

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CARLENE SOUZA SILVA MANZINI

**RESILIÊNCIA EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM DOENÇA DE
ALZHEIMER**

São Carlos

2015

CARLENE SOUZA SILVA MANZINI

**RESILIÊNCIA EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM DOENÇA DE
ALZHEIMER**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Apoio financeiro: CAPES.

Orientação: Prof. Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale.

São Carlos

2015

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

M296rc

Manzini, Carlene Souza Silva.

Resiliência em cuidadores familiares de idosos com
doença de Alzheimer / Carlene Souza Silva Manzini. -- São
Carlos : UFSCar, 2015.

115 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2015.

1. Enfermagem geriátrica. 2. Resiliência (Traço de
personalidade). 3. Alzheimer, Doença de. 4. Cuidadores. 5.
Demência. 6. Família. I. Título.

CDD: 610.7365 (20^a)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Carlene Souza Silva Manzini, realizada em 27/02/2015:

Prof. Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale
UFSCar

Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini
UFSCar

Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues
USP

DEDICATÓRIA

*A quem comigo viveu todas as fases dessa dissertação.
Foi paciente, amigo, soube esperar sua hora nos piores momentos, ouviu muitos “nãos”.
A quem soube conciliar minha falta de tempo com sua vontade imensa de brincar, de ganhar
atenção.
Dedico este trabalho ao meu filho Vinícius, razão da minha vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, alicerce da minha existência. Obrigada pela proteção de cada dia e pelas dádivas recebidas!

Aos meus pais Lourdes e Luiz, pela vida, pelas lições e por tudo que sou.

Ao meu esposo Ronaldo, obrigada pelo amor, a atenção e apoio constante em todos os sentidos. Você me faz crescer, me faz feliz.

Ao meu orientador Prof. Dr. Francisco, obrigada pelo apoio, pela confiança que depositou em mim, pela paciência, pelas broncas, pela partilha do saber e valiosas contribuições para o trabalho.

Às amigas de mestrado Chris Tibes, Jéssica e Alcione, obrigada pelo apoio e por estarem sempre presentes, dividindo as alegrias e anseios dessa caminhada.

Aos amigos Ana Carolina, Allan e Gabriel, com quem aprendi bastante nesses dois anos de convívio, obrigada pelo companheirismo e amizade.

Ao meu grupo: Dani, Estela e Mari, obrigada pelo convívio, pelos momentos de apoio, amizade e descontração compartilhados. Amo vocês! Contem sempre comigo!

Agradecimento especial às professoras Aline Gratão, Lúcia Ap. Ferreira, Priscilla Hortense e Sonia Regina Zerbetto, obrigada pelo incentivo!

Aos alunos internos do curso de medicina, por compartilharmos mais que espaços físicos no ambulatório. Obrigada pela torcida e pelos esforços empreendidos na sincronia entre suas consultas e minhas entrevistas. Em especial às monitoras Paulinha Tieme, Cristina e Carina. Vocês são fantásticas.

Obrigada à minha maravilhosa amiga Rosemeire Zambini, por tudo!

Aos participantes da pesquisa, que contribuíram não só para a realização desse trabalho como também para meu crescimento pessoal e profissional.

Às professoras que aceitaram fazer parte da banca, Rosalina R. Partezani e Sofia Cristina I. Pavarini, muito obrigada pelas grandiosas contribuições!

A CAPES agradeço a bolsa de estudos que viabilizou a conclusão deste trabalho.

O tempo que cura, é o mesmo que passa
deixando na alma as marcas do ser.

O tempo que cuida é o mesmo que voa
levando pra frente questões do viver.

O tempo que era pra ser tão sabido
e levar consigo o medo e a dor,
porém, num segundo ele para e decide
quem sofre, quem vive, quem morre de amor!

Autoria própria.

RESUMO

Introdução: Resiliência é a capacidade de indivíduos ou grupos de superarem adversidades sem apresentarem transtornos físicos ou mentais, ou até mesmo tornarem-se melhores frente a condições desfavoráveis. É vista como sendo essencial para a obtenção de uma vida saudável. **Objetivos:** avaliar fatores associados à resiliência em cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer. **Método:** Trata-se de estudo de corte transversal, descritivo, comparativo, correlacional de caráter quantitativo. Foram entrevistados 66 cuidadores familiares de idosos com diagnóstico de doença de Alzheimer (DA), acompanhados em um ambulatório de ensino em uma universidade pública. O grupo foi dividido em três subgrupos de cuidadores: DA leve, moderada e avançada. Como grupo comparativo, foram entrevistados 30 cuidadores familiares de pessoas com diabetes, grupo DM, acompanhados em unidade de atenção primária no município de São Carlos. **Resultados:** a maioria dos cuidadores dos dois grupos eram mulheres, esposas ou filhas, com média de idade de 56 anos (DA), e 53 anos (DM). Quanto à escolaridade, o grupo DA atingiu média de 8,0 anos e o grupo DM obteve média de 5,3 anos de estudo. A maioria dos cuidadores de todos os grupos/subgrupos apresentou níveis moderados de resiliência. As análises de regressão linear múltipla mostraram que alguns fatores contribuem para o aumento de resiliência no grupo DA, sendo estes: sobrecarga, número de dias dedicados ao cuidado, grau de parentesco cônjuge, boa auto percepção de saúde física e a prática de outras atividades. Quanto ao grupo DM, as variáveis significativas foram apenas depressão e idade. Outros fatores foram relacionados à resiliência, tais como estresse, sobrecarga e outras variáveis. Cuidadores de idosos com DA apresentaram maiores níveis de ansiedade, estresse, sobrecarga e depressão comparados a cuidadores de pessoas com diabetes. **Conclusões:** cuidar de familiares com doenças crônicas, neurodegenerativas ou não, gera ansiedade, estresse, depressão e sobrecarga. Essas variáveis encontram-se mais acentuadas em cuidadores de idosos com DA.

Palavras-chave: Resiliência Psicológica. Doença de Alzheimer. Cuidadores. Demência. Família. Enfermagem Geriátrica e Gerontológica.

ABSTRACT

Introduction: Resilience is the ability of individuals or groups to overcome adversity without presenting physical or mental disorders, or even become better against unfavorable conditions. It is seen as being essential to obtain a healthier lifestyle. **Objectives:** evaluate factors associated to resilience in family caregivers of elderly with Alzheimer's disease. **Method:** This is a cross-sectional study, descriptive, comparative, correlational quantitative character. Were interviewed 66 family caregivers of elderly with Alzheimer's disease (AD), followed in a teaching clinic at a public university. The group was divided into three subgroups of caregivers: DA mild, moderate and advanced. As a control group, were interviewed 30 family caregivers of people with diabetes, DM group, followed in a primary care unit in São Carlos. **Results:** The majority of caregivers in both groups were women, wives or daughters, with an average age of 56 years (AD) and 53 years (DM). In terms of schooling, the DA group reached an average of 8.0 years and the DM group had an average of 5.3 years of schooling. Most caregivers of all groups / subgroups showed moderate levels of resilience. Multiple linear regression analysis showed that some factors contribute to the increase of resilience in the AD group, namely: overhead, number of days devoted to the care, parentage spouse degree, good self perception of physical health and the practice of other activities. As for the DM group, the significant variables were only depression and age. Other factors were related to resilience, such as stress, overload and other variables. Caregivers of elderly patients with AD presented higher levels of anxiety, stress, overload and depression compared to caregivers of people with diabetes. **Conclusions:** caring relatives with chronic diseases, neurodegenerative or not, creates anxiety, stress, depression and overload. These variables are more pronounced in caregivers of elderly patients with AD.

Keywords: Psychological Resilience. Alzheimer's disease. Caregivers. Dementia. Family. Nursing Geriatric and Gerontology.

RESUMEN

Introducción: Resiliencia es la capacidad de individuos o grupos de superaren adversidades sin presentaren trastornos físicos o mentales, o incluso convertirse en personas mejores frente a las situaciones desfavorables. Visto como esencial para la obtención de una vida saludable. **Objetivos:** evaluar factores asociados a la resiliencia en cuidador familiar de mayores con enfermedad de Alzheimer. **Método:** Se trata de un estudio de corte transversal, descriptivo, comparativo, correlacionado de carácter cuantitativo. Se entrevistaron 66 cuidadores familiares de mayores con diagnostico de enfermedad de Alzheimer (EA), acompañados en un ambulatorio de enseñanza en una universidad pública. Se dividió el grupo en tres subgrupos de cuidadores: EA leve, moderada y avanzada. Como grupo comparativo, se entrevistó 30 cuidadores familiares de personas con diabetes, grupo DM, acompañado en unidades de atención primaria en el municipio de São Carlos. **Resultados:** la mayoría de los cuidadores de los dos grupos eran mujeres, esposas, hijas, edad media de 56 años (EA), y 53 años (DM). Cuanto a la escolaridad, el grupo EA alcanzó la media de 8,0 años y el grupo DM alcanzó la media de 5,3 años de estudio. La mayoría de los cuidadores de todos los grupos/subgrupos presentó niveles moderados de resiliencia. Los análisis de regresión lineal múltiple mostraron que algunos factores contribuyen para el aumento de resiliencia en el grupo EA, son estos: sobrecarga, número de días dedicados al cuidado, grado de parentesco cónyuge, buena auto percepción de la salud física y la práctica de otras actividades. Otros factores fueron relacionados a la resiliencia, tales como estrese, sobrecarga y otras variables. Cuidadores de mayores con EA presentan niveles superiores de ansiedad, estrese, sobrecarga y depresión comparados a cuidadores de personas con diabetes. **Conclusión:** cuidar de familiares con enfermedades crónicas, neurodegenerativas o no, genera ansiedad, estrese, depresión y sobrecarga. Esas variables aumentan en cuidadores de mayores con EA.

Palabras-clave: Resiliencia Psicológica. Enfermedad de Alzheimer. Cuidadores. Demencia. Familia. Enfermería Geriátrica y Gerontológica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA - Associação Brasileira de Anunciantes
ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ANEU - Ambulatório de Neurologia da UFSCar
APA - *American Psychiatric Association*
AVDs - Atividades de Vida Diária
BAI - Inventário de Ansiedade de Beck
BD - Banco de dados
BDI - Inventário de Depressão de Beck
CBO - Classificação Brasileira de Ocupações
CCEB - Critério de Classificação Econômica Brasil
CEME – Centro de Especialidades Médicas
CL - Corpos de Lewy
CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DA - Doença de Alzheimer
DCL - Demência com corpos de Lewy
DDA – Demência da Doença de Alzheimer
DFT - Demência frontotemporal
DM - *Diabetes Mellitus*
DV - Demência vascular
ER - Escala de Resiliência
HAS -Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PSF - Programa Saúde da Família
SGA - Síndrome Geral de Adaptação
SRQ - *Self Report Questionnaire*
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar – Universidade Federal de São Carlos
USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica: Sexo, Idade e Escolaridade dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) e de pessoas com <i>diabetes mellitus</i> (DM). São Carlos, 2015.	43
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica: Estado civil, Critério de Classificação Econômica Brasil e Grau de parentesco dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) e de pessoas com <i>diabetes mellitus</i> (DM). São Carlos, 2015.	44
Tabela 3 – Média de horas de cuidado diário despendidas pelos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) e <i>diabetes mellitus</i> (DM). São Carlos, 2015.	46
Tabela 4 – Médias das atividades de cuidado cotidianas realizadas pelos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) ou <i>diabetes mellitus</i> (DM). São Carlos, 2015.	47
Tabela 5 – Distribuição dos níveis de resiliência de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) e <i>diabetes mellitus</i> (DM), segundo a Escala de Resiliência. São Carlos, 2015.	48
Tabela 6 - Distribuição dos níveis de estresse, segundo o <i>Self Report Questionnaire</i> (SRQ), de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) e <i>diabetes mellitus</i> (DM). São Carlos, 2015.	49
Tabela 7 - Distribuição dos níveis de ansiedade, segundo o Inventário de Ansiedade de Beck, de cuidadores de Alzheimer (DA) e <i>diabetes mellitus</i> (DM). São Carlos, 2015.	49
Tabela 8 - Distribuição dos níveis de depressão, segundo o Inventário de Depressão Beck, de cuidadores de Alzheimer (DA) e <i>diabetes mellitus</i> (DM). São Carlos, 2015.	50
Tabela 11- Comparação de médias dos escores dos cuidadores de Alzheimer (DA) e de <i>diabetes mellitus</i> (DM) e nos subgrupos DA leve, moderada e avançada. São Carlos, 2015.	52
Tabela 12- Análise de regressão linear tendo como desfecho o grau de resiliência e as variáveis explicativas dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. São Carlos, 2015.	55

Tabela 13 - Resultado da análise de regressão linear, tendo como desfecho o grau de resiliência com as variáveis explicativas dos cuidadores de pessoas com <i>diabetes mellitus</i> DM. São Carlos, 2015.....	56
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
2.1 Síndromes demenciais	19
2.1.1 Demência da doença de Alzheimer (DDA)	20
2.2 Cuidador.....	21
2.3 Sobrecarga.....	24
2.4 Depressão	25
2.5 Ansiedade	25
2.6 Estresse	26
2.7 Resiliência.....	27
3 JUSTIFICATIVA	32
4 OBJETIVOS	33
4.1 Objetivo geral	33
4.2 Objetivos específicos.....	33
5 MATERIAL E MÉTODOS	34
5.1 Tipo de estudo.....	34
5.2 Local do estudo	34
5.3 População e amostra do estudo	34
5.4 Critérios de inclusão	35
5.5 Variáveis do estudo.....	36
5.6 Procedimentos	36
5.6.1 Procedimentos éticos	36
5.6.2 Procedimentos para a coleta de dados	37
5.7 Instrumentos.....	38
5.7.1 Questionário de Caracterização do Cuidador.....	38
5.7.2 <i>Self Report Questionnaire</i> (SRQ)	38
5.7.3 Escala de sobrecarga de Zarit.....	39
5.7.4 Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)	40
5.7.5 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	40
5.7.6 Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	41
5.7.7 Escala de Resiliência (ER).....	41
5.8 Análise dos dados.....	42
6 RESULTADOS	43
6.1 Caracterização sociodemográfica dos cuidadores.....	43
6.2 Caracterização dos níveis de resiliência dos cuidadores	48
6.3 Caracterização dos níveis de estresse emocional dos cuidadores.....	48
6.4 Caracterização dos níveis de ansiedade nos cuidadores	49
6.5 Caracterização dos sintomas sugestivos de depressão nos cuidadores....	50
6.6 Caracterização dos níveis de sobrecarga nos cuidadores.....	50
6.7 Correlação entre os níveis de resiliência e os níveis de estresse, sobrecarga, ansiedade e depressão nos cuidadores	51
6.8 Comparação das médias dos escores das variáveis de resiliência, depressão, ansiedade, estresse e sobrecarga nos cuidadores.....	52
6.9 Resultado da análise de regressão linear múltipla na identificação de fatores que contribuem para o grau de resiliência nos cuidadores	54

7 DISCUSSÃO	58
8 CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	95
APÊNDICE B – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO CUIDADOR	97
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA USF	99
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO CEME	101
ANEXO C– PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	103
ANEXO D– SELF REPORT QUESTIONAIRE (SRQ-20).....	105
ANEXO E – CAREGIVER BURDEN SCALE.....	106
ANEXO F – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL	108
ANEXO G – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK – BAI.....	109
ANEXO H – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO BECK	111
ANEXO I – ESCALA DE RESILIÊNCIA	114

1 INTRODUÇÃO

As pessoas vivenciam adversidades e muitas destas experiências são focos de atenção dos pesquisadores, não só por suas vivências, mas pelo modo de enfrentamento e superação diante de tais acontecimentos. Essa capacidade de reerguer-se, superar desafios, de responder de forma positiva por meio de atitudes construtivas que auxiliam a resolução das dificuldades e possibilitam a reorganização da vida após um problema não é inerente a todo indivíduo (YUNES, 2001).

