58626	4,6
Mínimo		2,00	
Máximo		21.00	:

Quadro 6 - Estatística descritiva dos valores de ansiedade e depressão.

HAD
Ansiedade [] 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 Depressão [] 0, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14
Pontuação HAD total mínima e máxima
0 - 42 pontos
Escore HAD Total
0 - 7 pontos: improvável = 0 8 - 11 pontos: possível = 1 12 - 21 pontos: provável = 2 > 21 pontos: muito provável = 3

Resultado Total HAD	
14 cuidadores (8,75%) = 2	
146 cuidadores (91,25%) = 3	
Soma dos ímpares mínima e máxima	Soma dos pares mínima e máxima
2 - 42 pontos	0 - 24 pontos
Ansiedade	Depressão
49 cuidadores (30,625%) = 0	62 cuidadores (38,75%) = 0
53 cuidadores (33,125%) = 1	37 cuidadores (23,125%) = 1
45 cuidadores (28,125%) = 2	60 cuidadores (37,5%) = 2
13 cuidadores (8,125%) = 3	1 cuidador (0,625%) = 3

cores de ansiedade e depressão, os valores em vermelho afirmam escores prováveis e muito prováveis de ansiedade e depressão.

7.4 Estresse Psicológico

As variáveis analisadas para medir o estresse psicológico utilizaram-se da Escala de Sobrecarga de Zarit (do tipo Likert) que possui as seguintes questões:

Zarit01	Pede mais ajuda do que necessita	Zarit12	Sente a vida social prejudicada por cuidar
Zarit02	Não tem tempo pra si visto que cuida	Zarit13	Não se sente a vontade de receber visitas por causa do paciente
Zarit03	Estresse em cuidar e ainda lidar com as obrigações da família e do trabalho	Zarit14	Sente que é a única pessoa de quem o paciente depende
Zarit04	Sente-se envergonhado com o comportamento do paciente	Zarit15	Não tem dinheiro pra cuidar
Zarit05	Sente-se irritado quando o paciente está por perto	Zarit16	Incapaz de cuidar por muito mais tempo
Zarit06	A demência afeta negativamente relacionamentos com família ou amigos	Zarit17	Perdi o controle da minha vida desde que a doença apareceu
Zarit07	Sente receio pelo futuro do paciente	Zarit18	Gostaria de deixar outra pessoa cuidar do paciente
Zarit08	Sente que o paciente depende do cuidador	Zarit19	Tenho dúvidas sobre o que fazer pela pessoa com demência
Zarit09	Se sente tenso quando o paciente está por perto	Zarit20	Sente que deveria estar fazendo mais pelo paciente
Zarit10	Sente a saúde afetada por cuidar	Zarit21	Sente que poderia cuidar melhor
Zarit11	Sente que não tem privacidade por causa do paciente	Zarit22	Sente-se sobrecarregado por cuidar

Quadro 8 – Variáveis da Escala de Sobrecarga de Zarit.

		RISC-BT3	RISC-BT4	RISC-BT5	RISC-BT6	RISC-BT7	RISC-BT8	RISC-BT9	RISC-BT10	RISC-BT11	RISC-BT12	RISC-BT13	RISC-BT14	RISC-BT15
N	Válido	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160	160
	Ausente	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
Média		3,500	3,113	3,681	3,475	3,600	3,206	3,081	3,275	3,350	2,906	3,100	3,456	3,906
Mediana		4,000	3,000	4,000	4,000	4,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	3,000	4,000	4,000
Moda		4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	5,0
Modelo padrão		1,1869	1,2234	1,1729	1,1435	1,1393	1,2594	1,2026	1,1920	1,2296	1,2876	1,2499	1,1701	1,2069
Mínimo		1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

Quadro 10 – Estatística descritiva da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (RISC-Br).

7.6 Correlações

Na estatística, correlação é uma relação (causal ou não) entre duas variáveis, vale salientar que não se pode inferir causalidade a partir de uma correlação. No entanto, essa medida fornece dados relevantes à medida que o coeficiente de correlação de Pearson, utilizado nesta pesquisa, obtido pela divisão da covariância de duas variáveis pelo produto dos seus desvios padrão descreve sensibilidade em uma relação linear entre duas variáveis.

7.6.1 – Correlações entre estresse psicológico, ansiedade, depressão e resiliência

De acordo com o quadro abaixo, pode-se perceber uma correlação significativa entre os níveis de estresse psicológico e ansiedade (0,406**), bem como entre os de estresse e depressão (0,323**), a variável HAD Total refere-se aos níveis de ansiedade e depressão juntos, que teve uma correlação de 0,540** com o estresse psicológico, demonstrando que houve uma correlação entre essas variáveis, onde os cuidadores que apresentaram estresse psicológico ao mesmo tempo também apresentavam ansiedade e depressão.

		Zarit Total	Ansiedade	Depressão	HADTotal	ERCDDTotal
Zarit Total	Pearson Correlation	1	.406**	.323**	.540**	-.008
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.918
	N	160	160	160	160	160
Ansiedade	Pearson Correlation	.406**	1	-.089	.758**	-.305**
	Sig. (2-tailed)	.000		.263	.000	.000
	N	160	160	160	160	160
Depressão	Pearson Correlation	.323**	-.089	1	.581**	-.094
	Sig. (2-tailed)	.000	.263		.000	.236
	N	160	160	160	160	160
HADTotal	Pearson Correlation	.540**	.758**	.581**	1	-.312**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
	N	160	160	160	160	160
ERCDDTotal	Pearson Correlation	-.008	-.305**	-.094	-.312**	1
	Sig. (2-tailed)	.918	.000	.236	.000	
	N	160	160	160	160	160

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Quadro 11 – Correlações entre estresse psicológico, ansiedade, depressão e resiliência. Dados da Pesquisa (2018).

Outro fator interessante é a correlação que apresenta coeficiente negativo de Pearson entre ERCD total (Resiliência) e ansiedade (-0,305**), bem como entre a resiliência e HAD Total (-0,312**). Esse dado demonstra que os cuidadores que possuem maiores níveis de resiliência, apresentam menores níveis de ansiedade e depressão.

7.6.2 - Correlações entre estresse psicológico, ansiedade, depressão e saúde física

		Zarit Total	Ansiedade	Depressão
Zarit Total	Pearson Correlation	1	.406**	.323**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000
	N	160	160	160
Ansiedade	Pearson Correlation	.406**	1	-.089
	Sig. (2-tailed)	.000		.263
	N	160	160	160
Depressão	Pearson Correlation	.323**	-.089	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.263	
	N	160	160	160
ISGExatão(C)	Pearson Correlation	.601**	.388**	.334**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	160	160	160
ISGProblemasEstomacais(E)	Pearson Correlation	.528**	.483**	.256**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001
	N	160	160	160
ISGDoresnasExtremidades(D)	Pearson Correlation	.624**	.418**	.339**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	160	160	160
ISGComplicaçõesCardíacas(H)	Pearson Correlation	.532**	.532**	.307**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	160	160	160
ISG Total	Pearson Correlation	.636**	.497**	.345**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	160	160	160

Quadro 12 – Correlações entre estresse psicológico, ansiedade, depressão e saúde física. Dados da Pesquisa (2018).

Cuidadores com exatão (cansaço) apresentaram correlações significativas com o estresse psicológico (0,601**), ansiedade (0,388**), e depressão (0,334**). Os problemas estomacais também possuíram correlação positiva com estresse (0,528**), ansiedade (0,483**) e depressão (0,256**). A variável dor nas extremidades correlacionou-se com o estresse (0,624**), ansiedade (0,418**), e depressão (0,339**), bem como as complicações

cardíacas, correlacionando-se com o estresse (0,532**), ansiedade (0,532**), e depressão (0,307**).

De um modo geral, o QSG total referente ao agrupamento das quatro categorias supracitadas, mostra o somatório geral das pontuações referentes à saúde física, também se correlacionou com o estresse (0,636**), ansiedade (0,497**), e depressão (0,345**).

8. DISCUSSÃO

8.1 - Papel da Mulher no Cuidado de Pessoas com Demência (PcD)

Diante do contexto histórico da humanidade, a mulher tem se apresentado como indivíduo presente em segundo plano quando se trata de suas realizações históricas e ações no contexto da sociedade. Uma vez que sua vida se passava de acordo com a vontade do homem, que poderia prendê-la em castelos, palácios ou qualquer outro tipo de moradia, não permitindo sua participação em eventos históricos relevantes para a formação da sociedade atual (Follador, 2009).

Uma vez que sua situação se apresentava reclusa, as circunstâncias de um mundo privando as possibilidades mínimas disponibilizadas pela sociedade, e por sua vez pelo homem, não permitiu uma participação efetiva da mulher no contexto histórico, uma vez que decisões públicas eram realizadas em espaços de convivência do homem e era nessas localidades que fatos importantes vinham a acontecer (Vasconcelos, 2005).

70 respostas

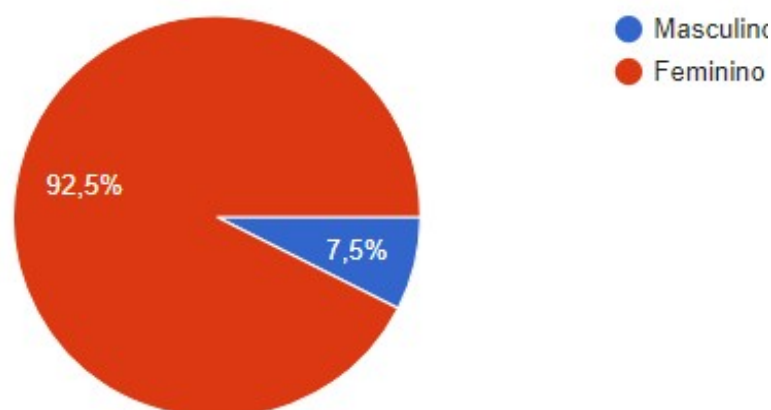


Gráfico 1 – Porcentagem de cuidadores (as) de acordo com o sexo. Dados da pesquisa (2018).

No decorrer das últimas décadas, houve uma considerável alteração das condições socioeconômicas, políticas e educacionais das mulheres, sendo observadas enormes transformações, que vem acompanhando o fenômeno da trajetória de emancipação do sexo feminino diante da história nacional e internacional de acordo com o país, definindo a evolução destas modificações (Cunha & Alves, 2014).

No entanto, como foi observado nesta pesquisa (Gráfico 1), 92,5% dos cuidadores envolvidos são mulheres, submersas ao ambiente doméstico e ao ato de cuidar, uma herança histórico-cultural que se derrama nas camadas da sociedade ainda nos dias atuais.

No contexto histórico a imagem da figura feminina estava sempre interligada a uma imagem de hesitação ou incerteza, ao ser necessário o relato e a passagem de momentos históricos para as gerações posteriores. Os homens que ali tinham a função de transmitir estas informações se expressavam de maneira que seus sentimentos e opiniões fossem expressos e compreendidos de forma dupla, deixando transparecer seu amor e admiração às mulheres, onde em alguns momentos se passava o sentimento de ódio e repulsa, diante de um fato ocorrido, e de amor e afeição à mulher na maior parte de seus relatos (Follador, 2009)

Os olhares da figura masculina perante a imagem da mulher era exercido de forma diferenciada, onde podia apresentar um olhar de vítima, fragilizada, santa e pura, enquanto que em alguns momentos apresentava um perfil de força, perigo e pecadora. Dessa forma a

definição destas duas imagens criou um perfil em que a mulher se encaixava em dois papéis: o da figura boa, que se tratava de uma figura semelhante a uma divindade, que tinha a função da maternidade, envolta em um ar de pureza e bondade, que ainda seria obediente e zelosa em seu lar e que deveria ser alcançado por todas as mulheres de honra; e o da mulher que representava o pecado, um demônio. Uma imagem “diabolizada”, simbolizando a existência dos atos pecaminosos e a tentação.

A principal efetivação da contribuição feminina para o contexto histórico da humanidade se iniciou a partir do ano de 1980, onde seus destaques de maior forma foram nas pesquisas e no mundo acadêmico. Tal fato se deu como resultado da implantação do conceito de gênero abordado e amplamente caracterizado nas relações entre homens e mulheres deduzindo que a história da mulher era formulada necessariamente e obrigatoriamente a partir dos estudos das relações entre os dois sexos (Vasconcelos, 2005).

A construção social de gênero institui papéis desempenhados por cada indivíduo de acordo com suas características sexuais reportados por ideologias criadas pela sociedade. Atualmente tal construção ainda se faz presente, porém as delimitações não dependem de suas características biológicas, pelo fato de haver a disposição de forma definitiva de alterar tais condições para o sexo oposto (Follador, 2009).

Ao comparar, veremos de forma muito clara e significativa os ganhos que as mulheres têm alcançado nas mais diversas áreas, sendo algumas delas: de maiores patamares administrativos na área da saúde, direitos reprodutivos, políticas sociais, onde se apresentam de maneira expressiva; no âmbito do mercado de trabalho, aonde vem marcando presença maior a cada dia; no setor de segurança pública, na área política do país e principalmente na educação, auxiliando o desenvolvimento de crianças, jovens e adultos com seus conhecimentos (Cunha & Alves, 2014).

Desde a Revolução Industrial, no Século XVIII, o perfil de participação da mulher quanto ao mercado de trabalho, começou a se modificar, abrindo possibilidades, delas para lutar pelos seus direitos, mudanças nas regras impostas na sociedade e prioritariamente a elas no decorrer da história, permitindo o acesso da mulher não somente às funções matrimoniais e residenciais, mas também uma participação efetiva e de igualdade para com os homens (Fischer, 2006).

Uma vez que já havia a presença da mulher na vida do homem e de forma mínima dentro do ciclo da sociedade, iniciou-se uma imagem traçada da mulher, em que a mesma trazia e representava uma imagem de devoção e sacrifício pelos seus filhos e sua família, assim como a figura de vigilante constante de sua família, buscando a segurança da mesma e a melhor qualidade de vida, sendo todas essas visões traçadas como uma qualidade maternal essencial e característica da mulher para execução da maternidade, estando inerente a sua natureza feminina (Barbosa, Rocha-Coutinho, 2012).

Após o tracejar dessa imagem de perfil feminino, se deu uma ampliação das responsabilidades maternas e femininas, o que valorizou o perfil de mulher-mãe em meio à sociedade, havendo criado maior evidência a partir da do período da II Guerra Mundial (1939-1945), onde passou a adquirir um perfil de “rainha do lar”, em que era dotada de grande poder, sabedoria e respeitabilidade dentro da residência em que morava, porém ainda em algumas peculiaridades tal visão não era tida como existente (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012).

Seu desenvolvimento comparado aos homens no setor educacional, tem se mostrado de forma superior, uma vez que atualmente a maior parte de estudantes que ingressam e concluem o ensino superior são do sexo feminino. Porém ao se mudar o campo de visão para o setor salarial, ainda observa-se uma grande inversão dessa presença da atividade feminina no mercado de trabalho, onde o homem passa a ganhar um salário maior que a mulher, mesmo que ambos realizem as mesmas atividades profissionais e com a mesma duração de carga horária trabalhada (Cunha & Alves, 2014).

No cotidiano atual, ainda as mulheres presentes em nossa cultura, são imaginadas e caracterizadas de acordo com uma ideologia partida de uma visão patriarcal, em que ao homem se atribui a posição de poder, trabalho, liberdade, sexualidade, dessa maneira apresentando uma visão em que a figura do homem é responsável pela proteção familiar, de um ser guerreiro e necessário para o âmbito familiar, o de portador de recursos financeiros uma vez que realiza as atividades laborais durante o dia com o intuito de poder oferecer do melhor possível para a sua família, um ser livre para fazer o que for de seu desejo, sem a necessidade de explicar ou dar satisfação a outro indivíduo constituinte de seu círculo familiar (no caso, a mulher), o reprodutor e portador da vida e da formação da família, uma vez que sua necessidade sexual é predominante diante do cônjuge e a mesma deveria o satisfazer e dessa relação viria suas proles (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012).

Já o papel da mulher, era voltado ao dever de se dedicar ao espaço doméstico, de menor prestígio se comparado ao homem, despretensioso de modo a não se rebelar em busca de assuntos ou ações que não fossem voltados a sua responsabilidade, cabendo ao seu cônjuge buscar uma solução para tal, havendo a dedicação a sua família, atendendo as necessidades e desejos familiares, os cuidados com as proles adquiridas com seu cônjuge, o preparo de alimentos para todos da família e a limpeza da residência como um demonstrativo de suas competências, passando a exercer um papel de segunda categoria, onde se tornava inferior ao seu cônjuge apenas por motivos de características físicas e sexuais (Massi, 1992).

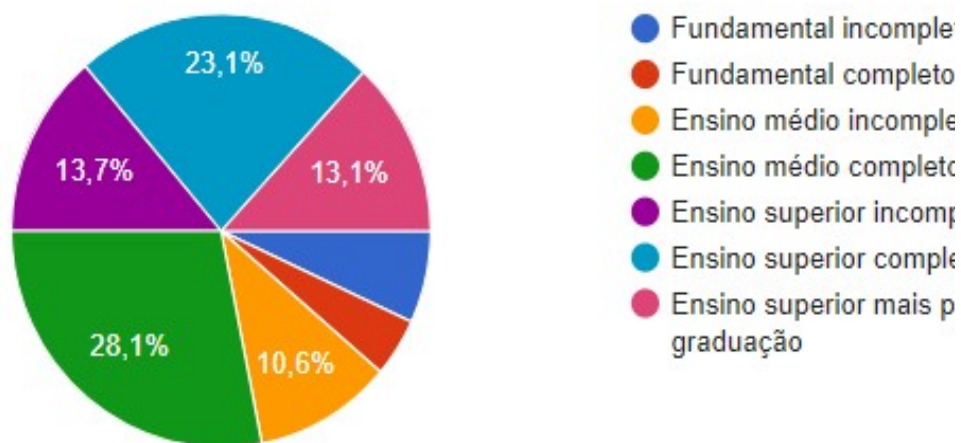


Gráfico 2 – Escolaridade dos (as) cuidadores (as). Dados da pesquisa (2018).

Um dos fatores que acarretou para esse aumento e de certo modo superioridade presencial do sexo feminino, na conclusão do ensino básico (observe que no gráfico 2, 28,1% dos cuidadores possuem ensino médio completo) e ingresso e formação do ensino superior, se dá pelo fato das escolas permitirem um ensino indiscriminado de conteúdo e de uma tendência dos indivíduos do sexo masculino de abandonar os estudos, o que ocasiona um fenômeno denominado “feminização do magistério”, fato este ligado a urbanização e industrialização, onde os alunos do sexo masculino desistem ou abrem mão dos estudos para exercer função trabalhista na área da construção civil ou mesmo em indústria, dessa forma, muitas vezes iludidos pelo trabalho iniciado mais cedo e dinheiro para suas necessidades ou de sua família. Este fato é observado não somente no Brasil, mas em muitos outros países (Cunha & Alves, 2014).

Porém, este processo de educação, a disposição de estudos mais avançados e indiscriminados, unificado com a disponibilização da área de ensino ao sexo feminino, não foi aceito inicialmente, pois atravessava muito preconceito da sociedade que acreditava em uma incapacidade da mulher para exercer tais funções e ser beneficiada com privilégio antes disponibilizado apenas ao sexo masculino (Louro, 1997).

Outro fator visivelmente relacionado ao cuidado ao paciente por parte do cuidador se trata da falta de escolaridade de alguns cuidadores, que pode vir a afetar direta ou indiretamente, as funções exercidas pelo cuidador e sua atenção. Quando se analisa o desempenho do cuidador e se compara com níveis de escolaridade, se observa que há uma queda de qualidade nos serviços prestados ao idoso por parte do cuidador, pois o cuidador deve manter atenção nas dietas, prescrições dos médicos e manuseio dos medicamentos, de forma a ter concepção básica sobre os medicamentos e suas dosagens ingeridas pelo idoso, entre outras coisas. Partindo desta análise torna-se evidente a presença de cuidadores informais que relatam ou são pegos não sabendo informações sobre o medicamento ou tratamento, de modo a inserir um perfil de insegurança no relacionamento existente com o idoso, devido à possibilidade de erros na medicação que poderão acarretar em malefícios ao doente (Nakatani, Souto, Paulette, Melo & Souza, 2003).

Uma das situações decorrentes da nova formação do pensamento da sociedade moderna apontado por diversos estudos, é que mesmo que a maioria das mulheres se tornem mães em algum momento de suas vidas, vem ocorrendo uma propensão cada vez maior, partindo delas para adiar a gravidez para um período onde a mesma esteja com condições físicas, financeiras e mentais, apropriadas para exercer esse papel sem afetar seus planejamentos ou sua vida social de forma agressiva; ou ainda pode optar por não ter filhos (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012).

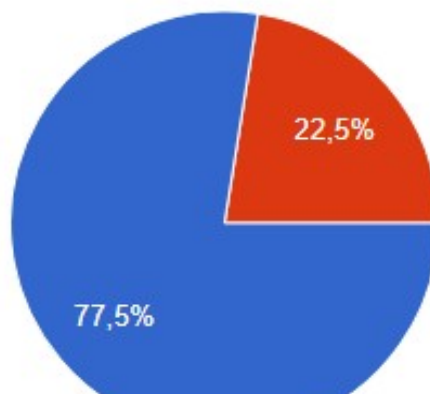


Gráfico 3 – A maioria dos (as) cuidadores (as) tem filhos. Dados da pesquisa (2018).

No entanto, o gráfico 3 mostra um retrocesso em relação a essa visão, uma vez que 77,5% dos cuidadores pesquisados tem filhos, o que mostra um *status quo* patriarcal, onde a mulher é vista como mecanismo de procriação, um útero ambulante para reproduzir novos seres humanos.

Embora o processo de emancipação feminina e sua crescente presença no mercado de trabalho e outras atividades de âmbito social, os serviços domésticos em grande parte ainda são assumidos e realizados pelas mulheres, ou seja, há uma desigualdade na divisão familiar e residencial, em que a mulher mesmo exercendo uma função no mercado de trabalho, ainda é responsável e executa as atividades residenciais, como limpeza da casa, das roupas, cuidados com itens pessoais da família, obrigações voltadas ao lar, entre outras; e ainda no patamar familiar, o cuidado com a prole ou com os progenitores, a participação das atividades que constituem a personalidade, educação e sociabilidade de seus filhos; enquanto ao homem as funções nestas esferas prescritas, são de papel secundário em que o principal é sua atividade laboral fora de casa e pequenas obrigações que ocorrem momentaneamente ou periodicamente (Lopes & Massinelli, 2013; Cunha & Alves, 2014).

Para a situação brasileira, quanto ao papel do homem e da mulher, observa-se que se viveu no país por séculos, uma situação voltada a uma cultura escravagista e silenciosa voltada para a mulher, o que torna custoso modificar de uma forma rápida um costume impregnado e incorporado como normal e padrão nos costumes presentes na sociedade (Goldenberg, 2001).

Embora tal processo esteja sendo modificado de maneira até rápida, comparado com os resultados imaginados para a nova transformação dos papéis masculinos e femininos dos indivíduos constituintes da sociedade brasileira atual, ainda atravessamos um momento de transição fragilizada por rupturas presentes na história e no decorrer da formação da sociedade do passado até recentemente. Neste cotidiano presente, as instituições modernas, em sua estruturação complexa e atual, se tornam diferentes das formas que eram no passado comparado tanto com instituições passadas como a história das instituições presentes atualmente, de forma que a análise seja em âmbito social. Sua pró-atividade, grau em que afetam, modificam ou mesmo moldam os costumes tradicionais e os impactos globais que suas ações ocasionam na percepção, convívio, no cotidiano em ações, passam a ser características marcantes e diferenciadoras destas instituições e dos indivíduos que ali frequentam e se formam (Giddens, 2002).

Com o convívio contemporâneo, a natureza das ações que compõem a vida social cotidiana, vem sendo alterada radicalmente, de maneira que as ações prestadas no dia-a-dia passam a exercer uma pressão que modifica conceitos e atitudes antes não aceitas. Desta forma, esta ação vem afetando aspectos íntimos e pessoais da formação da sociedade, que antes faziam parte de uma visão diferente e discordante, uma vez que possibilita o surgimento de novos mecanismos de formação da identidade pessoal, que passam a ser constituídos nas dependências das instituições atuais, que por sua vez se modificam com a presença e o material psicológico, mental, físico e de vida disponibilizado pelo ser, semelhante a uma “via de mão dupla”, em que ambos os casos passam a ganhar e se beneficiar dessa interação.

Porém esse constante movimento de interações e mudanças, podem acarretar o carregamento de valores antigos, submersos em pequenas ações de modificação, que por sua vez trazem o regresso de ações já evoluídas. Desta forma pode-se supor que se vive em uma realidade em que se convive com denominados diferenciais e contraditórios diante dos costumes entranhados em cada indivíduo e sua manifestação perante o círculo social em que habita (Giddens, 2002; Biasoli-Alves, 2000).

Podem-se observar estas contradições, inclusive no interior das famílias e dos próprios indivíduos, de acordo com o cotidiano que vivem e apresentam durante o dia ou mesmo nos que estão em grupos sociais formados por ínfimos motivos, que podem expressar fortemente as contradições vividas. Tal realidade se dá pelo fato de estarmos em um período de incertezas quanto ao futuro e as reconstruções de novos valores sociais, baseados em padrões que já

foram derrubados ou mesmo não convém serem exercidos na realidade atual e que ainda serão estabelecidos de acordo com as ações realizadas em nosso presente (Dubar, 2005; Petrini, 2005).

Encontra-se presente no cotidiano da mulher atual comparada a vida que levava as mulheres de alguns anos atrás, uma vez que em períodos mais antigos da história, a mulher tinha o compromisso e uma necessidade imposta pela sociedade, em realizar objetivos pessoais voltados ao âmbito familiar, como por exemplo, se casar, ter filhos e se dedicar aos cuidados deles, cenário este que não se apresenta tão frequentemente na sociedade formada atualmente, em que o ato de ser mãe e as ações maternais não se tornou um objetivo principal para a construção e desenvolvimento da mulher perante a sociedade. Tal objetivo foi substituído pela ação profissional dentro do mercado de trabalho, estando o exercício desta ação em grande parte da sociedade, incentivado para a mulher, ou seja, atualmente a sociedade incentiva à mulher a participar do mercado de trabalho (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012).

Diante da necessidade de um cuidador, o papel sempre em grande parte é exercido por alguém do sexo feminino (Gráfico 1), que é portador de um relacionamento familiar com o idoso, muitas vezes de cônjuge ou filha. Porém nota-se que devido à necessidade repentina de exercer a função, muitas vezes a pessoa que se torna cuidador passa a não ter um preparo adequado para a função dos cuidados exigidos (Garces, Krug, Hansen, Brunelli, Costa, Rosa, Bianchi, Mattos & Seibel, 2012).

Ao se analisar os motivos que levaram as filhas a se tornarem cuidadoras de seus familiares apresentando sinais de algum tipo de demência, notou-se que os principais motivos estavam entorno de sentimentos, como a obrigação filial, a gratidão pelos cuidados passados com a mesma; condições socioeconômicas que não permitiram a contratação de terceiros; condições profissionais baseadas nas informações que a cuidadora cultivava, permitindo um tratamento e acompanhamento mais adequado e com menor preocupação (Falcão & Bucher-Maluschke, 2009).

Outros fatores que influenciaram foram: já exercer a função e seu desenvolvimento no âmbito familiar; sentimentos ligados à religião, onde a pessoa acreditava ser uma missão que um ser divino impôs em sua vida; amor pelo familiar, não permitindo o desapego ou o sentimento de abandono à pessoa com demência; por não haver outra pessoa que possa

exercer essa função na família ou impossibilidade de pagar terceiros para exercer o papel; ser solteira, o que possibilita mais facilmente o desapego das condições e planejamentos vividos pela pessoa.

Ainda existem outras motivações que levam à decisão e presença da mulher como cuidadora, como por exemplo, ser mulher e acreditar ou ser imposta pelo sentimento de cuidar de terceiros, existente na sociedade e na mente das pessoas pelo inconsciente coletivo, como possibilidade de redenção a erros cometidos no passado, semelhante a pagar uma dívida ou um castigo, buscando a paz interior; ser parte da personalidade da pessoa cuidar de terceiros e como estará sendo um familiar, a possibilidade e floração do sentimento se mostrar com mais frequência e impulsividade (Falcão & Bucher-Maluschke, 2009).

Fatores como: nunca ter saído da casa dos pais, dessa forma já acostumada com a rotina, cotidiano, estando familiarizada com as condições e necessidades futuras, ao mesmo tempo em que se mostra útil uma vez que não se retirou de casa e permanece com um sentimento de culpa; ser a escolhida de acordo e consenso com os irmãos, desta forma sendo uma escolha por votação ou qualidade que se destacavam e eram adequadas de acordo com o consenso dos irmãos, estão presentes na realidade de escolha da figura feminina como cuidadora da pessoa com demência que necessita de cuidados e observação (Falcão & Bucher-Maluschke, 2009).

De modo geral, a maioria das mulheres atualmente e a sociedade em si, tem o ideal criado para a imagem da mulher participativa e moderna, em que se trata de um indivíduo do sexo feminino que busca conciliar as atividades provenientes da maternidade e residenciais com as de cunho profissional, buscando novas realizações e conquistas no decorrer de sua vida (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012).

Nesta visão formada, a mulher pode e deve encontrar e realizar novos objetivos de acordo com sua vontade, porém, sem abrir mão das obrigações maternas e residenciais, uma vez que sua imagem como “mulher completa”, se idealiza apenas com a chegada de um filho e seus cuidados com a prole e com a casa, porém deve-se ressaltar que tal visão presente na atualidade, não necessita tão obrigatoriamente a presença de um cônjuge ou a obrigação do ato de casar em si (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012).

Por outro lado e ainda partindo na mesma percepção, encontra-se uma participação crescente e cada vez mais ampla da mulher no mercado de trabalho e sendo a provedora dos

recursos financeiros da família, papel que em tempos passados cabia ao homem. Atualmente a realização e conquista em âmbito profissional tem sido apresentada como um dos elementos mais importantes para a realização pessoal.

Tal atmosfera criou uma imagem de inversão de papéis na sociedade, uma vez que em seu início era mal visto pela comunidade, que acreditava que a mulher devia estar aos cuidados do lar e inferior ao seu cônjuge, enquanto o marido devia estar em trabalho para demonstrar superioridade quanto à esposa e sua família, defendendo seu papel domiciliar.

Com a inversão se traçou inicialmente uma visão de uma mulher rebelde e mal educada e de um homem preguiçoso ou “feminizado”. Tal situação tem sido mudada, de modo que já é bem aceita a divisão das tarefas familiares e domiciliares. Diante deste ideal proposto e ainda entranhado na população e nos indivíduos de forma pessoal, deve-se salientar que as modificações e transições de pensamentos que estão se formando, possibilitam o aparecimento de novas ideias aceitas pela população e pelos indivíduos de modo particular, como a opção de abrir mão da maternidade em busca de objetivos e conquistas desejadas pela mulher (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2012).