Alguns estudiosos, baseados na identificação de fatores de proteção e resiliência (MASTEN; GARMEZY, 1985 apud YUNES, 2001), buscam entender a capacidade de algumas pessoas de superar emocionalmente e de forma positiva, situações adversas, enquanto outras se abatem diante dos obstáculos (BARLACH, 2005; SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005; SEQUEIRA, 2009; TABOADA; LEGAL; MACHADO, 2006; WALSH, 2007).

A esse fenômeno ou capacidade de superação apresentado por um indivíduo, grupo ou uma comunidade, dá-se o nome de resiliência, e tem despertado o interesse de vários estudiosos, principalmente no âmbito familiar. A família neste contexto é considerada como um sistema, em que as influências entre seus membros são recíprocas e circulares, onde ao ocorrer qualquer situação imprevista, problemas ou doença, passa a atingir os demais membros. Considerando a família sob uma abordagem sistêmica, entende-se que cada parte dela influencia os seus demais membros (OLIVEIRA, 2012).

Defendendo esse ponto de vista, Walsh (1996, p. 263) relata que “[...] a pesquisa sobre indivíduos resilientes tem cada vez mais apontado para a importância de uma visão sistêmica de resiliência”, possibilitando identificar recursos potenciais de relacionamento inter e extrafamiliar e associações das suas experiências sobre o ciclo vital e ao longo de alterações. Os vínculos complexos e profundos no interior da família possibilitam o desenvolvimento do indivíduo, influenciando-o na estabilidade emocional para o enfrentamento das vicissitudes da vida (WALSH, 1996).

A resiliência, como capacidade de todo ser humano de adaptar-se recorrendo a recursos internos e externos pode ser compreendida como uma manutenção de um processo de desenvolvimento, apesar das condições difíceis, sendo algo

sistemático, dinâmico e complexo, resultando da interação entre o indivíduo e o meio (REPPOLD et al., 2012).

Na percepção sistêmica, a família influencia na formação dos seus integrantes. Problemas vivenciados por um de seus membros pode acarretar a fragilização de seus vínculos e uma maior vulnerabilidade do grupo, até porque é a família o primeiro grupo envolvido a sentir os efeitos de qualquer que seja a mudança de seus integrantes (OLIVEIRA, 2012).

Em se tratando de indivíduos, ocorre um processo evolutivo e contínuo, a partir do nascimento até o momento de sua morte, processo esse que envolve os aspectos cronológico, biológico e pessoal. As mudanças advindas de doenças ou transtornos clínicos, como a demência, trazem efeitos negativos. As rotinas anteriores são substituídas por novo cenário, com descobertas diárias, o que requer ajustes constantes tanto do doente quanto da família, e isso pode gerar um grande desgaste emocional (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Entre as mudanças que ocorrem nesses processos, relacionam-se as ligadas à memória, que em condições normais, no que diz respeito a eventos de pouca importância, naturalmente tende a diminuir. Já em condições patológicas, esse evento pode ocorrer como consequência de doenças mentais ou degenerativas do cérebro.

Há dois conceitos que caracterizam o envelhecimento: a senescência e a senilidade. A senescência é decorrente de processo natural do ciclo vital, no qual ocorre uma deterioração física e mental. A senilidade refere-se a um processo patológico, em que há um declínio físico mais acentuado e uma desorganização mental (SANTOS et al., 2010).

No processo de envelhecimento natural ocorrem modificações de caráter morfofisiológico, e aquelas relacionadas ao cérebro incluem a diminuição do número de neurônios corticais, o que provoca adventos como a perda de memória (AVERSI-FERREIRA; RODRIGUES; PAIVA, 2008). Já a doença de Alzheimer (DA) e outras demências podem surgir decorrentes de um processo patológico.

Na definição da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2014), a demência consiste na evidência de declínio cognitivo significativo, comprometendo a memória e pelo menos mais uma função cognitiva (atenção, funções executivas, aprendizagem). Pode ocasionar perda das capacidades intelectuais, de gravidade suficiente para interferir com o funcionamento social e profissional.

McKhann et al. (2011) definiram demência como uma síndrome caracterizada por sintomas cognitivos ou comportamentais (sintomas neuropsiquiátricos) que interferem no trabalho ou outras atividades da vida diária e representam um declínio de um nível prévio de funcionalidade; e não são explicadas por *delirium* ou transtornos psiquiátricos graves.

O comprometimento cognitivo é diagnosticado por meio da história tomada do paciente e do informante que o conheça bem, assim como por avaliação objetiva das funções cognitivas, seja por um exame cognitivo realizado pelo médico ou por uma avaliação neuropsicológica (esta especialmente quando houver dificuldade diagnóstica).

O comprometimento cognitivo ou comportamental envolve pelo menos dois dos seguintes domínios: (a) capacidade de adquirir e lembrar informações novas (memória anterógrada); (b) raciocínio, julgamento e manejo de tarefas complexas (funções executivas); (c) habilidades visuais-espaciais, gnosia, praxia; (d) linguagem; (e) alterações na personalidade ou comportamento (McKHANN et al., 2011).

Neste contexto, está inserida a demência tipo Alzheimer, que compromete a integridade física, mental e social do idoso, desencadeando uma situação de dependência que requer cuidados na maioria das vezes, integrais e complexos, realizados quase sempre por um familiar e no próprio domicílio (LUZARDO et al., 2006).

Diante desse cenário surge o papel do cuidador, na medida em que aparecem as dificuldades cotidianas de uma nova realidade, exigindo a tomada de decisões e a incorporação de atividades que passam a ser de sua inteira responsabilidade.

A Política Nacional do Idoso (1994) define cuidador aquele que cuida do idoso doente ou dependente, sendo ou não membro da família, recebendo remuneração ou não, facilitando o exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, administração de medicações de rotina e acompanhá-la junto aos serviços de saúde, ou outros requeridos no seu cotidiano, excluindo-se técnicas e outros procedimentos identificados como exclusivos de outras profissões.

Santos (2003) desenvolveu estudos voltados aos familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer buscando descrever as vivências e experiências e analisando aspectos que interferem nas transformações da dinâmica familiar a partir da manifestação da doença.

De acordo com os estudos efetuados, ocorre concordância entre os autores em que os cuidadores se compõem de familiares, a maioria do sexo feminino, sendo cônjuges ou filhas (COELHO; ALVIM, 2004; GARCES et al., 2012; GARRIDO, MENEZES, 2004; PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008, SANTOS, 2003).

Segundo Paula, Roque e Araújo (2008), o cuidado com o doente de demência pode levar à piora da qualidade de vida do cuidador e do doente. Entre os fatores que podem afetar o cuidador estão a depressão, ansiedade e tensão/estresse.

Neste contexto, Garces et al. (2012), entendem ser relevante avaliar esses fatores como forma de ajudar os cuidadores a vencer essas dificuldades e aliviar o sofrimento. Para tanto, buscou estudar nos cuidadores os níveis de estresse e fadiga, indícios de depressão e sua consequente capacidade de resiliência mediante as adversidades cujas atribuições como cuidador lhes impõem. Sendo que a capacidade de resiliência do cuidador pode ser influenciada pelas condições sociodemográficas, hábitos de vida e condição de saúde. (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012).

Gaioli, Furegato e Santos (2012) alegam não ser regra os cuidadores desenvolverem doenças ou se tornarem insatisfeitos com esta ocupação, e para comprovar, buscaram conhecer os fatores resilientes desta população como forma de superar ou atribuir novo significado aos problemas cotidianos.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Síndromes demenciais

As síndromes demenciais são caracterizadas pela presença de déficit progressivo nas funções cognitivas (atenção, linguagem, aprendizagem), com maior ênfase na perda de memória, e interferência nas atividades sociais e ocupacionais. Importante salientar que o diagnóstico da síndrome demencial só pode ser feito quando o estado confusional ou *delirium* for afastado, pois neste estado, o paciente não será capaz de se desempenhar adequadamente em testes de atenção e memória e poderá ser erroneamente diagnosticado com síndrome demencial (CARAMELLI; BARBOSA, 2002; McKHANN et al., 2011).

Os déficits cognitivos interferem nas atividades de vida diária (AVD), exigindo assistência nas atividades instrumentais tais como: pagamento de contas, administração de medicamentos, etc. Esses déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de um *delirium* (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

A demência é um problema de saúde frequente e acarreta enorme custo socioeconômico. As estimativas de prevalência na maior parte do mundo variam entre 5 – 7%, chegando a 85% na América Latina (PRINCE et al., 2013). Wimo et al. (2013), relatam que no ano de 2010 houve um custo mundial estimado em 604 bilhões de dólares americanos gastos com demências.

De acordo com a *Alzheimer's Disease International* (2013), a demência da doença de Alzheimer (DDA) é a mais prevalente, acometendo de 50 a 60% dos casos, seguindo-se demência vascular (DV), com 15 a 20% dos casos, sendo uma das principais causas de incapacidade na vida adulta.

Conforme relatam Nitrini et al. (2004), no Brasil, a taxa estimada de DA foi de 7,7 por 1000 pessoas por ano em indivíduos com mais de 65 anos de idade, sendo que a taxa de incidência dobra a cada 5 anos, não havendo diferença em relação ao gênero. Ainda assim, mulheres apresentam incidência um pouco mais elevada de DA, sobretudo em idades mais avançadas.

Há ainda outras demências degenerativas importantes, porém menos frequentes que a DDA, entre elas: demência com corpos de Lewy (DCL), demência da doença de Parkinson (DDP) e a demência frontotemporal (DFT).

2.1.1 Demência da doença de Alzheimer (DDA)

A demência da doença de Alzheimer é definida pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2014), como uma síndrome de início insidioso e progressiva, que compromete gradualmente uma ou mais áreas cognitivas (pelo menos dois domínios devem estar prejudicados).

Deve haver evidência clara de declínio de memória e aprendizagem e, pelo menos mais uma função cognitiva, embasado por história familiar e testes neuropsicológicos de série (APA, 2014).

Pode ser dividida em três fases: inicial (perda de memória episódica e dificuldades na aquisição de novas habilidades, evoluindo gradualmente com prejuízos em outras funções cognitivas, tais como julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e habilidades visuoespaciais), Intermediária (afasia fluente, apresentando-se com dificuldade para nomear objetos ou para escolher a palavra adequada para expressar uma ideia, e também apraxia), avançada ou grave (alterações do ciclo sono-vigília; alterações comportamentais, como irritabilidade e agressividade; sintomas psicóticos; incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados pessoais) (GALLUCCI NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005).

Para que se tenha um diagnóstico preciso de DA é importante que se descarte outras doenças neurodegenerativas, doenças cerebrovasculares, doenças mentais ou outras doenças sistêmicas que provavelmente contribuiriam para um possível declínio cognitivo (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014).

As pessoas com demência apresentam, em determinada fase da síndrome, alguns problemas de comportamento. Entre eles, agitação, distúrbios do sono agressividade e labilidade do humor. Os sintomas neuropsicológicos mais comuns incluem ansiedade, depressão, delírios e alucinações. Cerca de 25% a 40% apresentam transtorno afetivo diagnosticável e pelo menos 10% apresentam sintomas psicóticos (ALZHEIMER DISEASE INTERNATIONAL, 2009). As pessoas com demência e seus cuidadores precisam ser orientados sobre esses sintomas,

para que tenham clareza e consciência sobre a natureza dos problemas enfrentados. Dessa forma, poderão gerir a maioria dos sintomas comportamentais, de modo a minimizar a tensão experimentada pelo cuidador.

2.2 Cuidador

A extensão e a complexidade de algumas doenças crônicas, progressivas e degenerativas repercutem de forma negativa sobre o cuidador, sendo esse merecedor de atenção especializada dos profissionais e dos serviços de saúde, no que concerne à educação em saúde, pois muitas vezes desconhece as condutas adequadas frente às manifestações das doenças e às exigências de cuidar de um idoso fragilizado (LUZARDO et al., 2006).

Conforme Moreira e Caldas (2007), cuidador é o indivíduo que, no espaço privado doméstico, realiza ou ajuda a pessoa com limitação a realizar suas atividades básicas e instrumentais de vida diária (desde a higiene pessoal até a administração financeira da família), com o objetivo da preservação de sua autonomia e de sua independência.

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) sob o código 5162, o cuidador é a pessoa que oferece assistência a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida.