8.2 – O Envelhecimento da população aumenta a necessidade de cuidadores para doenças neurodegenerativas

O termo demência é utilizado para caracterizar variedades de desordens especificadas pela deterioração progressiva da habilidade do pensamento, da memória e pela presença de danos cerebrais. Das demências encontradas em pessoas, as com maior índice são: a Doença de Alzheimer, a Demência Vascular, a Demência de Corpos de Lewy e a Demência Fronto-Temporal. Basicamente a demência trata-se de uma doença crônica, que vem a afetar e ocasionar danos na memória, linguagem, reconhecimento em geral, dificuldade de movimentos intencionais e funcionamento executivo. As demências chegam a afetar de 3 a 11% das pessoas com mais de 65 anos de idade e de 20 a 50% das pessoas com 85 anos de idade ou mais (Storandt, 2008; Alzheimer Society Of Canada, 2011; Touhy, 2012; Alzheimer’s Association Report, 2012; Lopes, Massinelli, 2013; Dullius; Migott, 2016).

Observa-se que no Brasil e no mundo, a população está apresentando uma situação de indivíduos em idades avançadas, a partir do aumento da expectativa de vida, a taxa de mortalidade diminuindo, a taxa de natalidade diminuindo e uma melhora nos tratamentos de saúde da população (Almeida, Jardim & Franco, 2014).

17 – 38 anos (25%)
39 – 46 anos (25%)
47 – 54 anos (24%)

Tabela 1 – Idade dos cuidadores. Dados da pesquisa (2018).

Desta maneira mostra um quadro de modificação do perfil de indivíduos que compõe a sociedade, aonde as crianças e jovens vem apresentando uma diminuição em sua presença, enquanto a porcentagem de idosos cresce gradativamente, podendo apresentar porcentagens significativas em grupos antes raramente presentes na sociedade.

A tabela 2 mostra a faixa etária dos pacientes que são assistidos pelos cuidadores desta pesquisa, e converge com os dados supracitados, uma vez que 42,5% estão no intervalo de 80 – 89 anos, demonstrando assim o envelhecimento da população nesta amostra específica.

5 – 69 anos (20%)
70 – 79 anos (30,625%)
80 – 89 anos (42,5%)

Tabela 2 – Idade dos pacientes portadores de demência assistidos pelos cuidadores. Dados da pesquisa (2018).

Se compararmos os dados da tabela 1 com os dados da tabela 2, percebemos que os cuidadores, de maneira geral, são mais jovens que os pacientes, e que a maioria encontra-se na faixa etária de 55 – 75 anos (26% dos cuidadores), ou seja, muitos cuidadores também já são idosos, e acabam tendo que lidar com as peculiaridades do seu próprio envelhecimento, somadas as do paciente.

Observando os casais idosos, a idade demonstra um fator que ameniza nos problemas de relacionamento que vem a ocorrer no percurso da doença, fato que não ocorre em

cuidadores com menor idade, que tendem a ser menos pacientes e mais incertos de acordo com a ocorrência de problemas durante o período em que a doença se apresenta (Fitzpatrick & Vacha-Haase, 2010).

A percepção de representação significativa de crescimento da população idosa, ou seja, acima dos 60 anos, teve início na década de 60, onde se observa um alto crescimento no decorrer dos anos, a partir da análise de dados do IBGE, onde ao analisar os dados, a representação de pessoas no grupo de idade na faixa igual ou maior de 60 anos representava 2,5% da população.

De acordo com o IBGE (2012) essa população já alcançava cerca de 7,4% da população brasileira em 2010, com projeções de aumento significativo da mesma para os anos seguintes, já que a expectativa de vida tem aumentado 3 anos a cada década. Em estudos do IBGE foram realizadas projeções que no ano de 2020 a população idosa atingirá aproximadamente a quantidade de 25 milhões de indivíduos, dos quais 60% serão mulheres e sua representação será de 11,4% da população presente neste período (IBGE, 2009; Garces, Krug, Hansen, Brunelli, Costa, Rosa, Bianchi, Mattos & Seibel, 2012; IBGE, 2012; Lopes & Massinelli, 2013; Dullius & Migott, 2016).

100 respostas

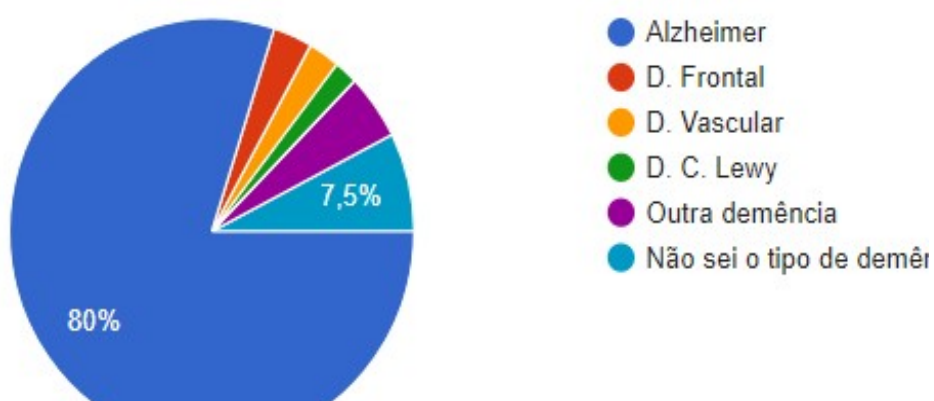


Gráfico 4 – Tipos de demências diagnosticadas nos pacientes assistidos pelos cuidadores. Dados da pesquisa (2018).

Partindo para a observação da faixa etária dos idosos e para a análise dos dados coletados pelo IBGE, verifica-se que 1,2 milhões de pessoas neste grupo são acometidas com

a doença de Alzheimer e há uma perspectiva de que este número aumente em 100 mil casos por ano (Dullius & Migott, 2016). No gráfico 4 pode-se observar que das demências que acometem os pacientes desta pesquisa, 80% são do tipo Alzheimer.

Encontra-se com certa frequência pacientes acometidos por doenças neurodegenerativas caracterizadas como demência presentes na comunidade ou mesmo em locais (lares ou instituições), que necessitem de cuidados e atenção, possibilitando o acompanhamento e a realização de consultas e aplicação de medicamentos que exigem mão de obra qualificada com maior precisão de horários e de situações de acordo com o quadro do paciente. Essa necessidade de supervisão e manejo adequado com medicamentos deve ser analisada, visto que 96,3% dos pacientes assistidos pelos cuidadores desta pesquisa fazem uso de medicação, conforme pode ser visto no gráfico abaixo:

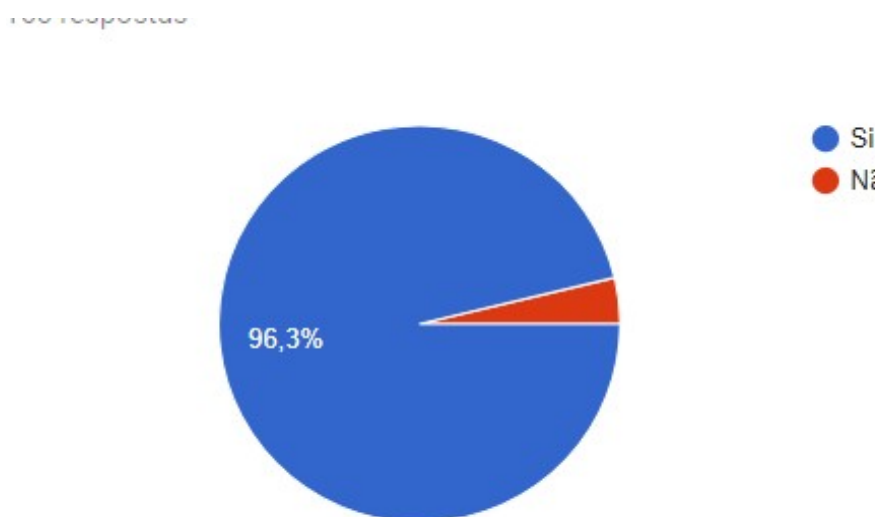


Gráfico 5 – Paciente faz uso de medicação. Dados da pesquisa (2018).

Considerando todos os lugares em que os idosos e os cuidadores residem e são cuidados da maneira que for melhor quanto aos seus acometimentos e necessidades, existe uma necessidade de indivíduos que possam estar fornecendo esta atividade de cuidador, sobretudo na zona rural e urbana, devido a grande carência e atenção que os pacientes afetados por algum tipo de demência demandam no decorrer do dia.

respostas

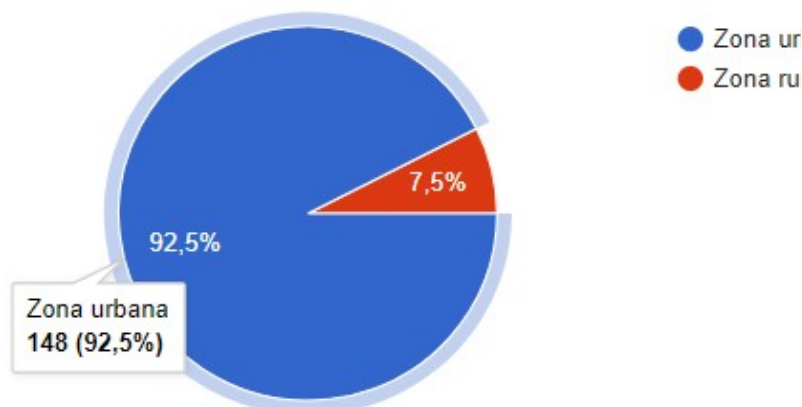


Gráfico 6 – Localidade do domicílio dos cuidadores. Dados da pesquisa (2018).

Dessa forma pode-se caracterizar a atividade de cuidador em dois grupos: o cuidador formal, que se trata de pessoas remuneradas pela atividade, havendo uma considerável prevalência para profissionais da saúde; e o cuidador informal, que pode ser um familiar ou pessoa com vínculo que exerce as atividades solicitadas pelo indivíduo com demência, não havendo a necessidade de vínculo trabalhista (Gaioli & Furegato, 2010; Dullius & Migott, 2016).

8.3 - Cuidadores informais de pessoas com demência tem a saúde física e psicológica afetada pelo ato de cuidar

Criar apenas um tópico para apresentar e discutir os resultados sobre saúde física e psicológica não foi uma decisão fácil, visto que o dualismo histórico mente-corpo coloca uma possibilidade maniqueísta para os fenômenos elementarmente psíquicos, e para os que são inerentemente ligados ao físico, ao corpo. É importante ressaltar que aqui considera-se um gradiente de possibilidades no meio desses dois extremos mente-corpo, de modo que um é intrinsecamente ligado ao outro, seja por camadas, seja por ligações.

O raciocínio descrito acima constitui a base das teorias holísticas que buscam uma relação dialética entre todas as dimensões humanas, de modo que possam enxergar o ser humano como um todo holístico, influenciado pelos determinantes de cada uma das dimensões.

Sendo assim, saúde física e psicológica estão interligadas de modo que quando uma é afetada, a outra também pode ser afetada. Considere esse exemplo: uma menina está ansiosa (um fenômeno psíquico) porque logo em seguida irá realizar uma prova acadêmica, nesse momento suas mãos podem suar, seu coração acelerar (aumento da frequência cardíaca), e até mesmo sentir frio na barriga (causada pela repentina liberação de noradrenalina na região abdominal (fenômenos físicos), ocasionando aquela sensação de “borboletas no estômago” (fenômeno psicológico). Então fica difícil dizer qual veio primeiro, na verdade o que se acredita é que os dois ocorram concomitantemente, dependendo do grau de resiliência e demais determinantes do indivíduo que está passando por aquela situação de adoecimento.

O corpo fala o que na “alma” padece, para sintomas de doença. E o corpo fala o que na “alma” brilha para sintomas benéficos em uma vida saudável.

A sobrecarga de cuidar passa a ser acumulada durante o longo período em que o cuidador exercer esta função, prejudicando assim a sua saúde, provocando situações de mal-estar e problemas ou agravamentos em seu estado físico, psicológico e emocional, desta forma apresentando um cenário de desânimo e depressivo para o cuidador, o que por sua vez são resultados de um despreparo ocasionado pela situação enfrentada. A presença de alguns fatores demonstram uma diversificação de percepções impactantes com relação à qualidade do relacionamento familiar que envolve o cuidador-doente, enfatizando os cuidados prévios, a maneira que são realizados os cuidados, as perspectivas positivas criadas neste meio, a qualidade do relacionamento antes do acometimento da doença e como este relacionamento se apresenta na atual realidade (Quinn, Clare & Woods, 2009).

Ao se analisar a relação dos cuidadores com a pessoa com demência, notou-se que a mesma se baseava principalmente em filhos e cônjuges. Os filhos analisavam a situação como um dever, gratidão ou responsabilidade que tinham com seus pais, baseados em relações éticas e morais existentes pelo cuidar existente e proveniente desta relação. Uma vez que seus pais cuidaram deles quando eram pequenos e jovens, independente das dificuldades encontradas, dando prioridade aos mesmos e os auxiliando com seus problemas, trouxe um sentimento de reciprocidade que fez as posições de cuidador-cuidado se inverterm e os fez assumir tal responsabilidade (Almeida, Jardim & Franco, 2014).

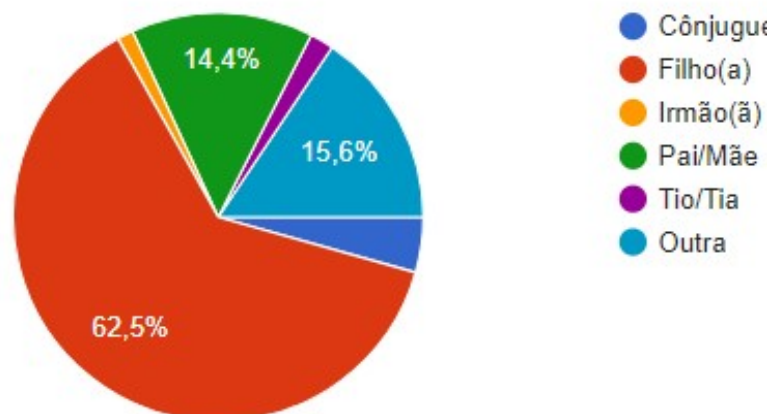


Gráfico 7 – A maior parte dos cuidadores são filhos dos pacientes. Dados da pesquisa (2018).

Ao se analisar a família durante o tempo de ocorrência da doença, se nota que quando as relações familiares já não são saudáveis, ocorre o fato de a doença agravar a socialização e os cuidados entre os familiares e o paciente consequentemente, de modo que tal fato pode intensificar a doença.

As fragilidades podem vir a ocasionar o distanciamento emocional e físico de irmãos ou mesmo outros familiares que inicialmente participem daquela unidade familiar, devido a desentendimentos passados, brigas, raiva, remorso, mágoa ou mesmo medo de que a situação os leve para uma situação sem saída e que seja o fim de suas vidas, prejudicando sua participação assídua perante a sociedade ou de outras formas, que acaba por prendê-los unicamente aquela situação (Walsh, 2005; Lopes & Massinelli, 2013).

Um fator observado em estudos, foi o fato de que quando o cuidador principal tratava-se de ser o (a) cônjuge ou companheiro (a), houve uma contribuição favorável, demonstrando calma, compreensão e colaboração nas divisões de tarefas, no entanto, em alguns casos ocorre o contrário, onde o cuidador não aceita conviver com um parente doente devido ao desconforto e prejuízos que ocorrem com a dinâmica familiar existente, se tornando fator de perigo para a proteção da pessoa com demência (Lopes & Massinelli, 2013).

Desta maneira quanto maior o número de moradores residindo com o paciente, melhor e mais proveitosa será a relação afetiva e o auxílio recebido para ele, havendo exceções em que a única saída é a institucionalização, mas tal alternativa nem sempre passa a ser considerada pelas famílias, devido à herança advinda da ética e moral existente na formação

do indivíduo, que está acostumado a se responsabilizar pelos seus progenitores, caracterizado pela população do país que muitas vezes apresenta o idoso residindo com sua família, o que caracteriza uma convivência multigeracional (Ramos, Rosa, Oliveira, Medina & Santos, 1993; Camarano, 2002).

Estudos revelam que quanto maior a experiência e grau de formação e informação do cuidador (ver o gráfico 2), o desempenho do cuidado se torna mais eficaz quanto aos modos de agir conforme os sintomas, os cuidadores adotam comportamentos apropriados para situações específicas, disponibilidade e bom senso no cuidado ao paciente, porém devido ao seu grau de informação passam a ser resistentes para realizar algumas ações, o que acaba necessitando em alguns casos da intervenção de um profissional da saúde que possa exercer momentaneamente a função de cuidador (Paulino, Duarte, Schwartz, Bartholomeu & Degaki, 2009).

Tal fator é acarretado devido a diversas condições e ocorrências, resultantes de variações ocorridas por estressores genéticos, ambientais, modo de vida, tempo enfrentado pelo organismo, idade e condições do organismo de cada indivíduo. Possibilitando desta maneira o surgimento de alguma doença e a expressão de seus sintomas (Almeida, Jardim & Franco, 2014).

Outros fatores que podem acarretar a presença e o aparecimento destas doenças estão associados aos hábitos de vida das pessoas, que nas últimas décadas vem se tornando cada vez menos saudáveis e partindo para a prevalência de ocorrência de doenças, como por exemplo, hipertensão, diabetes, osteoporose, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e neoplasias. Ainda acarretando a descoberta e determinação dos casos de doenças, a tecnologia associada à medicina, exercidas juntas atualmente, permitem uma maior precisão e identificação das doenças, possibilitando o tratamento com maior velocidade e eficiência, o que permite uma expectativa de vida mais elevada (Garces, Krug, Hansen, Brunelli, Costa, Rosa, Bianchi, Mattos, Seibel, 2012; Lopes, Massinelli, 2013).

Como a atividade de cuidador ainda é recente no país, ainda há alguns pontos que não estão completamente firmados com precisão, como a carga horária semanal do cuidador, e o nível de vínculo que deve existir entre o cuidador e o paciente. A atividade de cuidar já é conhecida como sendo algo fundamental na vida do ser humano, desde o seu nascimento até

sua morte, atravessando diferentes tipos de vínculos, tanto laboral quanto emocional (Dullius; Migott, 2016).

Devido ao processo de envelhecimento, o aumento dos casos de idosos com demência, bem como o aumento significativo de idosos presentes na sociedade, existe uma carência por cuidadores de idosos, tanto de maneira formal como informal, uma vez que a expectativa de vida vem aumentando e com ela a duração do período de envelhecimento (Garces, Krug, Hansen, Brunelli, Costa, Rosa, Bianchi, Mattos & Seibel, 2012; Dullius & Migott, 2016).

Desta forma todo o cuidado e manutenção voltados à pessoa do paciente, juntamente com ações que previnam ou adiem a transição para instituições, são relacionados aos cuidadores, que por sua vez realizam programas de treinamento, passam por supervisão e recebem assessoria (Nakatani, Souto, Paulette, Melo & Souza, 2003). Porém, o cenário apresentado na realidade não é exatamente este, mas sim uma situação que mostra o despreparo dos cuidadores informais, que necessitam de um curto prazo de tempo para se qualificar para exercer a atividade, o que torna o conhecimento insuficiente na prática.

Desta forma torna-se importante conhecer os cuidadores informais de forma que sua realidade expressará uma situação no futuro que pode acarretar em benefício ou malefício de acordo com as dificuldades a serem encontradas e vivenciadas, ainda levando suas condições socioeconômicas e culturais e da família que ali se faz presente (Nakatani, Souto, Paulette, Melo & Souza, 2003).

Normalmente o familiar que mantém a relação de cuidador da pessoa com demência dentro do âmbito familiar é composto por mulheres e esposas, com a divisão da realização da cerimônia ou documentação que descreva a união conjugal, ou ainda se tratando de filhas que cuidam de seus pais. Em ambos os casos o familiar que exerce a função de cuidador, vem a morar com o idoso uma vez que existe a necessidade dos cuidados contínuos. Cerca de 80 a 90% dos cuidadores de idosos portadores de alguma demência, são familiares (Garces, Krug, Hansen, Brunelli, Costa, Rosa, Bianchi, Mattos & Seibel, 2012; Almeida, Jardim & Franco, 2014; Dullius & Migott, 2016).

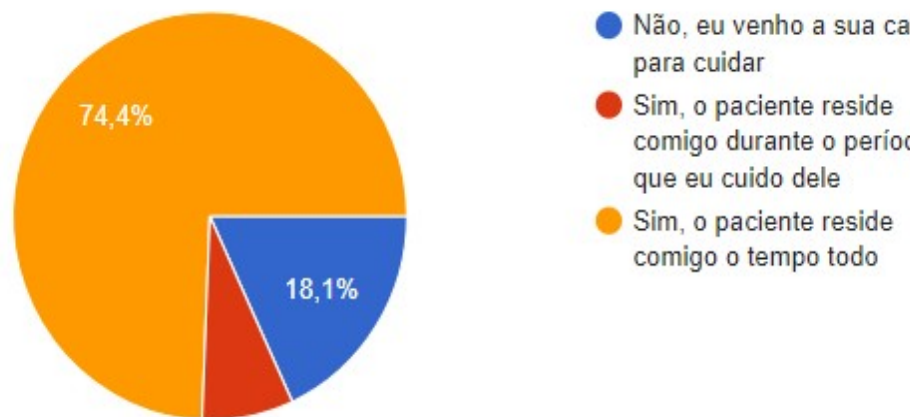


Gráfico 8 – A maioria dos cuidadores reside com o paciente o tempo todo. Dados da pesquisa (2018).

As atividades realizadas em média pelo cuidador, a partir do momento em que inicia sua função com o doente, passam a ser modificadas em muitos casos devido à interdependência criada pelo cuidador antes de sua escolha. Desta maneira, cerca de 62,4% das atividades principais do cuidador, são voltadas a tarefas domésticas, como o limpar a louça, a casa, organizar itens do vestuário pessoal do doente e de sua propriedade, entre outras; enquanto 39,9% são voltadas ao estudo ou atividades que não são voltadas ao trabalho, como um momento de distração dentro de casa (assistir televisão ou filmes, ler livros), momentos pessoais de modo ao cuidador analisar seus pensamentos, e suas funções cognitivas, entre outras (Neves & Afonso, 2012)

Conforme o progresso da doença durante o tempo, juntamente com a maior responsabilidade que o cuidador passa a ter e a dependência que o paciente passa a apresentar pelo cuidador, esta atividade pode se tornar uma jornada inacabável, repetitiva, solitária, monótona, desgastante, principalmente quando o cuidador já apresenta uma idade avançada, apresentando desta maneira um déficit em suas características físicas e psicológicas que o prejudicam comparado aos indivíduos com menos idade (Garces, Krug, Hansen, Brunelli, Costa, Rosa, Bianchi, Mattos & Seibel, 2012).

Ao se traçar o perfil do cuidador principal, se nota que o perfil traçado, converge predominantemente para uma situação, onde a regra geral é uma cuidadora, que em um grande número de casos tratam-se das filhas, que já estão atravessando a meia idade ou já se apresentam acima desta linha etária, encarregadas de múltiplas funções sociais, trabalhistas e

familiares, que ocasionam alterações de diferentes maneiras na vida da cuidadora, em diferentes faixas de possibilidades (Andrade, 2008).

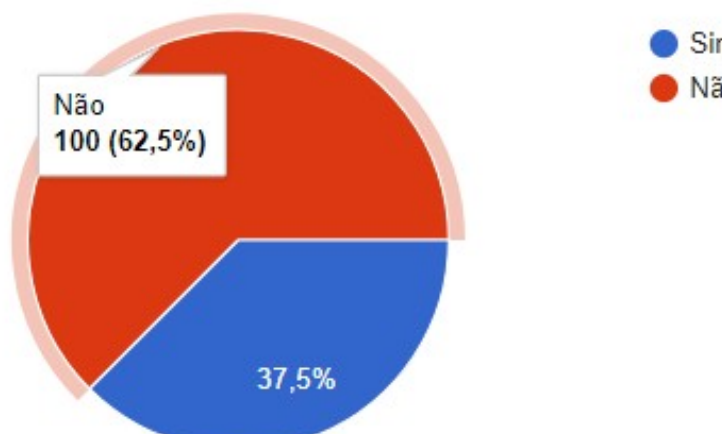


Gráfico 9 – A maioria dos cuidadores não tem alguma atividade de lazer. Dados da pesquisa (2018).

Ao se comentar e mencionar aos cuidadores do sexo femininos, muitos autores tiveram embaraços para descrever ou demonstrar a relação afetiva do vínculo cuidador-cuidado, principalmente quanto à intimidade e afetividade dos casos de casais, devido aos receios que as mulheres apresentam, juntamente do fato de as mesmas se voltarem com tamanho esforço para o cuidado com o idoso, que esquecem ou deixam em segundo plano os cuidados consigo mesmas, passando a não praticar atividades físicas ou mesmo algo voltado a convivência social, apresentando um relacionamento considerado de praticamente morto para a comunidade, devido a sua ausência no cotidiano, desta forma apresentando sobrecarga de atividades quanto ao cuidado ao idoso e os do cotidiano da casa, ocasionando sintomas como tristeza, depressão e acometimentos de doenças ou fragilidades mentais e físicas (Garces, Krug, Hansen, Brunelli, Costa, Rosa, Bianchi, Mattos & Seibel, 2012; Adams, McClendon, & Smyth, 2008; Gibbons et Al., 2014).

No decorrer do tempo da vida das pessoas, alterações das condições de vivências dos indivíduos passam a ocorrer, tanto por motivos naturais ou comportamentais como alterações biopsicossociais e fatores ligados ao estilo de vida que podem acelerar ou retardar o processo de envelhecimento. Associado ao estilo de vida pode haver a presença de doenças que podem

acelerar o processo de envelhecimento e ocasionar alterações mais graves aos organismos. Entre as doenças existentes, a demência torna-se umas das que estão em maior abrangência na fase de envelhecimento dos seres humanos (Dullius & Migott, 2016).

Um grande número de trabalhos indica que há a necessidade dos cuidadores exercerem e desenvolverem outras atividades de seu interesse, como praticar algum esporte (gráfico 7). Aqueles que exercem função social de forma a estar presente em alguma atividade da comunidade, como grupos de apoios, tendem a ter uma melhor adaptação à função de cuidador e diminuem os impactos negativos que acarretam tal atividade, possibilitando níveis mais baixos de depressão e maiores níveis de satisfação, comparado aos cuidadores que não possuem alguma atividade social (Lopes & Massinelli, 2013).

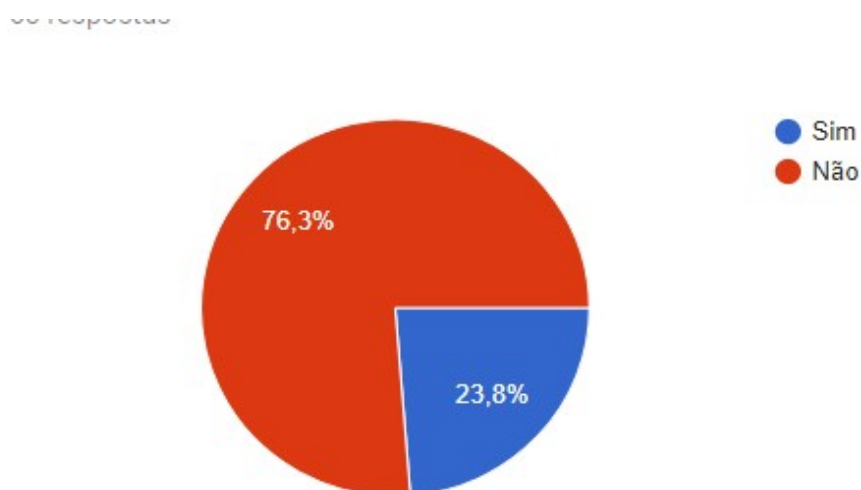


Gráfico 10 – A maioria dos cuidadores não praticam esportes. Dados da pesquisa (2018).

Pesquisas analisadas apontam que em muitos casos ocorrem o relacionamento em tríade multigeracional, composta por idoso-filha-neta, que vem a ser afetado pelo peso das atividades acumuladas e os cuidados com o paciente. Ocasionalmente ocasionando interdependência dos indivíduos constituintes neste ciclo familiar, deliberando o distanciamento físico, afetivo e emocional do idoso e do seu (sua) cônjuge e suas proles (filhas (os) e netas (os)), dificultando as relações familiares ou mesmo afetando o caminhar do progresso da doença (Dullius & Migott, 2016).

Tal ocorrência presente no núcleo familiar está associada ao efeito de ansiedade, problemas físicos ou psicológicos correspondentes ao processo de cuidador ou anterior ao diagnóstico; ou mesmo ao relacionamento com o cuidador principal, que em algum momento passou a ser fragilizado, resultando em uma organização ou desorganização da sobrecarga exercida pelo cuidador (Braun, Scholz, Bailey, Perren, Hornung & Martin, 2009; Dullius & Migott, 2016).

Analisando a alternância de cuidadores, quando isso é uma possibilidade, a partir do ponto de vista do paciente, pesquisas mostram que ele acredita que tal realização pode trazer benefícios ou situações prejudiciais. De certa forma, benéficas, devido à oportunidade de haver outros contatos sociais e interação de outras pessoas no círculo criado para o cuidado do paciente, o que traz um aumento da autoestima do cuidador pelo auxílio, e do cuidado pela presença de outra pessoa ali no âmbito de sua residência, lhe dando atenção e cuidados prestados por esse cuidador secundário. Prejudicial, pois o cuidador secundário pode não ter a mesma habilidade que o cuidador primário, de modo a não proporcionar uma situação satisfatória, podendo ocasionar desde pequenos até grandes agravamentos na saúde do idoso (Braun, Scholz, Bailey, Perren, Hornung & Martin, 2009; Dullius & Migott, 2016).

Uma vez que são atribuídas responsabilidades ao cuidador, por inúmeras vezes sem a menor orientação ou esclarecimento das informações ou mesmo sem o apoio de uma instituição que possa auxiliar, acabam por ocasionar uma mudança nas rotinas e no tempo que o cuidador dedica as ações de cuidado realizadas, podendo afetar suas condições e qualidade de vida (Amendola, Oliveira & Alvarenga, 2008).

Devido ao maior acúmulo de responsabilidade que passa a ser encarregada ao cuidador, a desvinculação de terceiros aos cuidados podem ser realizados de formas diferentes ou opostas de acordo com o cuidador que estivesse exercendo a função no momento. Porém algumas pesquisas demonstram diferenças poucos significantes, com relação ao relacionamento da tríade e a ocorrência de modificações ou mesmo de desligamento físico ou emocional de alguma das partes deste relacionamento (Braun, Scholz, Bailey, Perren, Hornung & Martin, 2009; Dullius & Migott, 2016).