Neri (2001) define cuidador familiar como a pessoa da família que responde ao papel e/ou às tarefas de cuidar de idosos que apresentam dependência associada a incapacidades funcionais e/ou a pobreza e/ou as doenças, de tal forma que são incapazes de sobreviver por si mesmas.

Ainda que a literatura sobre cuidadores de idosos com demência em países desenvolvidos seja ampla, no Brasil, foi a partir do ano de 2000, como elucida Gaioli (2010), que se passou a ter um maior interesse em abordar o tema apesar da necessidade de se investigar as diferentes percepções acerca do cuidado.

Conforme Pinquart e Sörensen (2006), a complexidade, diversidade e frequência dos problemas que acompanham as pessoas dependentes acarretam um leque variado de sentimentos ao cuidador. Os autores, apontando percepções do

cuidador, mostraram que os cuidadores de idosos são mais estressados, deprimidos, possuem menores níveis de bem-estar subjetivo, de saúde física e de senso de autoeficácia em comparação aos não cuidadores. Em estudos anteriores Sörensen, Pinquart e Duberstein (2002), ao conduzirem uma meta análise com 229 estudos sobre diferenças entre gêneros de cuidadores, demonstraram que os cuidadores do sexo feminino são os que referem mais horas dedicadas ao cuidado, altos níveis de sobrecarga e depressão, menores níveis de saúde física e de bem-estar subjetivo do que os cuidadores do sexo masculino.

Para Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006), entre os cuidadores tem os que exercem um papel principal e outros que exercem um papel secundário no auxílio, levando o cuidador principal a assumir total ou maior parte da responsabilidade de cuidar, realizando a maior parte das atividades. Quanto aos cuidadores secundários, esses são familiares, amigos, vizinhos, voluntários ou profissionais que complementam o auxílio, exercendo menor apoio.

A fim de um melhor entendimento e compreensão do termo cuidador, o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS (BRASIL, 2000) propõe o seguinte perfil:

- a) Cuidador formal: pessoa maior, com 1º grau completo e que fora submetido a treinamento específico em instituição oficialmente reconhecida; faz o elo entre o idoso, a família e os serviços de saúde ou da comunidade e que, geralmente, exerce atividade remunerada.
- b) Cuidador profissional: pessoa com diploma de 3º grau, conferido por instituição de ensino reconhecida e que presta assistência profissional ao idoso, à família e à comunidade.
- c) Cuidador informal: pessoa com ou sem vínculo familiar, sem remuneração e que presta cuidados à pessoa idosa no domicílio.

Quando se trata de cuidador informal, é necessário que o mesmo seja capaz de reconhecer seus limites, tanto para a sua intervenção quanto para o paciente, já que o envolvimento prolongado no cuidado informal pode ter um efeito negativo sobre sua saúde física e emocional, tendo como consequência problemas de sobrecarga, altos índices de depressão, sintomas de estresse, redução no nível de imunidade e aumento da susceptibilidade a enfermidades (GRATÃO et al., 2012).

A esse respeito, Paulino et al. (2009, p. 2) relatam que “A tarefa de cuidar de uma pessoa com demência é considerada um estressor crônico e como tal acarreta consequências negativas para a saúde psíquica e física do indivíduo, incluindo alterações do funcionamento imunológico.”

Ainda sobre esta questão, a Política Nacional de Saúde do Idoso pontua que cuidador é a pessoa, membro da família ou não, que com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício de suas atividades diárias. Auxilia nas atividades como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano como ida a bancos e farmácias. Ficam excluídas as técnicas ou procedimentos identificados como apenas dos profissionais legalmente autorizados.

Essa mesma política fortalece a necessidade de se estabelecer “parcerias” que envolva cuidadores profissionais e os demais cuidadores. A assistência domiciliar ao idoso fragilizado, oferecida por profissionais deve compreender também esclarecimentos e orientações aos cuidadores quanto aos cuidados que devem ser prestados, bem como o que fazer para assegurar a conservação de sua própria saúde (BRASIL, 1999).

De acordo com Inouye et al. (2009), a grande maioria dos cuidadores familiares não dispõe de informações e suporte necessário para cuidado. Há pouco conhecimento sobre as características do processo demencial, o seu curso e sobre como lidar com problemas vivenciados com os idosos acometidos pela doença no dia a dia. Isso pode ocasionar desgaste físico e emocional nos cuidadores.

Pavarini et al. (2008), em estudo descritivo com cuidadores familiares de idosos com diagnóstico provável de Alzheimer, verificaram a necessidade de uma rede de suporte familiar e social destinada aos cuidadores. Essa rede teria entre outros objetivos, a troca de experiências e a transmissão de conhecimentos sobre a forma de lidar com o idoso, aliviando a ansiedade do processo de cuidar. A Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz), é uma entidade filantrópica formada por familiares e profissionais de diversas áreas, que vem ao encontro a essa necessidade, apoiando o cuidador do paciente com doença de Alzheimer.

Diante do exposto, há que se atentar ao fato de que a rotina de cuidar de uma pessoa com demência pode gerar efeitos negativos na saúde física e mental dos cuidadores, como sobrecarga, estresse, entre outros. Os distúrbios de comportamento apresentados por pessoas com demência levam o cuidador a

apresentar quadros depressivos e de ansiedade, contribuindo também para a deterioração das condições físicas destes (GARRIDO; ALMEIDA, 2004).

2.3 Sobrecarga

É de concordância entre os autores que cuidar de pessoas demenciadas gera sobrecarga ao cuidador, além de outros sintomas como depressão, ansiedade e estresse. Quanto maior a gravidade da doença da pessoa receptora de cuidados, maior será a atenção despendida e as adaptações necessárias na vida do cuidador.

Corroborando, Manoel et al. (2013) apresentam a sobrecarga como geradora de sentimentos influenciadores na qualidade do cuidado prestado, compreendendo que um cuidador estressado e ansioso não consegue efetuar o cuidado de forma integral e tranquila. Podendo levá-lo a uma série de consequências, físicas e emocionais/psicológicas, que causam as doenças psicossomáticas, a hipertensão arterial, entre outras.

Luzardo et al. (2006), pontuam que o cuidador é cotidianamente testado em sua capacidade de discernimento e adaptação à nova realidade, que exige, além de dedicação, responsabilidade, paciência e, mesmo, abnegação. Assume um compromisso que transcende uma relação de troca. Aceita o desafio de cuidar de outra pessoa, sem ter qualquer garantia de retribuição, ao mesmo tempo em que é invadido por sua carga emocional, podendo gerar sentimentos ambivalentes em relação ao idoso, testando seus limites psicológicos e sua postura de enfrentamento perante a vida.

A respeito da sobrecarga, Lawoko e Soares (2002) dividem-na em duas dimensões: a primeira relacionada com as questões diretas associadas à prestação de cuidados (as exigências financeiras, sociais e familiares - sobrecarga objetiva), e a segunda, designando-a como sobrecarga subjetiva relacionada com as alterações do foro emocional, níveis de estresse, ansiedade e depressão.

De acordo com Cequeira (2010) cuidadores de idosos com demência referem níveis de sobrecarga mais elevados, uma vez que atendem essencialmente às alterações cognitivas e comportamentais que estes apresentam. Sobre isso, Gratão et al. (2012) mostram em seus resultados que a dependência funcional do idoso, sexo do cuidador e tempo em horas de cuidado foram preditores para sobrecarga.

A sobrecarga pode estar vinculada à falta de apoio aos cuidadores, falta de conhecimento destes sobre os estágios da demência e falta de preparo para o cuidado.

2.4 Depressão

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define depressão como sendo um transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou apetite. Também há sensação de cansaço e falta de concentração (FIOCRUZ, 2014).

Conforme Pawlowski et al. (2010), quando as demandas (mobilização dos recursos emocionais do cuidador diante da sintomatologia do familiar portador de síndrome demencial) excedem os recursos psicológicos do cuidador, este tende a apresentar um desgaste emocional que se manifesta em um nível mais elevado de sintomas afetivos e cognitivos relacionados à depressão. Valendo-se dos argumentos de Gongora (1981), ao apresentar a depressão como síndrome oferece duas noções básicas: uma denotando uma variedade de comportamentos (humor, tristeza, infelicidade) ou sintomas (acompanhando outras doenças – a exemplo: esquizofrenia ou distúrbios orgânicos) e a segunda, referindo-se a uma complexa combinação e interação de sintomas ou comportamentos.

O transtorno depressivo é 50% a 75% mais diagnosticado em mulheres que nos homens. As causas dessas diferenças são desconhecidas e hipóteses vinculam-na a influências hormonais, predisposição genética ligada ao cromossomo X, ao fato de culturalmente as reações depressivas serem mais observáveis no sexo feminino ou à maior facilidade do sexo feminino em expor suas emoções e procurar tratamento (NUNES; BUENO; NARDI, 2006).

2.5 Ansiedade

Ao caracterizar a ansiedade, Araújo, Nakano e Gouveia (2009) descrevem-na como sendo um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, formado por sensações subjetivas de antecipação, medo ou apreensão associadas

a graus elevados de excitação e reatividade autônoma, e se torna um estado patológico quando sua intensidade ou frequência ultrapassa a situação que a desencadeia ou quando inexistente situação que a desencadeie.

Para Beck, Emery e Greenberg (1985) o problema central da ansiedade se encontra nos esquemas cognitivos relacionados ao perigo, gerando círculos viciosos que mantêm a ansiedade, e quando ativados os esquemas de perigo, as avaliações caracterizam-se por pensamentos automáticos negativos relacionados a catástrofes físicas, individuais ou sociais direcionadas ao indivíduo.

A Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2014), utiliza os seguintes critérios diagnósticos para ansiedade:

Presença de ansiedade excessiva sobre eventos ou atividades que ocorrem na maioria dos dias em pelo menos 6 meses;

Perda do controle da intensidade de preocupação;

Presença de pelo menos 3 dos sintomas: fadiga, irritabilidade, falta de concentração;

Interferência significativa dos sintomas com o lado social ou profissional;

Quando for descartado outro problema de humor ou psiquiátrico.

2.6 Estresse

Hans Selye (1959 apud FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999), definiu o estresse como sendo uma resposta geral e inespecífica do organismo a um estressor ou a uma situação estressante. Estado que se manifesta através da Síndrome Geral de Adaptação (SGA), e como um elemento inerente a toda doença, responsável por modificações na estrutura e na composição química do corpo, podendo ser observado e mensurado.

A tarefa de cuidar de um familiar com demência é reconhecida como associada a problemas físicos e emocionais no cuidador (VALENTE et al., 2013), sendo que o declínio do paciente e suas demandas específicas são fatores importantes para o cuidador (CRUZ; HAMDAN, 2008). Algumas das reações relacionadas aos cuidadores dos pacientes com DA, pela constante submissão é estresse físico e mental, levando-os a padecerem de uma sobrecarga física que

consequentemente leva a uma má qualidade de vida desses indivíduos (VILELA; CARAMELLI, 2006).

Nos estudos de Valente et al. (2013), os cuidadores familiares de pacientes com DA autoavaliaram seu próprio status de saúde física como “regular” ou “ruim”, corroborando com outros estudos que apresentaram porcentagens similares de cuidadores com autopercepção de saúde prejudicada. Tem-se que o estresse é prevalente para aumentar o risco de problemas físicos e emocionais em cuidadores familiares, como hipertensão arterial, níveis elevados de hormônios, diminuição da imunidade e recuperação mais lenta de doenças, como também depressão e esgotamento (*burnout*).

Conforme Valentini, Zimmermann e Fonseca (2010) a situação de estresse no cuidado à pessoa com demência de Alzheimer, pode ser evidenciada pela longa duração da doença e pelas demandas impostas ao cuidador.

A fim de amenizar o impacto que uma doença como a DA causa, os cuidadores informais necessitariam desenvolver atitudes positivas, que os ajudassem a suportar a gama de fatores negativos e nocivos à saúde. O desenvolvimento de maiores níveis de resiliência poderia vir a beneficiar tanto o cuidador como o idoso que está sob seus cuidados.

2.7 Resiliência

De acordo com Yunes (2001) o termo resiliência se aplica tanto a materiais quanto às pessoas. Na primeira aceção (1807), o cientista inglês Thomas Young tratando sobre noção de módulo de elasticidade, refere-se à propriedade de uma matéria retornar à sua forma original quando a pressão é removida, a qual remete a um conceito original atribuído à Engenharia e à Física. Na perspectiva etimológica, resiliência, do latim *resiliens*, significa voltar, ser impelido, recuar, romper, saltar para trás.

Na segunda aceção, surgida em meados da década de 90, e foco deste estudo, refere-se à habilidade de uma pessoa voltar rapidamente para o seu estado usual de saúde depois de passar por doenças ou dificuldades.

Conforme Ahern et al. (2006) a resiliência é frequentemente considerada uma característica da personalidade que modera os efeitos negativos do estresse e promove adaptação.

O conceito de resiliência utilizado nesse estudo vai ao encontro do que Walsh (1996, 2003, 2007) enfatiza ao entender a importância do processo sistêmico, no qual diz respeito a um processo interacional que se constrói enquanto unidade funcional, ao longo do tempo, fortalecendo a ambos (indivíduo e conjunto). Portanto, não considerando a resiliência como uma invulnerabilidade, mas sim como um fenômeno que explica processos de superação de adversidade. Trata-se de um processo mediante o qual a família enfrenta seus períodos de crise ou desorganização, resiste às privações prolongadas e efetivamente se reorganiza. Neste contexto, o indivíduo deixa de ser caracterizado individualmente, e passa a sofrer influência familiar, e o fenômeno passa a ser estudado como uma qualidade sistêmica da família, no qual envolve os processos e redes de influências resultantes em saúde e bem estar (YUNES; SZYMANSKI, 2005, 2008).