2 – 10 horas (14,375%)
12 - 23 horas (26,25%)

Tabela 3 – Carga horária diária de cuidado. Dados da pesquisa (2018).

De acordo com os dados, percebe-se que a moda da carga horária diária de trabalho é 24, ou seja, os cuidadores passam 24 horas cuidando do paciente. Dormem, mas até mesmo durante o sono se preocupam em pensamento e consideram cuidando dos pacientes. Esse deve ser o motivo pelo qual eles marcaram tanto 24 horas.

Uma vez que o familiar passa a exercer uma dedicação de 24 horas de cuidado ao doente, passa a tornar sua situação de saúde abalável, podendo ainda chegar ao adoecimento, apresentando doenças como artrite, reumatismo, osteoporose, trombose, varizes e problemas gástricos de forma física. Partindo para a situação psicológica, o cuidador pode ser acometido por depressão ou outras enfermidades psicológicas, tornando necessário o uso de medicações diárias (Garces, Krug, Hansen, Brunelli, Costa, Rosa, Bianchi, Mattos & Seibel, 2012; Adams, Mcclendon, & Smyth, 2008; Gibbons et al., 2014).

A alteração na qualidade de vida do cuidador familiar para circunstâncias negativas de acordo com as situações a serem enfrentadas no cotidiano, já é uma situação esperada, baseada nos diversos estudos já realizados no meio acadêmico. Mesmo com essa suposição, o fato é que a sobrecarga imposta e a qualidade de vida devem ser tratadas como assuntos separados, pois derivam de instrumentos diferentes da convivência humana. Para tanto se observa como exemplo que o conceito de qualidade de vida tornou-se amplamente difundido em diversas áreas, com ênfase no meio acadêmico, a partir de estudos científicos com relação ao estudo voltado a saúde (Amendola, Oliveira & Alvarenga, 2008).

Devido à necessidade, grandes partes dos trabalhos prestados são e serão realizados por familiares, uma vez que o trabalho formal é custoso tanto para a família quanto para o estado, dessa forma passando a haver uma preferência pelo cuidador informal, que acaba abrindo mão da vida pessoal para exercer as atividades do idoso, o que pode ocasionar processos que afetam a saúde do cuidador (Dullius & Migott, 2016).

O ato de escolha do familiar que irá ser designado à função de cuidador, é baseado no atendimento às necessidades provenientes do processo de envelhecimento juntamente com as decorrentes da doença que afeta o idoso, ou seja, o indivíduo é escolhido pelo período de convivência com o idoso antes do acometimento da doença e pela possibilidade de auxiliar nos cuidados de acordo com os sintomas e traumas ocorridos devido à doença (Almeida, Jardim & Franco, 2014).

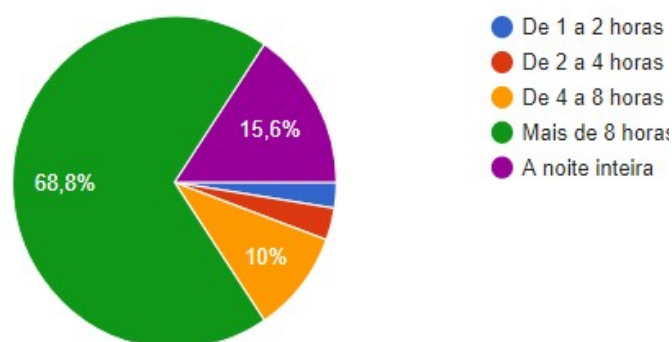


Gráfico 11 – A maioria dos cuidadores dedicam mais de 8 horas por dia de cuidado.

Durante o processo da doença nota-se o grau de interação que a família tem com o paciente, ao mesmo tempo em que em alguns casos a família passa a ficar desconstruída devido às relações e fragilidades que podem ter ocorrido antes do aparecimento da doença ou em algum momento de forma que acabou fragilizando os indivíduos constituintes da família de alguma forma (Walsh, 2005).

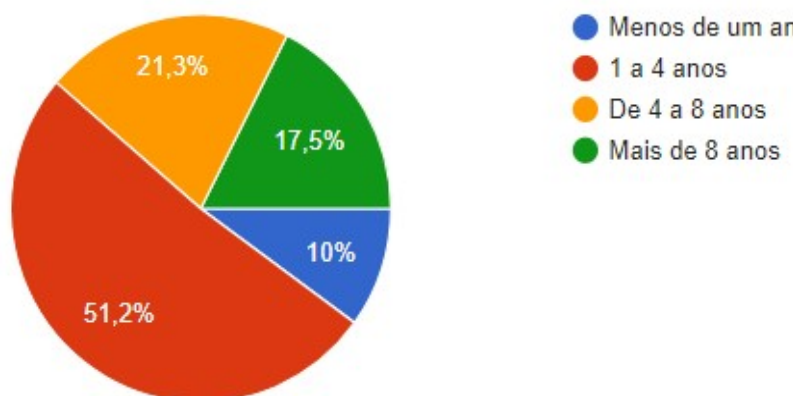


Gráfico 12 – Quantidade de tempo em anos em que o cuidador cuida do paciente.

Conforme o período de tempo em que a doença acomete o paciente, o familiar passa a adquirir maiores responsabilidades e participação nos cuidados e no cotidiano do doente, passando a exercer função de supervisão constante do idoso e cuidados que aumentam gradativamente, o que ocasiona a preocupação do familiar-cuidador com o idoso (Gaioli & Furegato, 2010; Almeida, Jardim & Franco, 2014).

Com o passar do tempo e do agravamento da doença, o que aumenta a função do cuidador, o mesmo passa a ter uma necessidade de boa qualidade de vida para a possibilidade de exercer suas atividades quanto à função de cuidador, uma vez que os mesmos possuem limitações e necessidades e devido à dedicação ao cuidado com a pessoa com demência, passam a ter maior propensão a adquirir alguma doença (Garces, Krug, Hansen, Brunelli, Costa, Rosa, Bianchi, Mattos & Seibel, 2012).

Com relação à saúde mental, sobrecarga e bem estar do cuidador, observa-se uma correlação, onde quanto maior a sobrecarga imposta ao cuidador, menor será o nível de saúde mental e bem estar do cuidador, aumentando a sintomatologia depressiva do cuidador e piora da qualidade matrimonial contraposta a uma forte e satisfatória união, o que sobrecarrega ainda mais o cuidador (Mcconaghy & Caltabiano, 2005; Williams, 2011).

O sentimento de satisfação que se mostra presente e interno dentro do relacionamento cuidador-cuidado está associado à angústia analisados no cuidador, como a percepção de sobrecarga, depressão e insatisfação da vida, desta maneira as características presentes no âmbito familiar do doente estão intrinsecamente interligadas com a sobrecarga sofrida pelo cuidador (Iecovich, 2011).

Entrelaçado com a qualidade do relacionamento familiar do cuidador-cuidado, está o fator idade do cuidador, desta maneira aponta-se em pesquisa que o índice de sintomatologia depressiva, menor satisfação com a vida e maior sobrecarga, estão associados com os cuidadores de idade mais avançada, comparado aos cuidadores jovens e em período de início de vida adulta (Observar a tabela 1).

Quando as atividades acabam não sendo divididas e realizadas unicamente pelo cuidador, acaba ocorrendo um acúmulo de atividades, o que ocasiona no cuidador um grave sentimento de impotência e desgaste pessoal, demonstrando um despreparo do cuidador, da família e demais envolvidos, quanto aos cuidados e planejamento com o paciente, de forma

que poucas pessoas se dispõem a exercer e assumir essas tarefas, conforme pode ser visto no gráfico 13.

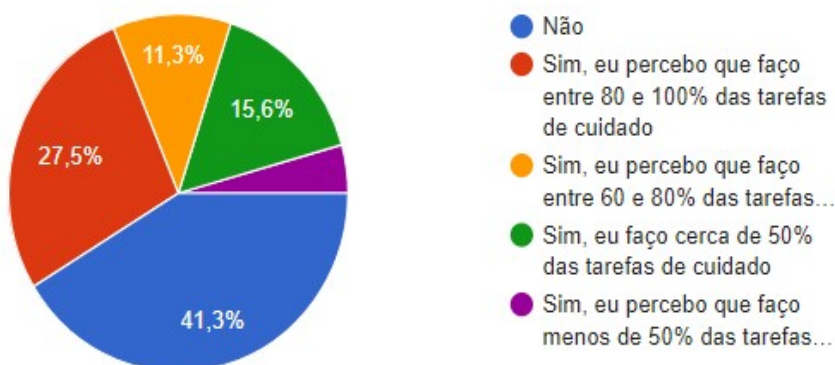


Gráfico 13 – 41,3% dos cuidadores não compartilham a tarefa de cuidar do paciente com outros membros da família.

Durante o processo em que a doença decorre no paciente, o cuidador tem a tendência de perder vínculos de amizade, gerando um abatimento e tristeza por parte do mesmo. Tal ocorrência se dá pelo fato de o cuidador ter a conscientização de que está perdendo a amizade de terceiros e que muito provavelmente não terá este laço de volta ou ainda não terá como tentar reconquistá-lo. Isso acarreta em um aspecto negativo para o doente que vendo a tristeza do cuidador acaba se afetando junto de seu cuidador, afetando ainda a assistência prestada no decorrer dos dias de convivência do cuidador com o paciente (Bursch & Butcher, 2012).

Outros fatores que podem vir a afetar o cuidador e sua sobrecarga estão relacionados à satisfação sexual e a atividade sexual que envolve cada indivíduo envolto no círculo de relacionamento do cuidador-cuidado e dos indivíduos que ali residem com estes indivíduos, desta maneira permitindo alterar as relações principalmente em âmbito emocional do cuidador (Braun, Scholz, Bailey, Perren, Hornung & Martin, 2009).

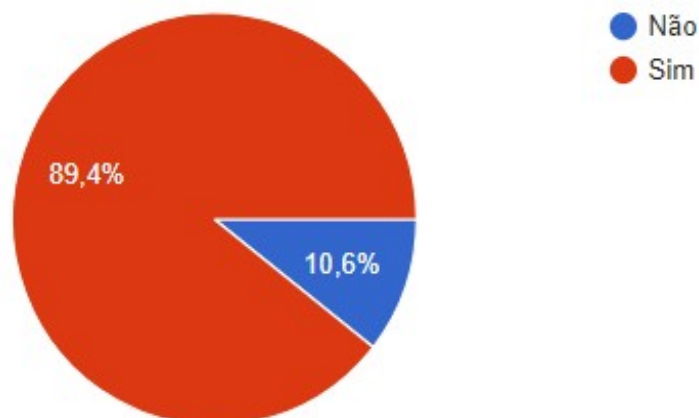


Gráfico 14 – 89,4% dos cuidadores afirmam que antes da doença dos pacientes aparecer em suas vidas eles possuíam boa saúde.

Uma vez que a saúde do cuidador se torna muito ruim ou mesmo grave, infelizmente há uma tendência de o doente ser levado para uma instituição, pois o cuidador não possui condições e manejo adequado para cuidar do doente, ao mesmo tempo em que de alguma forma não possui recursos para manter um cuidador profissional ou mesmo a disposição de um familiar ou amigo que aceite realizar tal função (Garces, Krug, Hansen, Brunelli, Costa, Rosa, Bianchi, Mattos & Seibel, 2012)

O cuidador familiar tende a apresentar uma alta sobrecarga que por sua vez repercute em sua saúde mental, física e emocional de maneira negativa uma vez que não encontra recursos que o façam sentir uma autonomia de sua vida quanto às atividades fora daquele cenário de cuidador. Tal sobrecarga ainda pode variar de acordo com as características do cuidador e do familiar doente, que trabalharão sua relação intrínseca dentro deste cenário, desta forma a característica negativa do relacionamento imposto entre cuidador-cuidado, irá variar de acordo com os indivíduos ali em ação (Dullius; Migott, 2016).

Quando tal fato acontece, normalmente ocorre de o paciente apresentar um quadro de agravamento de sua saúde, porém deve-se salientar que esta mudança não ocorre exatamente devido aos cuidados da instituição, mas sim pelo relacionamento que o idoso já mantinha anteriormente com seu cuidador, que na maioria dos casos é uma pessoa de seu ciclo familiar o que causa um transtorno ainda maior ao doente (Garces, Krug, Hansen, Brunelli, Costa, Rosa, Bianchi, Mattos & Seibel, 2012).

Quanto aos indicadores de doenças como depressão, transtornos mentais e sobrecarga do cuidado, que vem a afetar o cuidador, nota-se que se manifestam de forma subjetiva por meio do cansaço, esgotamento, distração e fraqueza, que assolam o cuidador, muito embora alguns cuidadores não assumam a presença destes sintomas e ainda alegam apresentar uma situação contrária ao que se observa. Isso se deve ao receio do que possa acontecer futuramente caso a situação se comprove e ocorra um desligamento físico do cuidador com seu cuidado (Garces, Krug, Hansen, Brunelli, Costa, Rosa, Bianchi, Mattos & Seibel, 2012).

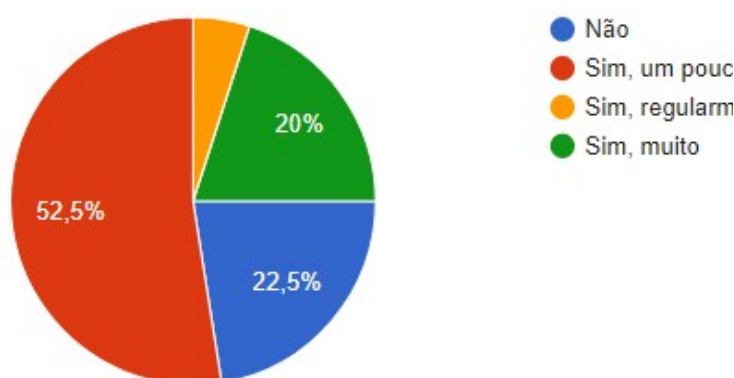


Gráfico 15 – Cuidadores acreditam que a sua saúde piorou desde que começou a cuidar da pessoa com demência. Dados da pesquisa (2018).

A sobrecarga em cuidadores informais de pacientes com demência constitui-se em um fator que influencia a qualidade de vida dos cuidadores e o manejo do próprio paciente (Santos et al., 2011). Essa influência se dá, muitas vezes, de forma negativa, conforme apontado por Araújo (2008), que evidencia a necessidade de abordar socialmente esses cuidadores no intuito de melhorar sua qualidade de vida.

A medicalização acentuada dos cuidadores (gráfico 16) aparece nesse contexto como um mecanismo de resolução para a sobrecarga, muitas vezes sendo realizados usos de benzodiazepínicos, antidepressivos, relaxantes musculares, analgésicos, anti-inflamatórios, entre outros, de acordo com a demanda sintomática do cuidador estressado.

No decorrer do avanço do quadro médico da pessoa com demência, a família passa a conviver com uma situação de sobrecarga, ansiedade e tristeza, uma vez que na maioria dos casos a própria família é quem realiza a atividade de cuidador de forma informal, podendo atrapalhar o progresso do paciente devido falta de conhecimento e o modelo de tratamento

que passam a realizar com o paciente, tornando-o totalmente dependente. Outro fator que leva a angústia e sobrecarga dos familiares é a dedicação que os mesmos passam a ter para o paciente, uma vez que chegam ao ponto de viver unicamente para atender e cuidar do doente (Lopes & Massinelli, 2013).

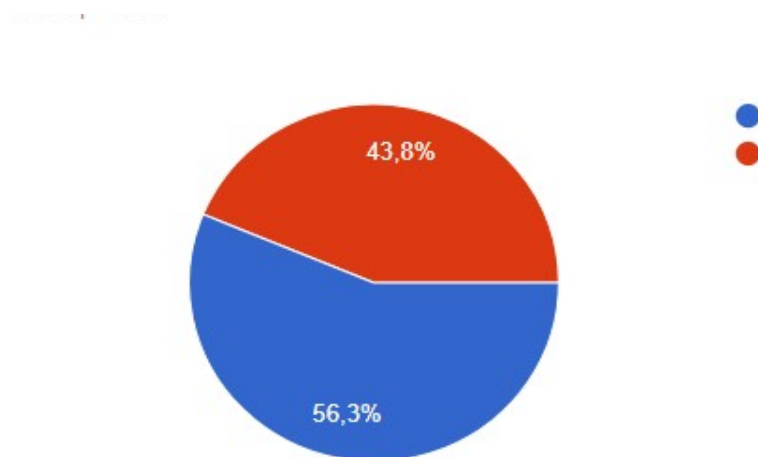


Gráfico 16 – Cuidador faz uso de medicação. Dados da pesquisa (2018).

Buscando minimizar tal situação, se deve redobrar a atenção dos profissionais para com o cuidador informal, desta forma permitindo auxiliá-lo com suas dúvidas quanto ao tratamento e aos cuidados que devem ser voltados ao idoso, ao mesmo tempo em que busca cuidados básicos para si (Nakatani, Souto, Paulette, Melo & Souza, 2003).

Tais fatores tendem a auxiliar no bem estar do cuidador e consecutivamente do familiar portador de alguma demência. Ao se aderir ao senso de reciprocidade, em que há uma preocupação nos cuidados com o doente e do doente com a pessoa que exerce os cuidados para com ele, há uma melhora da relação ao se adotar este posicionamento no percurso de tempo em que a situação em que a doença acomete o paciente (Ablett, Jones, & Muers, 2009).

Por outro lado muitas vezes esta interação fundamental para o convívio da relação cuidador-paciente passa a não ser desenvolvido no cotidiano, dificultando o vínculo familiar que o cuidador tem com o doente, o que resulta na presença de aspectos negativos no convívio ali presente na residência, ocasionando um ambiente que aparenta um sentimento de tristeza e negatividade no local (Dullius & Migott, 2016).

8.4 – Cuidadores informais com maior renda possuem menos danos na saúde física e psicológica

Esta pesquisa mostra um questionamento não só para pessoas que tem familiares com demência, até mesmo os que ainda não passam por isso devem ser alertados, visto que se estima no Brasil 1 milhão e 200 mil pessoas com demência. O número de pacientes é estimado em 35,6 milhões no mundo. Em razão do crescente envelhecimento da população global, esses números aumentarão significativamente, em 2030, serão 65,7 milhões e em 2050, 115.4 milhões de portadores, sendo dois terços deles em países em desenvolvimento (Sayeg, 2017).

Para os jovens, seus pais vão envelhecer, e envelhecendo você percebe que esse caminho pode ser realizado pelo que se chama de senescência, ou envelhecimento saudável. Caso seja a senilidade, há o estabelecimento de determinadas doenças, e uma delas, em questão, é o Alzheimer. Deixo aqui o questionamento, você colocaria seus pais em uma casa de repouso ou cuidaria dele na sua casa, mesmo sabendo que cuidar de uma pessoa com demência afeta diretamente a saúde física e psicológica do cuidador? Estudos apontam que a maioria dos cuidadores informais que dão apoio à pessoa com demência são os filhos, parentes e amigos, que por sua vez compõe a fonte mais importante de suporte ao idoso, sendo responsável por cerca de 80 a 90% dos serviços e cuidados prestados ao idoso, uma vez que são dispensados quando recebidos de terceiros que não estejam neste círculo de relacionamento (Nakatani, Souto, Paulette, Melo & Souza, 2003).

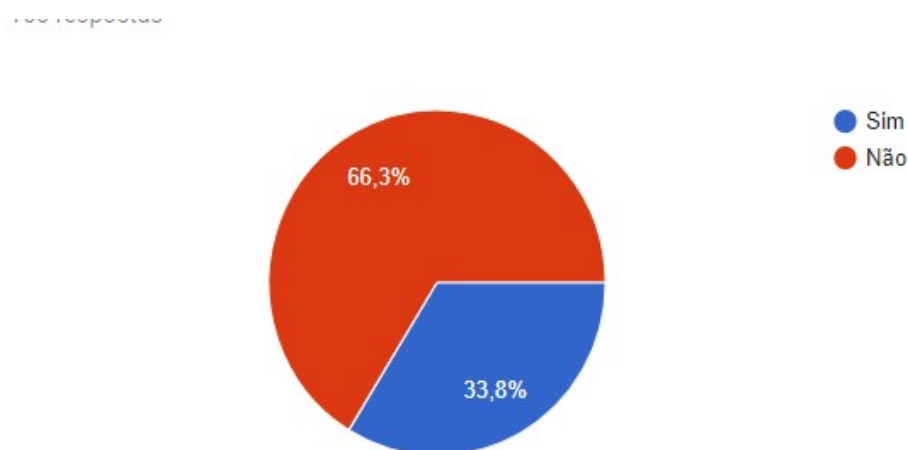


Gráfico 17 - Cuidadores pensam em desistir de cuidar do paciente.

Podemos perceber que 66,3% dos participantes não pensou em desistir de cuidar do paciente com demência, o que indica a perseverança dos familiares em cuidar do declínio das

funções cognitivas de seus familiares ou amigos, seja por altruísmo puro, seja por apego ao paciente. No entanto, 33,8% já pensou em desistir de cuidar, e isso pode ser explicado pela sobrecarga a qual estão submetidos os cuidadores, visto que muitos não tem um maior nível de resiliência para poder suportar tal situação.

as respostas

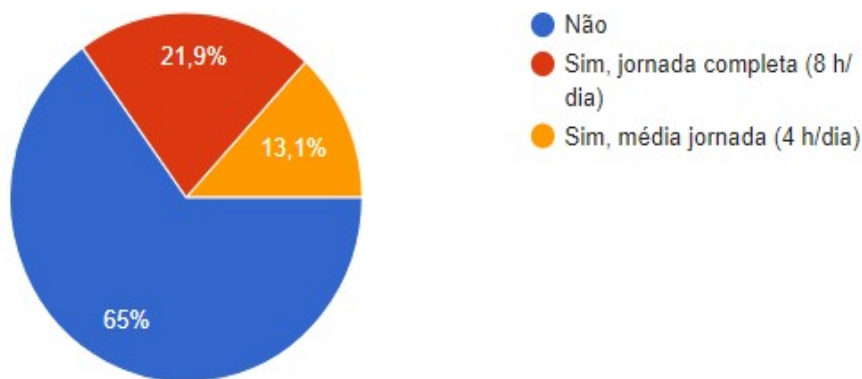


Gráfico 18 – Cuidador exerce trabalho remunerado. Dados da pesquisa (2018).

Observa-se que os pacientes acometidos por algum tipo de demência, passam a ter uma dependência completa de terceiros, havendo da família o papel essencial de cuidar de seus familiares doentes. Dessa maneira existe uma variação de como essa atividade passa a ser exercida se compararmos a condição financeira das famílias que tem um idoso com demência, pois a dependência e os cuidados de maneira sistemática, que ocorre por parte dos familiares, implicam na utilização de maiores quantidades de recursos financeiros e intelectuais para a realização de reabilitação, assistência domiciliar de profissionais da área da saúde e institucionalização em alguns casos; ao mesmo tempo em que limita a unidade familiar com relação a sua participação no mercado de trabalho, como foi evidenciado nesta pesquisa que 23,1% dos cuidadores largaram o emprego para cuidar do paciente.

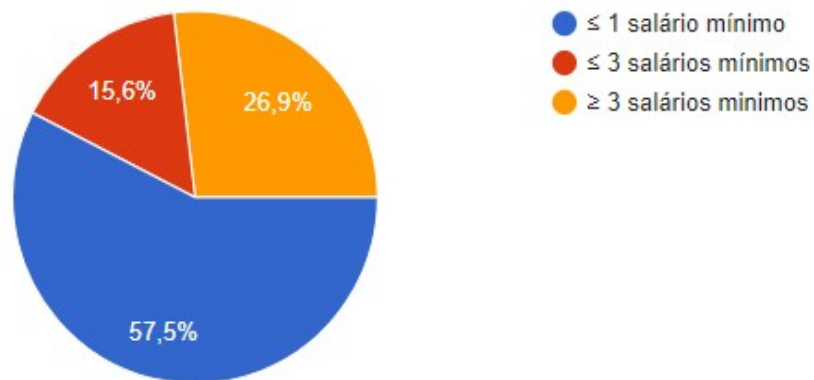


Gráfico 19 – Renda per capita dos cuidadores. Dados da pesquisa (2018).

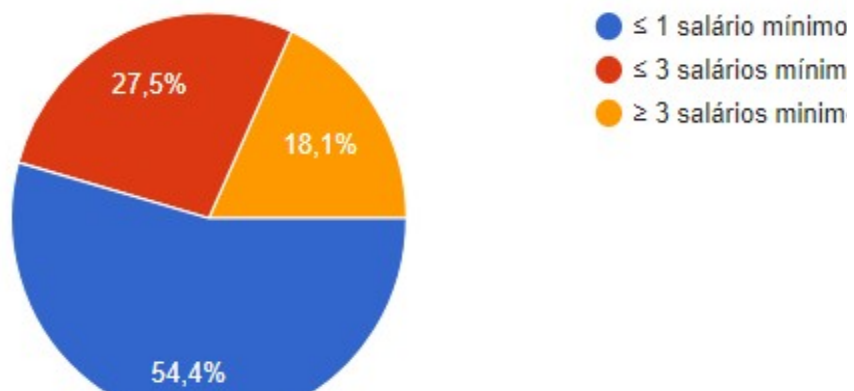


Gráfico 20 – Renda per capita dos pacientes. Dados da pesquisa (2018).

Desta maneira observa-se uma divisão onde as famílias que possuem condições financeiras privilegiadas contratam profissionais da saúde e com possibilidade de exercer a função de cuidador. Porém, as famílias com situação financeira menos privilegiada e com ambientes mais vulneráveis, descartam a possibilidade de realizar a contratação de um cuidador formal, e passam a encarregar algum familiar para exercer tal função (Lopes & Massinelli, 2013; Almeida, Jardim & Franco, 2014).

De acordo com Garrido & Menezes (2004), em um estudo pioneiro realizado em São Paulo, fatores como grau de parentesco do cuidador com o paciente sob seus cuidados, sintomas psiquiátricos desenvolvidos por este e tempo de exercício da função de cuidador informal estão fortemente associados ao impacto do cuidador no processo de cuidar do

indivíduo com demência. Outros fatores como depressão, má qualidade do sono, apoio e suporte social recebido, realização de atividades lazer e acesso aos serviços de saúde também foram constatados como implicados na qualidade de vida de cuidadores desses pacientes (Pereira & Soares, 2015).

de respostas

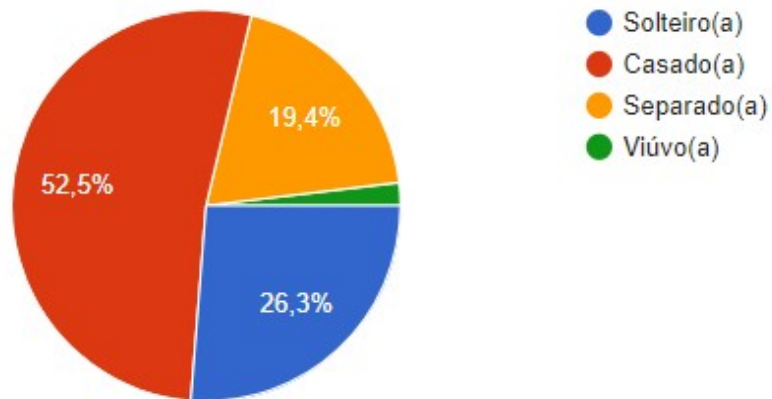


Gráfico 21 – Situação conjugal do cuidador. Dados da pesquisa (2018).

8.5 – Níveis aumentados de resiliência nos cuidadores melhoram a qualidade da assistência

A saúde do cuidador informal de pacientes com demência é afetada diante de suas atribuições, visto que estudos relatam níveis médios de ansiedade e elevadas pontuações em escores de sintomas depressivos, conforme relatam Santos & Gutierrez (2013).

de respostas

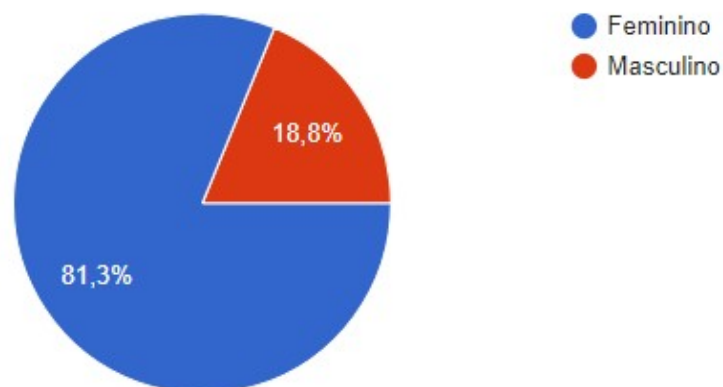


Gráfico 22 – Sexo dos pacientes. Dados da pesquisa (2018).

Tendo em vista toda a situação que ocorre tanto com a família quanto com o paciente, torna-se essencial o desenvolvimento de uma maior resiliência nos cuidadores, permitindo a superação por parte da família e do paciente. Não se trata de ter uma concepção de luta ou qualquer outro tipo de disputa contra a doença, e sim a aceitação da mesma e de as alterações que ocorrerão no decorrer do tempo, de modo a minimizar os efeitos de maneira conveniente e aceitar o que não pode ser mudado, permitindo desta maneira auxiliar o paciente apenas no que for necessário e no que sua condição física, mental, psicológica ou emocional não puder mais interagir. Esta ação tem por intuito buscar um progresso de melhora de algumas funções do paciente durante algum período da doença, atrasando sua inteira dependência do cuidador, permitindo um menor desgaste e impotência dos familiares, o menor gasto com recursos necessários com o paciente, tornando o paciente mais interativo por um maior período de tempo (Walsh, 2005).

O conceito de resiliência vem do fato de não construir uma superproteção ou barreiras existentes por parte de alguns, e sim a flexibilidade interna permitindo uma interação a partir da possibilidade que o paciente tem para a realização de algumas atividades cotidianas ou mesmo adaptando de acordo com suas limitações em contradição ao meio exterior onde reside, ou seja, é uma forma de adaptação a cada situação, manuseando as circunstâncias hostis do meio interno e externo presentes no decorrer do das relações humanas, possibilitando a independência parcial do paciente para algumas atividades por um período de tempo maior e uma dependência menor da família, ocasionando menor pressão e menor mal estar de maneira física, psicológica ou emocional nos familiares (Ralha-Simões, 2001).