A literatura aponta que a resiliência é uma estratégia, uma habilidade apropriada que leva o ser humano a se impor frente às adversidades da vida superando-as, adaptando-se, recuperando-se e até mesmo transformando a sua própria vida (CHIESA, 2005; YUNES; SZYMANSKI, 2008; NORONHA, 2009). Esta concepção vai ao encontro do conceito de resiliência entendido por Silva, Elsen e Lacharité (2003) como uma habilidade de retornar ao estado de saúde mesmo após ter sofrido com uma doença. Para as autoras, esta habilidade humana para a enfermagem significa a capacidade dos seres humanos de enfrentar e responder de forma positiva às experiências que se caracterizam como fator de risco para sua saúde e desenvolvimento.

Pinheiro (2004); Greco, Morelato e Ison (2006) e Oliveira et al. (2008) têm como foco as habilidades ou características pessoais (empatia, autoeficácia, assertividade, habilidades sociais, comportamento direcionado para metas, flexibilidade cognitiva e habilidades para resolução de problemas interpessoais), além de relacionarem os fatores de proteção relativos a otimismo, flexibilidade, apoio social, autoestima, enfrentamento, controle dos impulsos, domínio, espiritualidade como fontes impulsionadoras para a superação.

Sequeira (2009) aponta as condições que envolvem o ambiente como facilitadores de resiliência. Assim, entende-se que atitudes de respeito, de tolerância

às mudanças e aos conflitos, de interações sociais e a busca por soluções para problemas e desafios são fundamentos que dão força para a alteração de uma situação adversa.

De acordo com Costa (1993), a resiliência é a capacidade de resistir à adversidade e utilizá-la como fator de crescimento. Ser resiliente é agir, no presente, motivado por um projeto de vida, não pelas perdas e danos resultantes dos traumas e reveses do passado.

McCubbin, Thompson e McCubbin (1996 apud SOUZA; CERVENY, 2006, p. 119), com base na teoria do estresse e adaptação, considerando a família em sua totalidade, envolta a desafios próprios do grupo familiar e de outros inesperados, definiram resiliência como um “[...] processo de adaptação aos eventos estressores que ultrapassa o simples ajustamento, pois envolve a mudança de crenças e de visão do mundo.” Os autores defendem que o processo de adaptação envolve recursos internos da família e os externos da comunidade, além do fator espiritual.

Para Waller (2001) *apud* Barlach (2005, p. 33) o fenômeno da resiliência é um processo dinâmico (multideterminado e sempre mutável), multidimensional ou ecossistêmico. A autora apresenta críticas aos estudos que trataram do fenômeno como sendo característico dos traços da personalidade, já que se entende ser necessário um estudo de forma contextualizada, “[...] considerando sempre o ecossistema pela díade homem – meio”.

Neste contexto, trata-se de um fenômeno complexo, atrelado à interdependência entre os diversos âmbitos com os quais o sujeito interage direta ou indiretamente e a ocorrência observa-se mais claramente, enquanto ocorre a situação adversa. Esta complexidade se dá por ser um método dinâmico que envolve processos sociais e intrapsíquicos de vulnerabilidade e de proteção. Assim, se apoia ora na adversidade (situações desfavoráveis), ora na proteção (formas de apoio internas e externas ao indivíduo), levando-o a uma reconstrução diante do sofrimento (BARLACH, 2005; TOLEDO, 2010).

Nas contribuições de Walsh (1996, 2003, 2007) identificam-se elementos básicos da família, tais como processos de coesão, flexibilidade, comunicação aberta, busca de soluções para problemas de forma compartilhada e sistemas de crenças como fatores positivos, oferecendo esquemas onde se visualizam os processos de resiliência, destacando a força protetora dos padrões organizacionais,

o qual a autora denomina de “conexão familiar”, e a comunicação como resolução dos problemas do grupo.

Yunes (2003) ao apresentar pesquisas quantitativas, no âmbito do paradigma da Psicologia Positiva, colabora para naturalizar a resiliência como capacidade humana, trazendo contribuições com seus estudos focados na família e realizados na visão sistêmica, ecológica e de desenvolvimento.

Yunes e Szymanski (2008) corroboram neste entendimento e delinearam a importância de se olhar para o grupo familiar, entendendo-o no enfoque sistêmico.

Os fatores de proteção se constituem em características potenciais na promoção de resiliência, uma vez que podem minimizar os efeitos negativos ou disfuncionais na presença do risco, além da capacidade de modificar, melhorar ou alterar a resposta pessoal diante de um perigo qualquer (FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012).

Observa-se escassa produção científica nacional acerca da resiliência de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, sobretudo na área da enfermagem. Neste sentido, vale destacar uma pesquisa realizada por Gaioli et al. (2012) na cidade de Ribeirão Preto – SP, com uma amostra de 101 indivíduos, brasileiros, de 18 a 45 anos de idade, cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. O estudo objetivou descrever variáveis sociodemográficas e de saúde desses cuidadores associando os cuidados realizados à resiliência. Dos cuidadores da amostra, 83,1% eram mulheres, 57,4% estudaram até oito anos e 80,1% estavam acima dos 46 anos, desses 36,6% tinham mais de 60 anos.

As condições sociodemográficas, hábitos de vida e condição de saúde influenciaram na capacidade de resiliência do cuidador. Apesar das dificuldades para cuidar de idosos com doença de Alzheimer, os cuidadores conseguiram realizar essa atividade com mais eficácia quando possuíam conhecimento sobre a doença e recebiam ajuda de outras pessoas. Houve associação significativa da resiliência com as variáveis grau de parentesco; presença de tratamento médico; uso de medicamentos; cansaço; esgotamento; desânimo e saúde mental do cuidador. Saúde física foi associada, significativamente, à experiência no cuidado, sendo que 81,1% dos idosos em cuidado tinham prejuízos cognitivos graves. Os autores sugerem que o idoso no contexto familiar pode ser beneficiado quando o cuidador é mais resiliente.

Outro estudo interessante sobre resiliência em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, realizado na Espanha por Fernández-Lansac et al. (2012), buscou avaliar uma amostra de 53 cuidadores de pessoas com demência, com média de idade de 63,1 anos, sendo 66% mulheres, cônjuges (54,7%) ou filhos (37,7%) do idoso cuidado. O estudo buscou avaliar a resiliência e estabelecer variáveis associadas como fatores de estresse (nível de comprometimento cognitivo do idoso), sobrecarga do cuidador, características de personalidade, recursos e as consequências de cuidados refletidas no estado físico e emocional do cuidador. Nos resultados, os cuidadores alcançaram pontuações de moderados a altos níveis de resiliência.

Neste estudo, a resiliência foi significativamente associada com um pior estado emocional e físico do cuidador (houve correlações inversas significativas com ansiedade, depressão, consumo de psicotrópicos, hábitos saudáveis). Pontuações mais altas em medidas de resiliência se correlacionaram significativamente com a sobrecarga, com níveis de neuroticismo e extroversão, autoeficácia, autoestima e menor uso de estratégias de enfrentamento focadas em emoções. Os autores concluíram que a resiliência está associada com melhor estado emocional e físico do cuidador e com sua capacidade de lidar com as situações.

3 JUSTIFICATIVA

Com o aumento da expectativa de vida tornam-se cada vez mais frequentes as doenças associadas ao envelhecimento, como as crônicas neurodegenerativas, dentre essas os quadros demenciais.

A demência da doença de Alzheimer (DDA) ocorre com déficits nas funções cognitivas e alterações comportamentais que interferem nas atividades sociais e ocupacionais, trazendo consequências significativas para a dinâmica familiar. Wagnild (2009) defende que ao focar na resiliência como capacidade humana, emerge uma das possibilidades de redirecionar os cuidados da saúde para reconhecer as forças e desenvolver estratégias para construir capacidades existentes, já que a resiliência conota em força interior, competência, otimismo, flexibilidade e habilidade para lidar de forma efetiva com a adversidade.

De acordo com Ruttles (2006), a capacidade de superação não pode ser vista como uma característica fixa do indivíduo, se as circunstâncias mudam, a resiliência se altera. Nessa vertente, conhecer os fatores de risco e de proteção que podem influenciar no processo da manutenção dos níveis de resiliência se faz importante, quando o intuito é melhorar a capacidade de autoajuda de pessoas que prestam cuidados diretos a um familiar com demência da doença de Alzheimer.

Resiliência é um tema escasso na literatura, principalmente na área de enfermagem. Esse estudo torna-se relevante devido à oportunidade de refletir sobre sua inserção no processo de trabalho em saúde, contribuindo para estudos e intervenções no campo da saúde e mais especificamente a enfermagem gerontológica.

O enfermeiro, ao conhecer o perfil dos cuidadores de pessoas com DA, poderá instrumentalizar, capacitar e formar sua equipe, a fim de que esta possa identificar fatores de resiliência na clientela assistida de modo a fortalecer as potencialidades, promover e estimular novas formas de enfrentamento das dificuldades, sobretudo daqueles indivíduos que apresentarem moderada a baixa resiliência.

Entre estes benéficos, soma-se à contribuição na literatura, por ser um assunto inovador e atual, e mesmo como subsídio para a criação de políticas públicas voltadas ao tema.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar fatores associados à resiliência em cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer.

4.2 Objetivos específicos

1) Identificar e caracterizar os cuidadores familiares de pessoas com demência da DA quanto ao perfil sociodemográfico, econômico, de saúde, de atividades do cuidador e de hábitos de vida.

2) Avaliar a resiliência desses cuidadores e relacionar com o perfil sociodemográfico dos mesmos.

3) Identificar fatores que contribuem para uma resiliência baixa ou moderada.

4) Avaliar os sintomas de sobrecarga, estresse, depressão e ansiedade, e a associação destes com o nível de resiliência.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo de corte transversal, descritivo, comparativo, correlacional e de caráter quantitativo.

5.2 Local do estudo

Os participantes cuidadores de familiares com DA foram obtidos da casuística do Ambulatório de Neurologia Cognitiva e Comportamental da UFSCar (ANEU), sediado no Centro Municipal de Especialidades (CEME), cujo coordenador é o orientador desse trabalho de pós-graduação.

O ANEU é um ambulatório médico neurológico especializado, que atende pessoas com transtornos cognitivos e comportamentais associados a doenças neurológicas e não neurológicas, destacando-se as demências.

Os participantes cuidadores de familiares com DM foram obtidos nas Unidades de Saúde da Família Astolpho Luiz do Prado e Jardim São Carlos, também situados no município de São Carlos. Os participantes dos dois grupos foram entrevistados em seus domicílios e nas respectivas unidades às quais pertencem.

5.3 População e amostra do estudo

A amostra de conveniência foi composta por cuidadores familiares de idosos diagnosticados com doença de Alzheimer, acompanhados no Ambulatório de Neurologia da UFSCar (ANEU). Paralelamente, foram escolhidos familiares cuidadores de pessoas que apresentavam como condição clínica outro tipo de doença crônica como o *diabetes mellitus*, a fim de servirem como um grupo comparativo, que foram pareados ao grupo de Alzheimer por gênero e faixa etária. Estes foram escolhidos por meio dos prontuários médicos fornecidos pelas Unidades de Saúde da Família.

O tamanho total da amostra foi estimado em 80 sujeitos, utilizando-se o software GPower® (FAUL F., 1992), com tamanho do efeito $f = 0,4$, $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,8$ para 5 grupos.

Grupos

O tamanho real da amostra foi de 96 sujeitos, sendo alocados 66 no grupo de estudo (cuidadores de idosos com DA) e 30 no grupo comparativo (cuidadores de pessoas com DM), constituídos como a seguir:

Grupo DA - 66 cuidadores familiares de idosos com DA, distribuídos em três subgrupos conforme o estágio da demência:

- a) Subgrupo DA leve - 25 cuidadores, os idosos com demência na fase leve.
- b) Subgrupo DA moderada - 22 cuidadores, os idosos com demência na fase moderada.
- c) Subgrupo DA avançada - 19 cuidadores, os idosos com demência na fase avançada.

Grupo DM - 30 cuidadores familiares de pessoas com *diabetes mellitus*.

Foram considerados cuidadores familiares àqueles que prestavam cuidados diretos à pessoa com demência ou diabetes há 1 ano ou mais e que tinham grau de parentesco classificado como esposo/a, filho/a, genro/nora, irmão/ã, cunhado/a, neto/a, podendo residir ou não com o sujeito.

Os idosos com DA eram pacientes acompanhados no ANEU. As fases da doença foram constatadas por meio da escala de Estagiamento Clínico de Demência (CDR - *Clinical Dementia Rating*).

5.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos neste estudo cuidadores familiares que conviviam com o sujeito o suficiente para prestarem as informações necessárias, preferencialmente residindo com ele.

Faixa etária: maiores de 18 anos.

Gênero: ambos;

Escolaridade: qualquer, em número de anos;

5.5 Variáveis do estudo

Variável principal do cuidador: nível de Resiliência no cuidador familiar (Escala de Resiliência-ER), (Anexo I).

Variáveis definidoras do cuidador:

Gênero: foram considerados feminino e masculino

Estado conjugal: casado, em união estável, solteiro, viúvo, separado, divorciado.

Escolaridade: em anos.

Idade em anos.

Tempo de cuidado: horas diárias.

Grau de parentesco relacionado ao idoso: foram classificados em cônjuges, filho/a, genro/nora, irmão/ã, cunhado/a e outros.

Se praticavam ou não outras atividades além do cuidado.

Estresse (*Self Report Questionnaire* - SRQ), (Anexo D).

Sobrecarga (Escala de Sobrecarga de Zarit), (Anexo E).

Situação socioeconômica (Critério de Classificação Econômica Brasil-CCEB), (Anexo F).

Ansiedade (Inventário de Ansiedade de Beck - BAI), (Anexo G).

Depressão (Inventário de Depressão de Beck - BDI), (Anexo H).

5.6 Procedimentos

5.6.1 Procedimentos éticos

Solicitou-se autorização para coleta de dados aos coordenadores dos locais de coleta, Unidade de Saúde da Família (USF) Luiz Astolpho do Prado e Centro de Especialidades Médicas (CEME) (Anexos A e B).

O projeto foi submetido para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, obtendo parecer favorável, nº. 489.795 em 11 de dezembro de 2013 (ANEXO C).

Foi elaborado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o cuidador (Apêndice A) pela pesquisadora, assinado em duas vias, conforme as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo que uma via ficou com o participante e a outra com a pesquisadora.