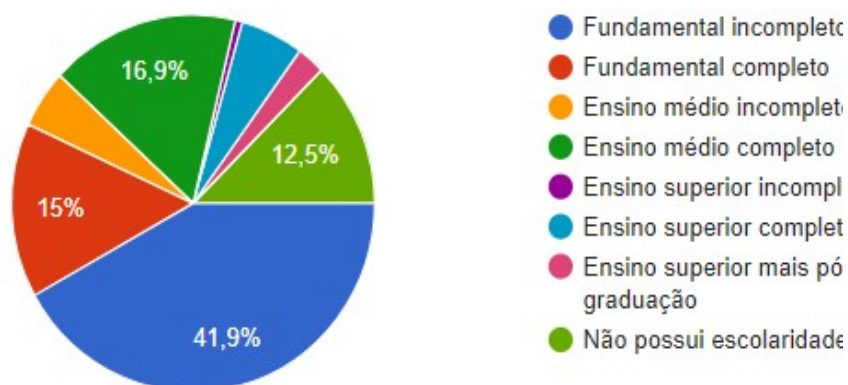


Gráfico 23 – Escolaridade dos pacientes. Dados da pesquisa. (2018).

Partindo desta ideia, o indivíduo atuando com resiliência, exercerá uma condição flexível, agindo com sabedoria e conhecimento de acordo com o desafio a ser enfrentado, possibilitando a passagem por situações consideradas conflituosas com maior êxito e adquirindo um maior volume de aprendizado de acordo com a dificuldade enfrentada. Analisando os níveis afetivos, estudos indicam que emoções positivas podem apresentar efeitos benéficos durante os períodos em que os indivíduos presentes na situação passam por situação de estresse, apontando que podem exercer uma ação a serviço do bem estar, não só da situação vivida momentaneamente, mas também de forma a evitar dificuldades quanto a futuras situações de estresse para todos que ali se fazem presentes (Ong, Bergeman & Boker, 2009).

1991 – 2009 (23,75%)
2010 – 2012 (25,625%)
2013 – 2014 (26,25%)

Tabela 4 – Ano do aparecimento dos primeiros sintomas dos pacientes.

1993 – 2010 (22,5%)
2011 – 2014 (32,5%)
2015 – 2016 (26,25%)

Tabela 5 – Ano em que a demência foi diagnosticada.

A partir da frequente e forte sobrecarga, passa a ser essencial que a sociedade como um todo e enfatizando os órgãos governamentais, venham a encontrar opções para auxiliar o cuidador informal, uma vez que exercem a função em tempo integral com os pacientes, modificando os objetivos que traçaram cuidadosamente durante suas vidas e com objetivo de realizar um dia, passando a deixar tais escolhas de lado para atender a necessidade dos pacientes. Uma possível alternativa para as famílias que passam pela situação de sobrecarga,

poderia ser o auxílio de sistemas de saúde e dos recursos presentes na comunidade (Diogo, Ceolim & Cintra, 2005).

Quanto à prática da Política Nacional de Saúde do Idoso em sumula, é necessário que exista uma capacitação quanto aos recursos humanos especializados para o cuidado ao idoso, juntamente com o desenvolvimento de programas que capacitem e auxiliem os cuidadores informais, passando o acesso a informações sobre as doenças que acometem os idosos, formas de auxiliar e cuidar do idoso de acordo com o grau de necessidade do mesmo, a disposição e capacitação para interagir com o idoso, entre outras ações relacionadas à interação cotidiana exercida na relação cuidador-cuidado (Diogo, Ceolim & Cintra, 2005).

De acordo com o gráfico abaixo é possível perceber que 51,9% das demências foram diagnosticadas por neurologistas, 29,4% por geriatras e 12,5% por psiquiatras. Isso reforça a característica peculiar das doenças neurodegenerativas serem tratadas preponderantemente no nível secundário e até terciário de atenção à saúde.

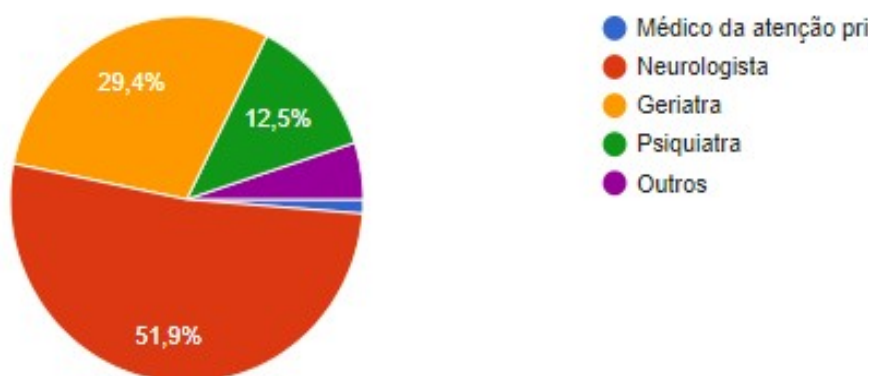


Gráfico 24 – Profissionais que diagnosticaram a demência. Dados da pesquisa (2018).

Durante o decorrer da atividade do cuidador, os resultados de observações permitem desvendar e clarear a existência de problemas existentes, permitindo se for o caso uma realização assistencial aos cuidadores por meio de programas de apoio existentes, que permitem o atendimento domiciliar, cuidador substituto para diminuição das negatividades presentes para o cuidador, orientação das melhores maneiras de realizar ações e cuidados para

a pessoa com demência e se houver necessidade, encaminhar para profissionais da área da saúde que possam analisar toda a situação, os problemas, os possíveis tratamentos, entre outras atividades voltadas aos cuidados (Brasil, 1998).

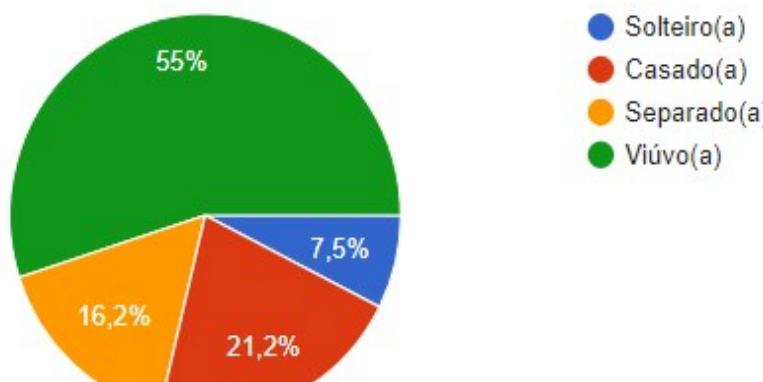


Gráfico 25 – Situação conjugal dos pacientes. Dados da pesquisa (2018).

Porém há a existência do caso contrário em que não se faz presente a assistência governamental, por ínfimos motivos, como por exemplo, a indisponibilidade de algum serviço público, a falta de interligação e comunicação com muitos cuidadores, o que acaba por sobrecarregar a pessoa do âmbito familiar que se torna responsável pelos cuidados com o doente e acaba sem apoio para exercer os cuidados para com o idoso, às vezes até por ser de uma família de poucos indivíduos ou mesmo que acabam se afastando da comunidade após o diagnóstico da doença ou de seu avanço quanto à dependência do idoso para os que ali convivem com o mesmo.

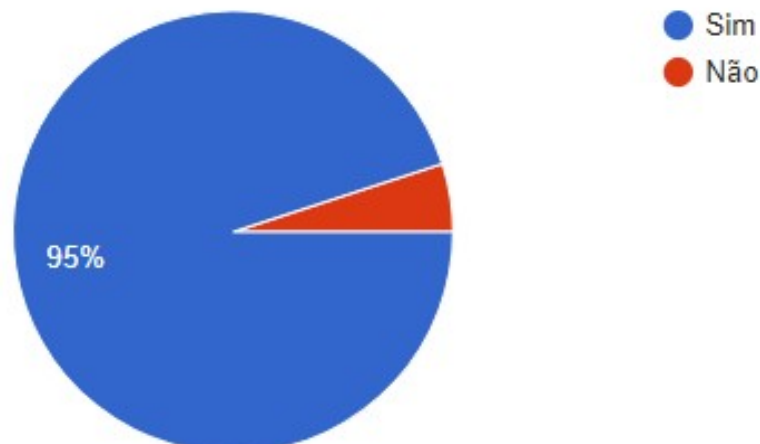


Gráfico 26 – A maioria dos pacientes tem filhos. Dados da pesquisa (2018).

Nestes casos, o cuidador informal devido às dificuldades encontradas e as necessidades e dependências do paciente, passa a não receber auxílio de alguma forma e pensa na possibilidade da institucionalização como a melhor saída para o cuidador, uma vez que não encontra alternativa de auxílio para suas atividades dentro da residência onde se encontra. A cultura existente valoriza o cuidado dos idosos conforme o seu elevado nível de idade, uma vez que se esta tradição é quebrada, aparece um sentimento de culpa devido ao abandono e um preconceito existente devido ao receio de a instituição não cuidar do idoso melhor ou igual ao familiar que assume o papel de cuidador informal (Lopes & Massinelli, 2013).

8.6 - Algumas soluções

A atenção primária a saúde é capaz de resolver mais de 80% dos problemas de saúde de uma população. Nesse sentido, no território adstrito, as estratégias de saúde da família devem intensificar esforços para a promoção da saúde de cuidadores informais de pessoas com demência por meio de várias estratégias.

O empoderamento dos cuidadores no que diz respeito ao manejo adequado do paciente, seja em relação às medicações, higienização, mudanças de decúbito, orientações alimentares, entre outras informações, devem ser construídas ações para os cuidadores, junto com prescrições da equipe multidisciplinar responsável pela assistência.

A construção de grupos de apoio na comunidade com reuniões periodicamente frequentadas pelos cuidadores para debater os problemas envolvidos no ato de cuidar, junto com elaboração de líderes comunitários que possam estar criando soluções para as dificuldades enfrentadas na assistência ao familiar da pessoa com demência também é uma estratégia essencial, visto que ao se trabalhar coletivamente, por meio de rodas de conversas, as soluções podem aparecer de maneira mais clara para essa população específica.

A existência de momentos de relaxamento, como praticar esportes, atividades de lazer, realizar exercícios de respiração em momentos estressantes e até mesmo o ato de ouvir músicas associados com momentos de meditação e yoga, permitem a desconcentração dos problemas do cotidiano do cuidador, permitindo um momento de envolvimento e interação, proporcionando melhoria da qualidade de vida tanto para o cuidador, quanto uma melhora para a assistência prestada, dessa forma trazendo ao convívio, momentos de diversão e alegria que permitem descarregar o cansaço e tristeza que atormentam o cuidador e auxiliam o doente que está ligado sentimentalmente ao seu cuidador.

9. CONCLUSÃO

A atividade de cuidar de pessoas com demência, especialmente nos casos daqueles que apresentam altos níveis de dependência do cuidador, não é tarefa considerada fácil, havendo comumente o fato de recair sobre os próprios familiares que apresentam uma relação mais próxima com o doente, que por sua vez ao serem denominados para a atividade, acabam se tornando sobrecarregados, comparado aos demais parentes.

O fato de os cuidadores se voltarem com tamanho esforço para o cuidado da pessoa com demência faz com que eles esqueçam ou deixem em segundo plano os cuidados consigo mesmos, passando a não praticar atividades físicas ou mesmo algo voltado a convivência social, como atividades de lazer, fator esse que interage diretamente prejudicando a saúde física e psicológica do cuidador.

Portanto para poder permitir uma melhor disposição e diminuição do estresse psicológico e físico dos cuidadores informais de pessoas com demência e do quadro de doenças adquiridas pelo cuidador, há a necessidade de aumentar a resiliência e auxiliar os cuidadores por meio de estratégias de saúde, tais como a divisão de tarefas, diminuindo o desgaste físico e emocional do cuidador que trata diretamente da pessoa com demência, que por si só já é uma tarefa desgastante e cansativa, com uma permanência continua com o doente.

A intensificação das ações da atenção primária à saúde podem ajudar o cuidador a focar suas energias e atenção para o seu autocuidado, melhorando a sua saúde física e psicológica, bem como a qualidade da assistência prestada ao paciente.

10. REFERÊNCIAS

- Ablett, A., Jones, G., & Muers, J. (2009). Living with dementia: a systematic review of the influence of relationship factors. *Aging & Mental Health*, 13(4), 497-511, 15p.
- Aires, M. M. (2008). *Fisiologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Almeida, L. G. R. S., Jardim, M. G. & Franco, E. C. D. (2014). O cuidar do idoso com Alzheimer: sentimentos e experiências vivenciados por seus cuidadores. *Revista de Enfermagem da Ufsm*, (4)2, 303-312. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769210023>.
- Alzheimer Society of Canada. (2011). Dementia numbers in Canada. Disponível em: <http://www.alzheimer.ca/en/About-dementia/Dementias/What-is-dementia/Facts-about-dementia>. Acesso em: 20 mar 2018
- Alzheimer's Association Report. Alzheimer's disease facts and figures. (2012). Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association, 8(2), 131-168.
- Amendola, F., Oliveira, M. C., Alvarenga, M. M. (2008). Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (2), 266-272.
- Andrade, A. M. E. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia [versão on-line]. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34 (3).
- Aschbacher, K., O'Donovan, A., Wolkowitz, O. M., Dhabhar, F. S., Su, Y., & Epel, E. (2013). Good Stress, Bad Stress and Oxidative Stress: Insights from Anticipatory Cortisol Reactivity. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1698–1708. doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.02.004
- Barbosa, P. Z., Rocha-Coutinho, M. (2012). Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. *Psicologia & Sociedade*, 24 (3), 577-587. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326585010>> Acesso em: 20 mar 2018
- Barros, Mauro V G de, & Nahas, Markus V. (2001). Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Revista de Saúde Pública*, 35(6), 554-563. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102001000600009>
- Berner, R., & Levy, M. (2009). *Fisiologia*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Betts Adams, K., McClendon, M. J., & Smyth, K. A. (2008). Personal losses and relationship quality in dementia caregiving. *Dementia*, (3), 301.
- Bianchi, E. R. F. (2009). Bianchi Stress Questionnaire. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 16 (43), 1055-62. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/en_a09v43ns.pdf. Acesso em 15 de maio de 2015.
- Biasoli-Alves, Z. M. M. (2000). Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, 16(3), 233-239.

- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado E. A. P., & Silva, W. S. (2002). A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1).
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, J. R. C. & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355-63.
- Brasil, Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos (1998). Programa Nacional de Direitos Humanos. *Política Nacional do Idoso*. Brasília.
- Braun, M., Scholz, U., Bailey, B., Perren, S., Hornung, R., & Martin, M. (2009). Dementia caregiving in spousal relationships: A dyadic perspective. *Aging & Mental Health*, 13(3), 426-436.
- Brodaty, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(2), 217–228.
- Brummett, B. H., Boyle, S. H., Siegler, I. C., Kuhn, C. M., Surwit, R. S., Garrett, M. E., ... Williams, R. B. (2008). HPA axis function in male caregivers: effect of the monoamine oxidase-A gene promoter (MAOA-uVNTR). *Biological Psychology*, 79(2), 250–255. <http://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2008.06.004>
- Bursch, H.; Butcher, H. (2012). Caregivers' Deepest Feelings in Living with Alzheimer's Disease A Ricoeurian Interpretation of Family Caregivers' Journals. *Research In Gerontological Nursing*, 5(3), 207-215
- Camarano, A. A. (2002). *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Rio de Janeiro: IPEA.
- Censo Demográfico (2012). Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. *Rio de Janeiro: IBGE*, Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf. Acesso em: mar. 2018.
- Centre For Studies on Human Stress. (2007). How to measure stress in humans? *Fernand-Seguin Research Centre of Louis-H. Lafontaine Hospital*, Quebec, Canada.
- Clark, M. S., Bond, M. J., & Hecker, J. R. (2007). Environmental stress, psychological stress and allostatic load. *Psychology, Health and Medicine*, 12(1), 18-30. doi:10.1080/13548500500429338
- Cohen, S., Janick-Deverts, D., Miller, G.E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*. 298, 1685-1687.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76–82.

- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em:
http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html. Acesso em 13 set. 2016.
- Corrêa, M.S., Vedovellia, K., Giacobboa, B.L., Souzaa, C.E.B., Ferrarid, P., Lima, I.I., Walzd, J.C., Kapczinskid, F., & Bromberga, E. (2015). Psychophysiological correlates of cognitive deficits in family caregivers of patients with Alzheimer Disease. *Neuroscience*, 286 (12), 371–382. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroscience.2014.11.052>
- CSHA. (2002). Study Results. Disponível em: http://csa.ca/r_study_results.asp. Acesso em: 20 mar 2018.
- Cunha, T. R. A., & Alves, A. E. S. (2014). Educação e violência nas relações de gênero: reflexos na família, no casamento e na mulher. *Em aberto Brasília*, 27(92), 69-88. Disponível em: <<http://emaberto.inep.gov.br/index.php/emaberto/issue/view/262>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- Dubar, C. (2005). A socialização: construção das identidades sociais e profissionais (A. S. M. Silva, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Dullius, W.R., & Migott, A.M.B. (2016). A Qualidade do Relacionamento do Familiar Cuidador com o Familiar Portador de Demência: Revisão Integrativa. *Revista de Psicologia da Imed*, 8(2), 156-171. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/1320/1037>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- Epel, E. S., Lin, J., Dhabhar, F. S., Wolkowitz, O. M., Puterman, E., Karan, L., & Blackburn, E. H. (2010). Dynamics of telomerase activity in response to acute psychological stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 24(4), 531–539. <http://doi.org/10.1016/j.bbi.2009.11.018>
- Essink-Bot, M.-L., Pereira, J., Packer, C., Schwarzingler, M., & Burstrom, K. (2002). Cross-national comparability of burden of disease estimates: the European Disability Weights Project. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(8), 644–652.
- Falcão, D. V. S., & Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2009). Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. *Psicologia em Estudo*, 14 (4), 777-786.
- Fernández-Calvo, B., Castillo, I. C., Campos, F. R., Carvalho, V. M. de L. e, Silva, J. C. da, Torro-Alves, N., ... Torro-Alves, N. (2016). Resilience in caregivers of persons with Alzheimer’s disease: A human condition to overcome caregiver vulnerability. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 21(2), 125–133. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160013>.
- Fischer, I. R. (2006). *O protagonismo da mulher rural no contexto da dominação*. Recife: Massangan.

- Follador, K. J. (2009). A mulher na visão do patriarcado brasileiro: uma herança ocidental Kellen. *Fato & versões*, 1(2), 3-16, 2009. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/157706937/a-mulher-na-visao-do-patriarcado-brasileiro>>. Acesso em: 22 mar. 2018.
- Gaioli, C. C. L.O., & Furegato, A. R. F. (2010). Cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: variáveis sociodemográficas e da saúde associadas à resiliência. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem Psiquiátrica, *Universidade de São Paulo*, Ribeirão Preto.
- Gallagher-Thompson, D., Shurgot, G. R., Rider, K., Gray, H. L., McKibbin, C. L., Kraemer, H. C., . . . Thompson, L. W. (2006). Ethnicity, stress, and cortisol function in hispanic and non-hispanic white women: A preliminary study of family dementia caregivers and noncaregivers. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(4), 334-342. doi:10.1097/01.JGP.0000206485.73618.87
- Garces, S. B., Krug, M. R., & Hansen, D., Brunelli, A. V., Costa, F. L., Rosa, C. B., Bianchi, P. D, Mattos, C. M. Z., & Seibel, R. (2012). Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15 (2), 335-352. Disponível em: : <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838796016>> Acesso em: 20 mar. 2018.
- Garces, Solange Beatriz Billig, Krug, Marília de Rosso, Hansen, Dinara, Brunelli, Angela Vieira, Costa, Fátima Terezinha Lopes da, Rosa, Carolina Boettge, Bianchi, Patrícia Dall Agnol, Mattos, Carine Magalhães Zanchi de, & Seibel, Raquel. (2012). Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(2), 335-352. <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000200016>
- Garrido, R., & Menezes, P. R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev Saúde Pública*, 38 (6), 835-41.
- Gavrilov, L. A., Heuveline, P. Aging of population. (2003) In: Demeny P, McNicoll G, editors. *The Encyclopedia of Population*. New York, NY, USA: Macmillan.
- Gibbons, C., Creese, J., Tran, M., Brazil, K., Chambers, L., Weaver, B., & Bedard, M. (2014). The psychological and health consequences of caring for a spouse with dementia: a critical comparison of husbands and wives. *Journal Of Women & Aging*, (1), 3.
- Giddens, A. (2002). Modernidade e identidade (P. Dentzien, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1999).
- Goldenberg, M. (2001). Sobre a invenção do casal. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 1(1), 89-104.
- Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*. 58, 145-73. doi:org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605

- Guyton, Arthur C., & Hall, John E. (2011). *Tratado de Fisiologia Médica*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Heaney JJJ, Phillips AC, Carroll D. (2010). Envelhecimento, depressão, ansiedade, apoio social e o ritmo e despertar resposta diurna do cortisol salivar. *International Journal of Psicofisiologia*, 78 , 201-208. 10.1016 / j.ijpsycho.2010.07.009
- Hellhammer, D.H., Wust, S., & Kudielka, B.M. (2009). Salivary cortisol as a biomarker in stress research. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 163-171.
doi:org/10.1016/j.psyneuen.2008.10.026
- Hui, S. A., Elliott, T. R., Martin, R., & Uswatte, G. (2011). Family caregivers' attributions about care-recipient behaviour: Does caregiver relationship satisfaction mediate the attribution-distress relationship? *British Journal Of Health Psychology*, 16(3), 642-659.
- Iecovich, E. (2011). Quality of relationships between care recipients and their primary caregivers and its effect on caregivers' burden and satisfaction in Israel. *Journal Of Gerontological Social Work*, 54(6), 570-591 22p.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2009). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv42597.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2018.
- Isma. (2013). International Stress Management Association. *Stress Questionnaire*. UK.
Disponível em: <http://www.isma.org.uk/wp-content/uploads/2013/08/Stress-Questionnaire.pdf>. Acesso em 25 de maio de 2015.
- Jacy, A. L. Effects of perceived stress and coping on the psychological responses to acute stress in informal caregivers of people with dementia. (2010). Dissertação. Alliant International University, San Francisco Bay, United States, California.
- Kurina LM, Schneider B., Waite LJ (2004). O stress, sintomas de depressão e ansiedade, e os padrões de cortisol no país trabalhadores . *Stress e Saúde* , 20 , 53-63. 10.1002 / smi.998
- Leggett, A. N., Zarit, S. H., Kim, K., Almeida, D. M., & Klein, L. C. (2015). Depressive Mood, Anger, and Daily Cortisol of Caregivers on High- and Low-Stress Days. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(6), 820–829. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbu070>
- Lopes, S. R. A., & Massinelli, C. J. (2013). Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. *Aletheia*, (40), 134-145. Disponível em:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115028988012>> Acesso em: 20 mar. 2018.
- Louro, G. L. (1997). Mulheres na sala de aula. In: *PRIORI*, Mary del (Org.). História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto, 1997b. p. 443-481.
- Lupien, S. J., Maheu, F., Tu, M., Fiocco, A., & Schramek, T. E. (2007). The effects of stress and stress hormones on human cognition: Implications for the old of brain and cognition. *Brain and Cognition*, 65, 209–237. doi:org/10.1016/j.bandc.2007.02.007

- Machado, P. M. (2000). *Neuroanatomia funcional*. São Paulo: Atheneu.
- Malagris, L. E. N., & Fiorito, A. C. C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estud. psicol. (Campinas)*, 23 (4), 391-398. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2006000400007&lng=en &nrm=iso. Acesso em 20 de maio de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000400007>.
- Manzini, Carlene Souza Silva, Brigola, Allan Gustavo, Pavarini, Sofia Cristina Iost, & Vale, Francisco Assis Carvalho. (2016). Fatores associados à resiliência de cuidador familiar de pessoa com demência: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(4), 703-714. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150117>
- Massi, M. (1992). *Vida de mulheres: cotidiano e imaginário*. Rio de Janeiro: Imago.
- McConaghy, R., & Caltabiano, M. (2005). Caring for a person with dementia: exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nursing & Health Sciences*, 7(2), 81-91 11p.
- Merritt, M. M., & McCallum, T. J. (2013). Too much of a good thing?: Positive religious coping predicts worse diurnal salivary cortisol patterns for overwhelmed African-American female dementia family caregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 21(1), 10.1016/j.jagp.2012.10.006. <http://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.006>
- Metzenthin, P., Helfricht S., Loerbroks, A., Terris, D., Haug, H.J., Subramanian, S.V., et al. (2009). A one-item subjective work stress assessment tool is associated with cortisol secretion levels in critical care nurses. *Prev Med.* 48 (5), 462-6.
- Nakatani, A. Y. K., Souto, C. C. S., Paulette, L. M., Melo, T. S., & Souza, M. M. (2003). Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5(1), 15 – 20. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>. Acesso em: 20 mar. 2018
- Neri, M., Bonati, P. A., Pinelli, M., Borella, P., Tolve, I., & Nigro, N. (2007). Biological, psychological and clinical markers of caregiver's stress in impaired elderly with dementia and age-related disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(SUPPL.), 289-294. doi:10.1016/j.archger.2007.01.038
- Neves, S. V. R., & Afonso, R. M. L. B. M. (2012). Estudo Qualitativo sobre Cuidadores Informais de Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer. 2012. 67 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia Clínica e da Saúde, *Universidade da Beira Interior*, Covilhã, 2012. Disponível em: <[https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2666/1/Dissertação Sara Vanessa Raimundo Neves.pdf](https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2666/1/Dissertação%20Sara%20Vanessa%20Raimundo%20Neves.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

- Oken, B. S., Fonareva, I., & Wahbeh, H. (2011). Stress-related cognitive dysfunction in dementia caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 24(4), 191–198.
<http://doi.org/10.1177/0891988711422524>
- Oken, B. S., Fonareva, I., Haas, M., Wahbeh, H., Lane, J. B., Zajdel, D., & Amen, A. (2010). Pilot controlled trial of mindfulness meditation and education for dementia caregivers. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(10), 1031-1038.
doi:10.1089/acm.2009.0733
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Boker, S. M. (2009). Resilience Comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *Journal of Personality*, 77(6), 1777–1804.
- Paula, J. A., Roque, F. P., & Araújo F. S. (2008). Qualidade de vida em cuidadores de idosos Paulino, F. G., Duarte, D. T., Schwartz, D., Barthlomeu, H. & Degaki, N. (2009). Manejo de sintomas de demência: estratégias e participação dos cuidadores no processo de estimulação cognitiva [Resumo]. (Org.), Anais do III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, S.P, Brasil.
- Pereira, L. S. M., & Soares, S. M. (2015). Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciênc. saúde colet.* 20 (12).
- Petrini, J. C. (2005). Mudanças sociais e familiares na atualidade: reflexões à luz da história social e da sociologia. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 8, 20-37.
- Prince, Martin et al. (2013). The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association*, (9), 1, 63 - 75. doi: 10.1016/j.jalz.2012.11.007.
- Ralha-Simões, H. (2001). Resiliência e desenvolvimento pessoal. Em J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp.95-114). São Paulo: Cortez.
- Ramos, L. R., Rosa, T. E. C., Oliveira, Z. M., Medina, M. C. G., & Santos, F. R. G. (1993). Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*, 27(2), 87-94.
- Rocha, M. C. P., et al. (2013). Estresse em enfermeiros: o uso do cortisol salivar no dia de trabalho e de folga. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, 47 (5), 1187-1194. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000501187&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 de maio de 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000500025>.
- Rossor, M. N., Fox, N. C., Mummery, C. J., Schott, J. M., & Warren, J. D. (2010). The diagnosis of young-onset dementia. *Lancet Neurology*, 9(8), 793–806.
[http://doi.org/10.1016/S1474-4422\(10\)70159-9](http://doi.org/10.1016/S1474-4422(10)70159-9)
- Santos, C. F., & Gutierrez, B. (2013). Avaliação Da Qualidade De Vida De Cuidadores Informais De Idosos Portadores Da Doença De Alzheimer. *Rev Min Enferm*, 17 (4), 792-798.

- Santos, G. E. O. (2018). Cálculo amostral: calculadora on-line. Disponível em:
<<http://www.calculoamostral.vai.la>>
- Santos, R. J., et al. (2011). Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. *Rev Psiq Clin*, 38 (4), 161-7.
- Sayeg, N. (2017). *Alzheimer*. Informação e solidariedade. Link:
<http://www.alzheimermed.com.br/perguntas-e-respostas/quantas-pessoas-sofrem-de-doenca-de-alzheimer-no-mundo-e-no-brasil>
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *The American Journal of Nursing*, 108(9 Suppl), 23–27.
<http://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
- Scott, K. R., & Barrett, A. M. (2007). Dementia syndromes: evaluation and treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7(4), 407–422. <http://doi.org/10.1586/14737175.7.4.407>
- Silva, J. F. C. (2010). Estresse ocupacional e suas principais causas e consequências. Monografia - *Universidade Cândido Mendes. Instituto a vez do mestre*.
- Storandt, M. (2008). Cognitive Deficits in the Early Stages of Alzheimer’s Disease. *Current Directions in Psychological Science*, (3). 198.
- Tomiya, A. J., O’Donovan, A., Lin, J., Puterman, E., Lazaro, A., Chan, J., ... Epel, E. (2012). Does cellular aging relate to patterns of allostasis? An examination of basal and stress reactive HPA axis activity and telomere length. *Physiology & Behavior*, 106(1), 40–45. <http://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.11.016>
- Touhy, T. A. (2012). *Ebersole and Hess’ gerontological nursing & healthy aging*. Toronto: Elsevier, 2012.
- Vasconcelos, T. M. P. (2005). A perspectiva de gênero redimensionando a disciplina histórica. *Revista Ártemis*, n. 03, dez., 2005. Disponível em:
<<http://www.prodema.ufpb.br/revistaartemis>>. Acesso em: 22 de março de 2018.
- Vasconcelos, V. N. P. (2005). Visões sobre as mulheres na sociedade Ocidental. *Revista Ártemis*, (3). Disponível em: <<http://www.prodema.ufpb.br/revistaartemis>>. Acesso em: 22 mar. de 2018.
- Vedhara, Kav et al. (1999). Chronic stress in elderly carers of dementia patients and antibody response to influenza vaccination. *The Lancet*, 353 (9153), 627 – 631.
- Vitaliano, P. P., Murphy, M., Young, H. M., Echeverria, D., & Borson, S. (2011). Does caring for a spouse with dementia promote cognitive decline? A hypothesis and proposed mechanisms. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(5), 900-908.
doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03368.x
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a Resiliência Familiar*. São Paulo: Roca.
- Warren, J. D., Rohrer, J. D., & Rossor, M. N. (2013). Frontotemporal dementia. *The BMJ*, 347, f4827. <http://doi.org/10.1136/bmj.f4827>

- Williams, C. (2011). Marriage and Mental Health: When a Spouse Has Alzheimer's Disease. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 25, 220-222.
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361 -370.