Foram observados e respeitados todos os aspectos éticos disciplinados pela Resolução 466/12 regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde.

5.6.2 Procedimentos para a coleta de dados

Após a aprovação do Comitê de Ética, foi realizado um teste piloto com 10 participantes no município de Araraquara – SP. Fizeram parte do piloto cinco cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer e cinco cuidadores familiares de pessoas com diabetes. Este teste preliminar teve por finalidade avaliar aspectos do funcionamento dos instrumentos da pesquisa e corrigir eventuais falhas antes de sua implantação definitiva. Após o piloto, as demandas foram discutidas com o orientador da pesquisa e os instrumentos foram adequados. A coleta de dados iniciou-se no mês de maio e finalizou-se no mês de dezembro de 2014.

A identificação dos participantes do grupo Alzheimer foi realizada de acordo com busca no Banco de Dados (BD) do ANEU, assim como diretamente no prontuário do paciente na hora da consulta. Os prontuários dos pacientes que estavam agendados no dia da consulta eram separados por uma funcionária da enfermagem, e a pesquisadora triava os pacientes com diagnóstico de Alzheimer e que estavam acompanhados por um cuidador familiar. Primeiramente, procurava-se saber se o cuidador se encaixava nos critérios de inclusão. Antes de serem iniciadas as entrevistas, eram expostos os objetivos da pesquisa aos participantes do estudo. Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao conteúdo, assinaram e receberam uma via do TCLE. A coleta de dados no CEME acontecia uma vez por semana, às sextas-feiras, das 13h00 às 17h00.

A identificação dos participantes do grupo DM foi realizada segundo uma lista fornecida pelos agentes Comunitários de Saúde (ACS) da USF, com nome e

endereço de pacientes diabéticos. De posse da lista e após autorização do gerente da unidade, foram realizadas visitas domiciliares e o convite era feito pessoalmente aos familiares cuidadores. Após a apresentação da pesquisadora, munida de cartão de identificação com foto e vestindo jaleco, eram expostos os objetivos da pesquisa e agendado um horário para a entrevista. Esta acontecia em domicílio.

Todas as entrevistas ocorreram individualmente e foram realizadas pela mesma pesquisadora.

Cada entrevista durou em média 35 minutos. Apenas dois cuidadores se recusaram a participar da pesquisa.

Iniciava-se a coleta com o Questionário de Caracterização do Cuidador, seguido do Critério de Classificação Econômica Brasil, *Self Report Questionnaire*, Escala de Sobrecarga de Zarit, Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck e, por fim, Escala de Resiliência. Aos cuidadores que apresentaram escores para ansiedade e depressão foi disponibilizada uma avaliação no ANEU.

5.7 Instrumentos

5.7.1 Questionário de Caracterização do Cuidador

Objetivando a coleta dos dados iniciais sobre o cuidador, a pesquisadora elaborou juntamente com o orientador um questionário, distribuídas em 2 seções, que permitiu acesso a informações pessoais, hábitos de vida e características do cuidar (APÊNDICE B).

5.7.2 Self Report Questionnaire (SRQ)

Elaborado por Harding et al. em 1980, é um instrumento de rastreamento psiquiátrico originalmente composto por 30 itens. A versão brasileira do SRQ-20 (versão com 20 questões para rastreamento de transtornos mentais não psicóticos) foi validada no Brasil em 1985 por Mari & Willians e tem como objetivo a detecção de desconforto emocional e estresse na população geral. As 20 questões que compõem a escala têm duas possibilidades de resposta (sim=1 ponto e não=2

pontos) e foram desenhadas para abordar sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos (cefaleias frequentes, queixas de insônia e de alterações de apetite, piora da concentração, nervosismo, cansaço, queixas estomacais, diminuição do interesse pelas atividades rotineiras, pensamentos suicidas, sentimento de tristeza e de desesperança). Quanto maior a frequência de respostas sim, maior o nível de estresse emocional. A pontuação pode variar de 0 a 20 e utilizado o ponto de corte de 7/8 (menor ou igual a 7= estresse emocional não significativo; maior ou igual a 8= estresse emocional significativo), baseado no estudo brasileiro para diferenciar a possibilidade de casos com desconfortos emocionais (MARI; WILLIANS, 1986) e para avaliação do estresse (GARCES et al., 2012; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; LEMOS, GAZZOLA; RAMOS, 2006; MARI, 1985) (ANEXO D).

5.7.3 Escala de sobrecarga de Zarit

Elaborada por Zarit & Zarit (1987), traduzida e validada para a cultura brasileira por Scazufca (2002). Instrumento composto de 22 questões, graduadas numa escala de 0 a 4, aplicado ao cuidador. Varia conforme presença ou intensidade da resposta, tendo como foco o relacionamento do cuidador/paciente, avaliando as condições do cuidador, o nível de saúde, bem-estar psicológico, finanças e vida social (tensão geral, isolamento, decepção, envolvimento emocional e ambiente), possibilita avaliação dos aspectos e impactos que o cuidar causa nos cuidadores. Cada item da escala tem escores representados da seguinte forma: nunca (0), raramente (1), algumas vezes (2), frequentemente (3), sempre (4). A pontuação indica a frequência de cada item. No último item, o escore também varia de 0 a 4, mas representa o quanto o entrevistado está se sentindo cansado mediante a tarefa de prestar o cuidado, representado por: nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (2), muito (3), extremamente (4). O total da escala é obtido somando todos os itens e pode variar de 0 a 88. Quanto maior a pontuação obtida, maior a sobrecarga percebida pelo cuidador. Associado a essa pontuação foi utilizado ponto de corte para diagnóstico de sobrecarga, segundo estudo internacional de Ferreira et al., (2010), a seguinte pontuação: sobrecarga intensa

escores entre 61 e 88; moderado a severo, entre 41 e 60, moderado a leve, entre 21 e 40; e ausência de sobrecarga, escores inferiores a 21 pontos (ANEXO E).

5.7.4 Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)

Instrumento utilizado para estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas. Com a direção da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), é uma evolução do indicador criado pela Associação Brasileira de Anunciantes (ABA), no final da década de 1960. Define uma segmentação mais apropriada da população em classes econômicas, para fins relacionados ao consumo - como a avaliação do poder de compra de grupos homogêneos de pessoas para a determinação de públicos-alvo mais fieis para os diferentes mercados de produtos de massa e dos preços de anúncios em veículos de mídia. Não tem a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais" e sim de dividir o mercado exclusivamente em classes econômicas. A classificação é feita com base na posse de bens e não com base na renda familiar. Para cada bem possuído há uma pontuação e cada classe é definida pela soma dessa pontuação. As classes definidas pelo CCEB são A1 (42-46 pontos), A2 (35-41), B1 (29-34), B2 (23-28), C1 (18-22), C2 (14-17), D (8-13) e E (0-7 pontos) (ANEXO F).

5.7.5 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

O *Beck Anxiety Inventory* (BECK et al., 1961), é um questionário autoaplicável, utilizado para avaliar sintomas característicos de ansiedade. No Brasil, foi validado por Cunha (2001).

A escala original consiste de 21 itens relacionados à presença de sintomas ansiosos, tais como: dormência ou formigamento no corpo, dificuldades de relaxar, tontura, sensação de calor, tremores nas mãos e pernas, palpitação e aceleração cardíaca, nervosismo, medo de morrer, indigestão, inquietude, dificuldade de respirar, entre outros.

De acordo com Cunha (2001), apud Cardoso (2014), o instrumento gera um escore de 0 a 63 pontos, sendo que de 0 a 7 indica ansiedade mínima; 8 a 15 indica

ansiedade leve; 16 a 25, ansiedade moderada; e 26 a 63 indica ansiedade grave (ANEXO G).

5.7.6 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O *Beck Depression Inventory* (BECK et al.,1961), foi traduzido para vários idiomas e validado em inúmeros países, sendo no Brasil por Gorenstein e Andrade (1988) e por Cunha (2001), e vem sendo amplamente aplicado em pesquisas clínicas e de rastreamento (GORENSTEIN; ANDRADE, 1988).

Possui 21 itens para avaliação de sintomas depressivos, tais como: tristeza, pessimismo, sensação de culpa, de punição, autodestruição, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, pranto, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido.

Ao final, o instrumento gera um escore que norteia a análise dos resultados, que vai de 0 a 63 pontos. O escore final pode ser classificado como: até 9 pontos indica que o indivíduo não está deprimido, de 10 a 18 pontos indica depressão leve, de 19 a 29 indica depressão moderada e de 30 a 63 pontos indica depressão grave (CUNHA, 2001; GORENSTEIN; ANDRADE, 1998 apud CARDOSO, 2014) (ANEXO H).

5.7.7 Escala de Resiliência (ER)

Desenvolvida por Wagnild e Young (1993), traduzida e validada no Brasil por Pesce et al. (2005), é um dos poucos instrumentos usados para avaliar níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Foi desenvolvida originalmente a partir de um estudo qualitativo efetuado com 24 mulheres que se haviam adaptado de forma bem-sucedida em face de eventos adversos de vida.

São identificados fatores para resiliência: serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência (PESCE et al., 2005). A ER possui validade de conteúdo, pois seus itens refletem a aceitação geral das definições de resiliências.

A escala possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores têm uma amplitude que varia entre 25 a 175 pontos. Os escores de 25 a 120 indicam baixa resiliência, de 125 a 145 indicam moderadamente baixa a moderada resiliência e escores maiores que 145 indicam moderadamente alta a alta resiliência (ANEXO I).

5.8 Análise dos dados

Os dados obtidos foram codificados e organizados em banco de dados com dupla entrada no programa Microsoft Excel®, e com o apoio do *Software* livre R, versão 3.0.2. Foram realizadas as seguintes análises:

- ✓ Descritiva: com a confecção de Tabelas e com informação de tendência central (média, mínima e máxima) e medidas de dispersão (desvio padrão).
- ✓ Teste para verificar a existência de normalidade dos dados e definição do uso de testes paramétricos (em caso de normalidade) e não paramétricos (em caso de não normalidade dos dados).
- ✓ Teste-t de Bonferroni utilizado na comparação de médias dos grupos.
- ✓ Testes de correlação (Spearman), com a finalidade de verificar associação entre resiliência e as outras variáveis.
- ✓ Regressão linear múltipla a fim de identificar os fatores que interferem no nível de resiliência dos grupos.
- ✓ Foi adotado um nível de significância de 5% e 95% de confiança.

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização sociodemográfica dos cuidadores

Todos os sujeitos desta pesquisa eram cuidadores familiares.

A fim de comparar o perfil sociodemográfico dos sujeitos, foi realizada uma análise descritiva quanto ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, classe econômica e variáveis do cuidador como grau de parentesco com a pessoa cuidada, horas despendidas de cuidado diário, assim como as atividades realizadas pelos cuidadores (Tabelas 1 a 4).

O grupo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer foi analisado como um todo (DA geral) ou tomando-se individualmente os subgrupos classificados de acordo com o estágio da demência (DA leve, DA moderada, DA avançada). O grupo de cuidadores de familiares com *diabetes mellitus* foi denominado grupo DM.

Na Tabela 1, estão contidos os dados referentes ao sexo, idade e escolaridade dos cuidadores, dos dois grupos, DA e DM. Os dados referentes ao sexo mostram que a porcentagem de mulheres é maior tanto no grupo DA geral como no grupo DM. No subgrupo DA leve, as porcentagens são praticamente iguais. Em relação à idade, o grupo DA possui em média 56,0 anos de idade, enquanto que os cuidadores do grupo DM possuem em média 53,3 anos de idade. Quanto a escolaridade, os cuidadores do grupo DA geral apresentam em média 8,0 anos de estudo, já os cuidadores do grupo DM possuem média de 5,2 anos de estudo

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica: Sexo, Idade e Escolaridade dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) e *diabetes mellitus* (DM). São Carlos, 2015.

Distribuição dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) e <i>diabetes mellitus</i> (DM), segundo sexo.					
	Feminino			Masculino	
	n	%	N	%	
DA leve	12	48,0	13	52,0	
DA moderada	12	54,5	10	45,4	
DA avançada	16	84,2	3	15,7	
DA geral	40	60,6	26	39,3	
DM	16	53,3	14	46,6	

Casado/União estável	18	72,0	19	86,3	13	68,4	50	75,7	28	93,3
Divorciado/Separado	3	12,0	3	13,6	5	26,3	11	16,6	0	0,0
Viúvo	2	8,0	0	0,0	1	5,2	3	4,5	1	3,3
Solteiro	2	8,0	0	0,0	0	0,0	2	3,0	1	3,3
Distribuição dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) e <i>diabetes mellitus</i> (DM) segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)										
A2	3	12,0	0	0,0	3	15,7	6	9,0	0	0,0
B1	1	4,0	2	9,0	4	21,0	7	10,6	0	0,0
B2	4	16,0	4	18,1	3	15,7	11	16,6	10	33,3
C1	10	40,0	10	45,4	5	26,3	25	37,8	14	46,6
C2	4	16,0	5	22,7	4	21,0	13	19,7	6	20,0
D	3	12,0	1	4,5	0	0,0	4	6,0	0	0,0
Distribuição dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) e <i>diabetes mellitus</i> (DM) segundo grau de parentesco										
Filho (a)	14	56,0	10	45,4	10	52,60	34	51,5	5	16,6
Irmão (ã)	1	4,0	0	0,0	2	10,50	3	4,5	5	16,6
Sobrinho (a)	0	0,0	0	0,0	3	15,70	3	4,5	0	0,0
Nora/genro	1	4,0	2	9,0	0	0,00	3	4,5	0	0,0
Esposo (a)	8	32,0	8	36,3	4	21,00	20	30,3	20	66,6
Outro	1	4,0	2	9,0	0	0,00	3	4,5	0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa.

A diferença das médias de horas despendidas de cuidado diário é significativa entre os cuidadores do subgrupo DA avançada e DM (p – valor de 0,01) e DA avançada com DA leve, cujo p - valor é de 0,04. Os cuidadores do subgrupo DA avançada possuem maior média de horas/dia de cuidado (11,5h). Cuidadores do subgrupo DA moderada cuidam em média 9,8h/dia, DA leve em média 7,9 horas/dia. Os cuidadores do grupo DM cuidam menos tempo, 7,3h/dia em média, conforme os dados registrados na Tabela 3.

Tabela 3 – Média de horas de cuidado diário despendidas pelos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) e *diabetes mellitus* (DM). São Carlos, 2015.

Quantas horas por dia cuidam do idoso?	n	Média	Desvio padrão	p-valor
DA leve	25	7,9	3,5	0,57
DM	30	7,3	4,1	
DA moderada	22	9,8	6,4	0,09
DM	30	7,3	4,1	
DA avançada	19	11,5	7,7	0,01
DM	30	7,3	4,1	
DA geral	66	9,6	6,1	0,06
DM	30	7,3	4,1	
DA Leve	25	8,0	3,5	0,21
DA Moderada	22	9,9	6,4	
DA Leve	25	8,0	3,5	0,05
DA Avançada	19	11,5	7,7	
DA Moderada	22	9,9	6,4	0,46
DA Avançada	19	11,5	7,7	

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto às atividades realizadas pelos cuidadores (Tabela 4), no subgrupo DA leve há mais cuidadores que auxiliam nas atividades de preparar a alimentação (64,0%), levar a consultas médicas (76,0%) e tarefas domésticas (72,0%).

No subgrupo DA moderada, há mais cuidadores que auxiliam nas atividades de levar às consultas médicas (86,3%), auxílio na medicação (77,3%), tarefas domésticas (68,1%) e preparo da alimentação (66,7%).

No subgrupo DA avançada as atividades realizadas mais comuns são tarefas domésticas (94,7%), auxílio na medicação (94,7%), levar às consultas médicas (84,2%), preparo da alimentação (78,9%), higiene (73,7%), manuseio do dinheiro (68,4%), vestir (68,4%), eliminações (63,2%). Os cuidadores do grupo DM não realizam a maioria das atividades, exceto tarefas domésticas (53,3%), preparo da alimentação (60,0%) e levar às consultas médicas (56,7%).

Tabela 4 – Médias das atividades de cuidado cotidianas realizadas pelos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) e *diabetes mellitus* (DM). São Carlos, 2015.

		DA leve		DA moderada		DA grave		DA geral		DM	
		N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Higiene	Não Realizo	17	68,0	14	63,6	5	26,3	36	54,5	21	70,0
	Realizo	8	32,0	8	36,4	14	73,7	30	45,4	9	30,0
Vestir	Não Realizo	17	68,0	15	68,2	6	31,6	38	57,6	21	70,0
	Realizo	8	32,0	7	31,8	13	68,4	28	42,4	9	30,0
Eliminações	Não Realizo	18	72,0	19	86,4	7	36,8	44	66,7	21	70,0
	Realizo	7	28,0	3	13,6	12	63,2	22	33,3	9	30,0
Movimentação e Transferência	Não Realizo	20	80,0	21	95,5	11	57,9	52	78,8	21	70,0
	Realizo	5	20,0	1	4,5	8	42,1	14	21,2	9	30,0
Comer	Não Realizo	18	72,0	17	77,3	8	42,1	43	65,2	23	76,7
	Realizo	7	28,0	5	22,7	11	57,9	23	34,8	7	23,3
Preparo da Alimentação	Não Realizo	9	36,0	7	33,3	4	21,1	20	30,8	12	40
	Realizo	16	64,0	14	66,7	15	78,9	45	69,2	18	60
Medicação	Não Realizo	25	100,0	5	22,7	1	5,3	6	9,1	30	100
	Realizo	0	0,0	17	77,3	18	94,7	60	90,9	0	0,0
Levar à consulta médica,	Não Realizo	6	24,0	3	36,4	3	15,7	12	18,1	13	43,3
	Realizo	19	76,0	19	86,3	16	84,2	54	81,8	17	56,7

Tarefas domésticas	Não Realizo	7	28,0	7	31,3	1	5,2	15	22,7	14	46,7
	Realizo	18	72,0	15	68,1	18	94,7	51	77,2	16	53,3
Manuseio de Dinheiro	Não Realizo	16	64,0	13	59,0	6	31,5	35	53,0	22	73,3
	Realizo	9	36,0	9	40,9	13	68,4	31	46,9	8	26,7

Fonte: Dados da pesquisa.

As Tabelas de 5 a 9 apresentam os resultados relacionados à resiliência, estresse, ansiedade, depressão e sobrecarga dos cuidadores do grupo/subgrupos de DA e DM.

6.2 Caracterização dos níveis de resiliência dos cuidadores

A maioria dos cuidadores do grupo DA (80,3%), como um todo e seus subgrupos, assim como do grupo DM (80,0%), apresentou níveis moderados de resiliência. Apenas 3 cuidadores (6,3%) tiveram nível de resiliência classificado como alto e 16 cuidadores apresentaram baixa resiliência.

Tabela 5 – Distribuição dos níveis de resiliência de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) e *diabetes mellitus* (DM), segundo a Escala de Resiliência. São Carlos, 2015.

	Alta		Moderada		Baixa	
	n	%	n	%	n	%
DA leve	0	0,0	21	84,0	4	16,0
DA moderada	1	4,5	17	77,3	4	18,2
DA avançada	1	5,3	15	79,0	3	15,7
DA geral	2	3,0	53	80,3	11	16,7
DM	1	3,3	24	80,0	5	16,7

Fonte: Dados da pesquisa.

6.3 Caracterização dos níveis de estresse emocional dos cuidadores

No grupo DA como um todo e em seus subgrupos há muito mais cuidadores cujos níveis de estresse foram classificados como significativos do que com níveis

classificados como não significativos. O mesmo não ocorre no grupo DM, onde o número de cuidadores com níveis de estresse classificado como não significativo é igual ao de cuidadores com níveis de estresse significativos.

Tabela 6 - Distribuição dos níveis de estresse, segundo o *Self Report Questionnaire* (SRQ), de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (DA) e *diabetes mellitus* (DM). São Carlos, 2015.

	Não Significativo		Significativo	
	n	%	N	%
DA leve	6	24,0	19	76,0
DA moderada	2	9,0	20	91,0
DA avançada	1	5,2	18	94,8
DA geral	9	13,6	57	86,4
DM	15	50,0	15	50,0

Fonte: Dados da pesquisa.

6.4 Caracterização dos níveis de ansiedade nos cuidadores

Na Tabela 7, verifica-se que a maioria dos cuidadores, exceto o subgrupo de cuidadores de DA leve, apresentou nível de ansiedade grave. O nível de ansiedade grave predominou mais entre os cuidadores de DA moderada, seguido pelos cuidadores de DA avançada.

Tabela 7 - Distribuição dos níveis de ansiedade, segundo o Inventário de Ansiedade de Beck, de cuidadores de Alzheimer (DA) e *diabetes mellitus* (DM). São Carlos, 2015.

	Grave		Moderada		Mínima	
	n	%	N	%	N	%
DA leve	12	48,0	13	52,0	0,0	
DA moderada	14	63,6	8	36,4	0,0	
DA avançada	12	63,2	6	31,5	1	5,3
DA geral	38	57,5	27	41,0	1	1,5
DM	16	53,4	14	46,6	0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa.

6.5 Caracterização dos sintomas sugestivos de depressão nos cuidadores

Do grupo DA geral 31,9% dos cuidadores apresentaram sintomas sugestivos de depressão leve e 6,0% depressão moderada, conforme escala aplicada. Do subgrupo DA avançada, 36,9% dos cuidadores apresentaram depressão leve, seguidos do subgrupo DA moderada 36,4%, DA leve 24,0% e DM 23,4% que também apresentaram depressão leve (conforme Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos níveis de depressão, segundo o Inventário de Depressão Beck, de cuidadores de Alzheimer (DA) e *diabetes mellitus* (DM). São Carlos, 2015.

	Moderada		Leve		Não tem	
	n	%	n	%	n	%
DA leve	2	8,0	6	24,0	17	68,0
DA moderada	1	4,5	8	36,4	13	59,1
DA avançada	1	5,2	7	36,9	11	57,9
DA geral	4	6,0	21	31,9	41	62,1
DM	1	3,3	7	23,4	22	73,3

Fonte: Dados da pesquisa.

6.6 Caracterização dos níveis de sobrecarga nos cuidadores

Dos cuidadores do grupo DA geral 30,3% apresentaram sobrecarga moderada, e deste mesmo grupo 28,8% apresentaram sobrecarga intensa. A maioria dos cuidadores do grupo DM (30,1%) não apresentou sobrecarga e deste grupo 26,6% apresentaram sobrecarga intensa e na mesma proporção apresentaram sobrecarga leve. Os cuidadores mais sobrecarregados são do subgrupo DA avançada, onde 47,3% foram avaliados com sobrecarga intensa (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos níveis de sobrecarga, segundo a Escala de Sobrecarga de Zarit, de cuidadores de Alzheimer (DA) e *diabetes mellitus* (DM). São Carlos, 2015.

	Intensa		Moderada		Leve		Ausência	
	n	%	N	%	n	%	n	%
DA leve	4	16,0	6	24,0	11	44,0	4	16,0
DA moderada	6	27,2	10	45,4	5	22,8	1	4,6
DA avançada	9	47,3	4	21,1	3	15,8	3	15,8
DA geral	19	28,8	20	30,3	19	28,8	8	12,2

DM	8	26,6	5	16,7	8	26,6	9	30,1
----	---	------	---	------	---	------	---	------

Fonte: Dados da pesquisa.

6.7 Correlação entre os níveis de resiliência e os níveis de estresse, sobrecarga, ansiedade e depressão nos cuidadores

Com o intuito de verificar a associação existente entre as variáveis estresse, sobrecarga, ansiedade e depressão com a variável resiliência, foi realizado o teste de correlação de Spearman para os cinco grupos descritos anteriormente. Destacam-se a seguir as associações que foram significativas em relação à escala de resiliência e as outras variáveis. No subgrupo DA leve houve correlação moderada entre os níveis de resiliência e ansiedade (coeficiente de correlação de 0,4), mostrando que o nível de resiliência aumenta, conforme o nível de ansiedade aumenta suavemente.

Verificou-se também a existência de correlação positiva, de moderada magnitude entre os níveis de resiliência dos cuidadores de DA leve e a sobrecarga, sendo o coeficiente de correlação de 0,3. Outra correlação significativa foi referente ao nível de resiliência e os níveis de depressão, no grupo DM, cujo coeficiente é fraco e negativo (-0,2), ou seja, os níveis de resiliência aumentam, conforme os níveis de depressão diminuem, discretamente (Tabela10).

Tabela 10 - Correlação entre os níveis de resiliência e os níveis de estresse, sobrecarga, ansiedade e depressão, nos cuidadores de Alzheimer (DA) e *diabetes mellitus* (DM). São Carlos, 2015.

		Resiliência	
		ρ	p-valor
DA geral	Estresse	-0,0	0,82
	Sobrecarga	0,0	0,84
	Ansiedade	0,1	0,24
	Depressão	-0,0	0,65
DA leve	Estresse	0,0	0,96
	Sobrecarga	0,3	0,05
	Ansiedade	0,4	0,03
	Depressão	0,2	0,15
DA moderada	Estresse	-0,1	0,65
	Sobrecarga	-0,2	0,23
	Ansiedade	-0,0	0,89
	Depressão	-0,2	0,27

DA avançada	Estresse	-0,0	0,80
	Sobrecarga	-0,0	0,86
	Ansiedade	0,0	0,86
	Depressão	-0,2	0,31
DM	Estresse	-0,0	0,84
	Sobrecarga	0,0	0,47
	Ansiedade	0,0	0,97
	Depressão	-0,2	0,05

Fonte: Dados da pesquisa. ρ coeficiente de correlação de Spearman.

6.8 Comparação das médias dos escores das variáveis de resiliência, depressão, ansiedade, estresse e sobrecarga nos cuidadores

A Tabela 11 traz as comparações das médias dos escores das variáveis de resiliência, depressão, ansiedade, estresse e sobrecarga entre os cuidadores de DA e DM.

A diferença de médias que são consideradas significantes segundo o Teste-t de comparação de média são aquelas cujo p-valor é menor que 5%. Assim, vemos que para os escores de resiliência, depressão e ansiedade não há diferença entre os grupos de cuidadores, ou seja, o nível desses sintomas, em média, é igual para todos os grupos.

A média dos escores de estresse foi significativamente diferente entre os grupos de cuidadores de DA e DM e subgrupos de DA. Quanto à média da sobrecarga, também há diferença entre o subgrupo DA avançada e o grupo DM, assim como entre os subgrupos DA leve e DA avançada.

Tabela 11- Comparação de médias dos escores dos cuidadores de Alzheimer (DA) e de *diabetes mellitus* (DM) e nos subgrupos DA leve, moderada e avançada. São Carlos, 2015.

		Média	Desvio Padrão	p-valor
Resiliência	DA geral	133,3	81,6	0,65
	DM	134,2	85,2	
	DA leve	133,6	7,6	0,78
	DM	134,2	8,5	
	DA moderada	132,3	10	0,50
	DM	134,2	9	
	DA avançada	132,2	6,8	0,99
	DM	134,2	8,5	
	DA leve	133,6	8	0,64

	DA moderada	132,3	10	
	DA leve	133,6	8	0,77
	DA avançada	134,2	7	
	DA moderada	132,3	10	0,50
	DA avançada	134,2	6,8	
Depressão	DA geral	89,3	55,2	0,24
	DM	75,3	51,1	
	DA leve	7,6	58,6	0,92
	DM	75,3	51,1	
	DA moderada	96,8	52,5	0,14
	DM	87,3	51,1	
	DA avançada	97,3	53,5	0,15
	DM	87,3	51,1	
	DA Leve	7,6	81,5	0,22
	DA moderada	96,8	75,1	
	DA leve	7,6	58,6	0,23
	DA avançada	97,3	53,5	
	DA moderada	96,8	52,5	0,97
	DA avançada	97,3	53,5	
Ansiedade	DA geral	26,5	52,0	0,82
	DM	26,8	42,7	
	DA leve	26	38,2	0,45
	DM	26,8	42,7	
	DA moderada	27,9	39,5	0,33
	DM	26,8	42,7	
	DA avançada	25,7	75,0	0,53
	DM	26,8	42,7	
	DA leve	26	38,2	0,09
	DA moderada	27,9	39,5	
	DA leve	26	38,2	0,09
	DA avançada	25,7	75,0	
	DA moderada	27,9	39,5	0,2
	DA avançada	25,7	75,0	
Estresse	DA geral	29,9	11,8	0,00
	DM	15,3	14,8	
	DA leve	27,9	12,4	0,00
	DM	15,3	12,8	
	DA moderada	31,0	98,8	0,00
	DM	15,3	14,8	
	DA avançada	30,3	10,1	0,00
	DM	15,3	14,8	
	DA leve	27,9	14,4	0,28
	DA moderada	31,9	98,8	
	DA leve	27,9	14,4	0,53
	DA avançada	30,3	10,1	

	DA moderada	31,9	98,8	
	DA avançada	30,3	10,1	0,62
Sobrecarga	DA geral	21,4	12,9	0,15
	DM	17,2	12,5	
	DA leve	17,0	10,4	0,96
	DM	17,2	13,5	
	DA moderada	21,5	10,3	0,21
	DM	17,2	13,5	
	DA avançada	26,8	16,4	0,03
	DM	17,2	13,5	
	DA leve	17,0	10,4	0,14
	DA moderada	21,5	10,3	
	DA leve	17,0	10,4	0,02
	DA avançada	26,8	16,4	
	DA moderada	21,5	10,3	0,21
	DA avançada	26,8	16,4	

Fonte: Dados da pesquisa.

6.9 Resultado da análise de regressão linear múltipla na identificação de fatores que contribuem para o grau de resiliência nos cuidadores

A fim de identificar os fatores contribuintes para o grau de resiliência tanto para o grupo DA quanto para DM, foi realizado um modelo de regressão linear múltipla para cada um dos grupos.

As Tabelas 12 e 13 trazem o resultado da regressão linear, tendo como desfecho o grau de resiliência com as variáveis explicativas dos cuidadores segundo o Teste-t e o p-valor para o grupo DA e o grupo DM, respectivamente. As variáveis que são consideradas significantes são aquelas cujo p-valor é menor que 0,05 e a estimativa informa o quanto influencia na resiliência e se tal influência é positiva ou negativa.

As variáveis que foram significativas para a resiliência segundo o p-valor menor que 5% para o grupo DA, encontram-se na Tabela 12. Verifica-se que a resiliência aumenta em 38% conforme sobrecarga aumenta. À medida que aumentam os dias por semana que o cuidador passa com o idoso, sua resiliência aumenta em 5,6%.

A resiliência aumenta 46,7% quando o cuidador é nora/genro, 8,3% quando é cônjuge ou o grau de parentesco é outro e 11,3% em relação àqueles cuidadores

que são filhos/as do idoso com Alzheimer. A resiliência aumenta quando os cuidadores consideram sua saúde física boa em relação àqueles que a consideram ótima. Cuidadores que realizam outras atividades além do cuidado também tem um aumento significativo de sua resiliência, quando comparados àqueles que não realizam.

A resiliência diminui quando o cuidador de Alzheimer tem uma autopercepção de sua saúde mental como sendo média, em relação aos cuidadores que consideram sua saúde mental ótima. A resiliência diminui também conforme aumenta a depressão, sendo a estimativa de -0,53, ou seja, 53%. Outro fator significativo para a resiliência foi a classe econômica, em que a resiliência diminui quando o cuidador de idosos com DA pertence a classe A2 em relação aos cuidadores das classes B1 e C1, cujas estimativas são, respectivamente, -11,3 e -12,8.

Tabela 12- Análise de regressão linear tendo como desfecho o grau de resiliência e as variáveis explicativas dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. São Carlos, 2015.

	Estimativa	Estatística t	p-valor
Sobrecarga	0,3	3,2	0,00
Depressão	-0,5	-2,2	0,03
Escolaridade	-0,7	-1,9	0,07
Quantas horas por dia cuida do idoso?	-0,3	-1,8	0,08
Quantos dias da semana cuida do idoso?	5,6	3,1	0,00
Classificação Econômica (A2)			
B1	-11,3	-2,9	0,00
B2	-3,7	-1,0	0,28
C1.	-12,8	-3,3	0,00
C2	-8,0	-1,8	0,07
D	-18,0	-2,6	0,01
Situação Ocupacional (Ativo)			
Aposentado	4,5	1,82	0,08
Licença/Afastamento	-21,5	-1,93	0,06
Grau de parentesco com o idoso (filho/a)			
Irmão	6,5	1,1	0,07
Sobrinho	4,7	1,0	0,20
Nora/genro	46,7	4,7	0,32
Esposo(a)	8,3	2,0	0,00
Outro	11,3	2,3	0,05
Como classificaria sua saúde Mental? (ótima)			
Boa	-5,4	-1,8	0,08

Média	-18,3	-4,6	0,00
Ruim	-1,7	-0,2	0,81
Como classificaria sua saúde física? (ótima)			
Boa	10,7	2,4	0,02
Média	5,1	0,9	0,37
Ruim	-0,2	-0,0	0,98
Realiza outras atividades além do cuidado? (não)			
Sim	4,4	2,2	0,03

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se na Tabela 13 as variáveis que explicam a resiliência para o grupo de DM segundo o modelo de regressão linear. Apenas as variáveis depressão e idade do cuidador foram significativas. A resiliência diminui conforme a depressão aumenta, cuja estimativa é de -1,8. Além da variável idade, em que a resiliência diminui conforme a idade aumenta (estimativa é de -0,6). As outras variáveis não foram estatisticamente significantes.

Tabela 13 - Resultado da análise de regressão linear, tendo como desfecho o grau de resiliência com as variáveis explicativas dos cuidadores de pessoas com *diabetes mellitus* DM. São Carlos, 2015.

	Estimativa	Estatística t	p-valor
Sobrecarga	0,1	0,7	0,50
Ansiedade	0,3	0,8	0,44
Depressão	-1,8	-3,5	0,01
Idade	-0,6	-2,4	0,05
Escolaridade	-1,6	-0,9	0,38
Quantas horas por dia cuida do idoso?	0,3	0,9	0,38
Quantos dias da semana cuida do idoso?	-1,6	-0,8	0,42
Classificação Econômica			
C1	-8,0	-1,4	0,19
C2	-12,1	-1,2	0,26
Gênero			
Feminino	10,3	1,2	0,27
Estado Civil (Casado)			
Viúvo	13,5	0,7	0,49
Solteiro	15,5	0,8	0,44
Religião			
Evangélica	3,7	0,6	0,54
Espírita	10,5	1,7	0,13
Grau de parentesco com o idoso (Filho/a)			

Cônjuge	-22,8	-1,3	0,22
Esposo(a)	0,8	0,1	0,87
É o cuidador principal (Não)			
Sim	-25,4	-0,9	0,38
Algum problema de saúde diagnosticado? (Não)			
Sim	15,9	1,8	0,11
Faz algum tratamento médico (Não)			
Sim	-9,7	-1,1	0,28
Como classificaria sua saúde física? (Ótima)			
Boa	9,0	1,1	0,28
Média	5,5	1,0	0,35
Pratica alguma atividade física? (Não)			
Sim	-6,1	-0,8	0,40
Realiza outras atividades além do cuidado? (Não)			
Sim	30,4	1,6	0,15

Fonte: Dados da pesquisa

7 DISCUSSÃO

Os dados referentes ao sexo dos cuidadores estudados (Tabela 1), mostram que a porcentagem de mulheres é maior nos dois grupos, DA e DM. Entretanto, para os cuidadores do subgrupo DA leve, o inverso ocorre, 52% destes são homens. A maioria dos estudos encontrados na literatura apresenta concordância quanto ao gênero feminino dos cuidadores, portanto, os resultados vão de encontro aos apresentados por Gaioli (2010), Gaioli et al. (2012), Gratão et al. (2012), Garcez et al. (2012), Garrido e Menezes (2004), Lemos, Gazzola e Ramos (2006), Novelli, Nitrini e Caramelli (2010), Lopes e Massinelli (2013), Rodrigues e Rauth (2002) e Valente et al. (2013), que tiveram em seus resultados a predominância do gênero feminino como cuidadores.

Rodrigues e Rauth (2002) citam que, culturalmente, o cuidar é uma atividade essencialmente feminina e que diante de situações de fragilidade na estrutura familiar ou na presença de doença, o cuidado é absorvido pelas mulheres. Gratão et al. (2012) citam que o papel da mulher historicamente determinado, refere-se à função de prover o cuidado da casa, dos filhos, do esposo, pois no passado não desempenhavam funções fora de casa, propiciando a disponibilização para este aprendizado e, complementa que resultado da nova constituição da estrutura familiar ainda destaca à mulher como primeira escolha para a função de cuidadora, que geralmente sobrecarrega na esposa ou na filha. Entretanto, a mesma autora apresenta que existe uma crescente participação do gênero masculino, o que justifica os 52 % do gênero masculino no subgrupo DA leve, resultado desta pesquisa. Esse resultado também foi expressivo (32%), nos estudos de Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010). Para Gaioli et al. (2012) o homem contribui secundariamente, mas os cuidados primários são desempenhados pela mulher, pelo próprio papel desempenhado por ela no contexto familiar.

Referente à média de idade dos cuidadores (Tabela 1), o estudo apontou média de 56,0 anos de idade no grupo DA e 53,3 anos no grupo DM. Os mesmos resultados foram apresentados nos estudos de Garrido e Menezes (2004), em estudo transversal com 49 idosos demenciados e seus cuidadores informais, que objetivou avaliar o impacto sobre os cuidadores. Bagne e Gasparino (2014), em estudo transversal com 66 cuidadores, realizado no Centro de Referência ao Idoso de Jundiaí – SP, que buscou avaliar a qualidade de vida do cuidador de idosos com

doença de Alzheimer, também teve em seus achados média de idade de 54,6 anos. No entanto, a literatura internacional traz médias de idade de cuidadores superiores às que foram encontradas nestes estudos.

O'Rourke et al. (2010), em estudo de caráter longitudinal, realizado no Canadá com 105 cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, encontraram média de idade de 69,5 anos. Outro estudo internacional, realizado por Halley et al. (2008), cujo objetivo foi examinar efeitos conjuntos de luto e intervenção do cuidado nos sintomas depressivos em 254 cuidadores de idosos com DA, teve em seus achados média de 71,1 anos de idade.

Essas diferenças reforçam o fato de que em países desenvolvidos a expectativa de vida é superior a dos países em desenvolvimento, justificando a maior média de idade dos cuidadores quando comparadas à média dos cuidadores encontradas nas pesquisas nacionais.

Quanto à média de escolaridade (Tabela 1), verifica-se que cuidadores do grupo DA possuem em média 8,0 anos de estudo enquanto que cuidadores do grupo DM obtiveram média de 5,2 anos de estudo. No entanto, observou-se que a capacidade funcional destes últimos foi semelhante aos demais, pois absorveram as orientações acerca dos instrumentos aplicados na pesquisa, tanto quanto os cuidadores do grupo DA.

Lemos, Gazzola e Ramos (2006), em estudo transversal realizado com 29 cuidadores familiares de idosos com DA, também pontuaram média de 8 anos de estudo na maioria dos cuidadores de sua amostra. Valente et al. (2013), em estudo transversal de uma amostra ambulatorial constituída por 49 cuidadores de idosos com demência, pontuou em seus resultados média de 8 a 11 anos de estudo entre os cuidadores.

Rocha e Pacheco (2013), em estudo internacional de caráter transversal, realizado com uma amostra de 110 cuidadores informais de idosos dependentes cujo objetivo foi estudar a relação entre estresse psicológico e a adaptação psicológica do cuidador, apontaram nos seus resultados que a maioria dos cuidadores (67,3%) possuíam 4 anos de estudo ou menos, perfazendo um perfil de baixa escolaridade. Pessoas com nível de escolaridade mais baixo podem estar suscetíveis ao papel de cuidador, uma vez que a sociedade exige níveis mais elevados de educação para o mercado de trabalho formal. Dessa forma, é

compreensível que familiares com menos tempo de estudo se dediquem às tarefas domésticas e ao cuidado de seus familiares dependentes.

No que diz respeito ao estado conjugal dos cuidadores do presente estudo, (Tabela 2), a maioria se encaixa na categoria casado/a ou vive em regime de união estável, o que foi verificado tanto no grupo DA como no grupo DM. Luzardo, Gorini e Silva (2006), em estudo observacional realizado em um ambulatório de neurologia com 36 cuidadores de idosos com DA, na cidade de Porto Alegre – RS, relacionaram que 69,4% da amostra estudada eram casados, similar aos resultados de Loureiro (2009), que obtiveram um percentual de 87,5% de sua amostra correspondendo ao estado civil casado. Gratão et al. (2012) em estudo epidemiológico com idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores no município de Ribeirão Preto – SP verificaram em seus resultados que dos 124 cuidadores, 76 deles viviam em regime de união estável.

Em um estudo realizado na Espanha por Fernández-Lansac et al. (2012), onde fizeram parte da amostra 53 cuidadores de pessoas com demência, cujo objetivo foi avaliar a resiliência e estabelecer variáveis associadas como fatores de estresse, sobrecarga do cuidador e outras variáveis, também relacionaram 83,0% de sua amostra como casado ou união estável. O fato de se viver uma união estável pode se traduzir em benefícios aos cuidadores, uma vez que terão a possibilidade de contar com o apoio de seu companheiro nas atividades do cotidiano junto ao idoso dependente, assim como em outras tarefas, além de estarem menos propensos a sentimentos de solidão, contribuindo para um melhor bem estar físico e subjetivo.

Os resultados referentes à classe econômica dos cuidadores, (Tabela 2), verificados por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), apontam que a maioria dos cuidadores deste estudo se encontra na classe econômica C, contrapondo com os estudos de Luzardo, Gorini e Silva (2006), onde houve uma predominância do nível socioeconômico B (61,1%), sendo apenas 22,2% da Classe C.

O autor apresenta a carga financeira como variável desencadeadora do estresse do cuidador, já que o mesmo passa a administrar as questões financeiras do idoso dependente, além das suas, o que o leva a contabilizar as rendas em conjunto, como forma de facilitar o manejo dos recursos. Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010), utilizando o mesmo instrumento também obtiveram um percentual

de 45% de cuidadores pertencentes à classe C, superada pela Classe D com 36%, sendo que 16 % corresponderam às classes A e B.

Conforme demonstram os resultados sobre o grau de parentesco entre cuidadores e seus familiares, (Tabela 2), no grupo DA prevalece a maioria de cuidadores filho/as (51,5%), seguida de cônjuges (30,3%) enquanto que no grupo DM 66% são cônjuges, seguidos por filho/as e irmãos.

Segundo Bulla et al. (2006), a responsabilidade que os filhos têm com seus pais é uma forma de solidariedade entre as gerações. Os adultos cuidam de seus filhos e seus pais idosos na perspectiva de serem amparados na velhice pela geração mais nova.

Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010), realizaram um estudo com 106 indivíduos, que teve por objetivo comparar a percepção geral e de cada dimensão de qualidade de vida de um grupo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer com um grupo de não-cuidadores, e apresentaram resultados semelhantes, (dos 53 componentes do grupo de cuidadores 68% eram do sexo feminino e destas 36% eram filhas, 28% eram esposas), residentes no mesmo domicílio. Resultados também similares foram encontrados por Lavrestsky et al. (2010), em estudo experimental de 12 meses, realizado com uma amostra de 40 cuidadores de 43 a 91 anos de idade, de pessoa com Alzheimer, onde 25 eram filhos e 15 esposas, sendo que 65% eram mulheres.

A predominância do grau de parentesco filho/as entre os cuidadores, conforme Bagne e Gasparino (2014) pode estar associada à retribuição do cuidado recebido no passado, fazendo com que o cuidador se dedique integralmente aos cuidados do familiar dependente. Em países em desenvolvimento, geralmente os idosos têm mais de um filho, o que possibilita a estes assumirem a responsabilidade de cuidar de seus pais dependentes. Fonseca e Soares (2008) buscando respaldo na literatura relacionaram que existe uma ordem culturalmente estabelecida para esses resultados, onde mostra que a esposa tem o papel preferencial de cuidar, seguida na hierarquia dos descendentes da segunda geração, que no caso tem como mais provável a filha mais velha, seguida da viúva e depois a solteira de mais idade.

A Tabela 3 trouxe os resultados referentes ao tempo em horas de cuidado, e nesta verifica-se que cuidadores do subgrupo DA avançada foram os que mais tempo dedicaram (11,5h) seguidos do DA moderada (9,8 h/dia) e DA leve com 7,9

horas/dia e grupo DA geral cuida em média 9,6h ao dia. Os cuidadores do grupo DM cuidam menos tempo, 7,3h/dia em média. Percebe-se que conforme a doença avança gradualmente, aumentam-se as horas de cuidado dedicadas a esses idosos. Garrido e Menezes (2004), em estudo de corte transversal, conduzido em um serviço psicogeriátrico da cidade de São Paulo, buscaram avaliar o impacto sobre os cuidadores informais de idosos com demência. Utilizaram uma amostra de 49 idosos com demência e seus cuidadores informais, e encontraram resultados semelhantes em sua amostra, onde mais da metade dos cuidadores passava 8 horas ou mais dedicando-se aos cuidados.

Comumente, a literatura traz médias de horas de cuidado diário superiores à do presente estudo, como mostram os resultados de Lemos, Gazzola e Ramos (2006), em estudo transversal com 29 cuidadores de DA, onde verificaram em seus achados uma média de 19 a 24 horas/dedicadas ao cuidado. Corroborando com esses dados, Gratão et al. (2010), em estudo epidemiológico com 90 cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, onde foi verificado média de 15,1h/dia de cuidado.

Garces et al. (2012) pontuaram uma média de 24 horas na maioria (83,3) de sua amostra dedicadas aos cuidados e alertou que esta variável associada a outros fatores constituem eventos estressores, encontrando em sua amostra condições de saúde ruins com cuidadores que apresentaram patologias como artrite, reumatismo, osteoporose, trombose, varizes e problemas gástricos, além da depressão e conseqüentemente necessidade de medicação diária.

A tarefa de cuidar de um familiar com DA exige do cuidador dedicação quase que exclusiva, e muitas vezes este não dispõe de tempo para cuidar de si mesmo, para realizar atividades físicas ou de lazer, deixando de lado seus afazeres em detrimento do cuidado dispensado. Os cuidadores podem se sentir sobrecarregados e exaustos, em virtude da intensidade de cuidados exigidos pelo idoso com DA.

No entanto, é importante considerar o contexto das respostas, pois às vezes ao responder sobre a quantidade de horas que dedica ao seu familiar, o cuidador se encontra num momento de estresse ou cansaço mental, onde subjetivamente dá uma dimensão maior a esse quesito.

A Tabela 4 corresponde às atividades realizadas pelos cuidadores. Quando realizou-se a comparação intragrupos, percebeu-se que há um aumento das atividades realizadas conforme o avanço da DA. No subgrupo DA leve, houve uma

pontuação maior para execução das atividades de preparar a alimentação, levar a consultas médicas e tarefas domésticas. No subgrupo DA moderada prevaleceram acompanhamento às consultas médicas, auxílio na medicação, tarefas domésticas e preparo da alimentação. No subgrupo DA avançada prevaleceram quase todas as atividades: tarefas domésticas, auxílio na medicação, levar às consultas médicas, preparo da alimentação, higiene, manuseio do dinheiro, vestir, eliminações, entre outras.

Quando foi realizada a comparação intergrupos, para as mesmas atividades, percebeu-se que mais cuidadores do grupo DA como um todo executam estas atividades. Há mais cuidadores do grupo DM não realizando que realizando a maioria das atividades, exceto tarefas domésticas, preparo da alimentação e levar às consultas médicas.

Portanto, no grupo DA ocorre a assistência em quase todas as atividades, com exceção da movimentação e transferência, em que apenas uma minoria a realiza. Assim como no presente estudo, foi evidenciado na literatura que as tarefas do cotidiano realizadas pelos cuidadores estão relacionadas ao grau de comprometimento cognitivo do idoso, suas características e estágio da demência em que este se encontra. Esse achado pode ser justificado, como Bagne e Gasparino (2014) relacionaram em estudo com 66 indivíduos que objetivou avaliar a qualidade de vida do cuidador de idoso com DA e sua relação com o nível de independência funcional do doente, conforme a progressão da doença, a necessidade de cuidados, por parte do receptor cresce diariamente, exigindo que o cuidador se dedique integralmente.

Lemos, Gazzola e Ramos (2006), também relacionaram em seus resultados que as atividades mais realizadas pelos cuidadores de idosos com DA são a higiene, auxílio no banho, administração de medicamentos, preparo da alimentação, auxílio no vestuário, na mobilidade, entre outros.

Achados semelhantes encontraram Fonseca e Soares (2008), em estudo exploratório que objetivou conhecer as atividades de cuidado desenvolvidas pelo cuidador e prestadas ao idoso com DA, apontaram para 8 atividades, a saber: higiene corporal, bucal, cuidar dos cabelos, alimentação, acompanhamento e vigilância, necessidades fisiológicas, vestuário e comunicação.

Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2010) buscando comparar a qualidade de vida de cuidadores e não cuidadores de pessoas com DA, perceberam que o grupo de

não-cuidadores foi mais ativo quanto às atividades físicas, religiosas e de convívio social. Relacionaram no estudo que os cuidadores têm vivido em condições adversas que prejudicam suas atividades de convívio social, resultado de disponibilizarem mais tempo em atividades de auxílio aos doentes e restando menos tempo para os cuidados de si mesmos.

Vieira et al. (2011) realizaram estudos de revisão sobre as práticas do cuidador informal e constataram que as contribuições com doentes de demência envolvem manutenção das atividades do cotidiano, relacionando higiene corporal, alimentação, acompanhamento e vigilância, lazer, movimentação, massagens de conforto. Destacaram serem atividades contínuas e centralizadas e, ações que promovem a integridade física e moral, por meio da comunicação, estimulando a interação do doente com o ambiente, além de informar o estado de saúde da pessoa cuidada.

Muitos cuidadores do presente estudo relataram que depois que assumiram esse papel não tiveram mais tempo de se cuidar, de dedicarem um tempo a atividades prazerosas e que estão sempre cansados. Isso evidencia a importância do apoio de outros membros da família ao cuidador, ainda que este aconteça em momentos rápidos, de visitas informais. É de grande relevância o profissional de enfermagem compreender a interação da família com a doença, e refletir sobre a saúde do cuidador de idosos dependentes, pois isto nos permite perceber que os cuidadores familiares também precisam de cuidados, de orientações e de estratégias para alívio de seu estresse.

Referente ao nível de resiliência apresentado pelos cuidadores, verificado por meio da Escala de Resiliência, a pesquisa apresentou, conforme consta na Tabela 5, que tanto no grupo DA como um todo (80,3%), e também nos seus subgrupos, como no grupo DM (80,0%), a maioria dos cuidadores teve sua resiliência classificada como moderada. Apenas três cuidadores apresentaram alta resiliência, sendo dois destes do grupo DA e um cuidador do grupo DM, e dezesseis cuidadores tiveram sua resiliência classificada como baixa.

Uma pesquisa realizada na University of Central Florida School of Nursing, USA, ao avaliar as propriedades psicométricas de seis instrumentos para o estudo da resiliência em adolescentes, verificou que a escala de resiliência é o melhor instrumento aplicável tanto para adolescentes quanto para diferentes grupos etários (AHERN et al., 2006).

O ser humano tem uma capacidade de adaptar-se as diversas situações, no entanto, cuidar de uma pessoa com doença crônica, sobretudo degenerativa como a DA, pode repercutir no nível de resiliência.

Segundo Walsh (2005, p. 224), “Em vez de dispor uma doença crônica em termos de batalha contra uma enfermidade, pode ser mais conveniente reconhecer a influência da condição, enfrentar o possível, aceitar o que está além do controle e conseguir conviver com ela”.

Wagnild (2009) assinala que indivíduos que têm ou tiveram uma doença crônica, que marcarem mais pontos na escala de resiliência terão mais êxito em superar a doença do que aqueles com pontuação menor. Nesta perspectiva, acredita-se que a elevada resiliência é uma característica de alguns indivíduos ou coletividades, mas igualmente pode ser desenvolvida por aqueles sujeitos de baixa resiliência de tal forma que atinjam níveis maiores desta capacidade humana.

Os dados do presente estudo corroboram os resultados de Lampert (2009), que encontrou pontuação para resiliência moderada em sua amostra, utilizando a mesma escala. Com objetivo de investigar como as variáveis de rede de apoio social e resiliência interferem nas alterações psicológicas, neuroendócrinas e imunológicas do estresse crônico, realizou estudo com 20 cuidadores primários que possuíam idade média de 64,7 anos e com grupo controle de 20 indivíduos não cuidadores com média de idade de 70,35 anos. O estudo foi realizado em um ambulatório de neurologia de um hospital de Porto Alegre – RS. Avaliou como indicadores de sobrecarga emocional o estresse crônico, depressão, estresse e ansiedade.

Um estudo internacional realizado por Fernández-Lansac et al. (2012) realizado na Espanha com 53 cuidadores informais de idosos com DA, também mostrou em seus resultados que os cuidadores alcançaram pontuações de moderados níveis de resiliência. Essa variável foi significativamente associada com o estado emocional e físico mais pobre do cuidador, com ansiedade, depressão, uso de psicotrópicos e hábitos saudáveis. A escala utilizada pelos autores foi a Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-Risc), também composta por 25 itens, vai de 0 a 100 pontos, de modo que maiores pontuações indicam maiores níveis de resiliência. Os cinco fatores considerados como componentes substanciais de resiliência na escala em questão são diferentes daqueles considerados na escala utilizada no presente estudo, no entanto, os autores afirmam que tal escala conta com uma elevada consistência interna e alta confiabilidade no teste-reteste.

Gaioli et al. (2012), em estudo exploratório-descritivo realizado na cidade de Ribeirão Preto, com uma amostra de 101 indivíduos, brasileiros, de 18 a 45 anos de idade, cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, objetivou descrever variáveis sociodemográficas e de saúde desses cuidadores associando os cuidados realizados à resiliência. Utilizando a mesma escala de resiliência do presente estudo, em seus resultados, os cuidadores tiveram média a alta resiliência, que foi influenciada pelas condições sociodemográficas, hábitos de vida e condição de saúde. No que tange as dificuldades para cuidar de idosos com doença de Alzheimer, os cuidadores conseguiram realizar essa atividade com mais eficácia quando possuíam conhecimento sobre a doença e recebiam ajuda de outras pessoas.

O nível elevado de resiliência dos cuidadores verificado em seu estudo pode estar relacionado também ao fato de que a maioria desses cuidadores recebia ajuda de familiares, vizinhos e amigos para as atividades de cuidado, e 36 deles tinham experiência prévia como cuidadores.

A Tabela 6 demonstrou que o subgrupo DA avançada foi o que mais apresentou estresse significativo, seguido pelo subgrupo DA moderada. Todos os subgrupos de DA, assim como o grupo DA geral, apresentaram mais estresse significativo comparado ao grupo DM, onde houve uma frequência igual entre aqueles que relatam estresse significativo e não significativo.

Para Lipp (2000), o estresse pode desencadear respostas positivas ou negativas, dependendo da reação que o estimulou. Essa reação pode ser psicológica, física, mental ou hormonal. A resposta negativa significa uma não adaptação do indivíduo à situação imposta, levando a uma diminuição da produtividade e, portanto, da qualidade de vida da pessoa.

A doença de Alzheimer configura-se como um problema que atinge especialmente a vida pessoal e familiar dos cuidadores. Estes podem se sentir deprimidos, ansiosos e estressados devido ao cuidado prestado, muitas vezes sem respaldo de outros familiares ou outros tipos de apoio. O fato de desconhecerem sobre a doença e seus estágios também pode contribuir para suas instabilidades emocionais.

Ao contrário deste estudo, Gratão (2010) fazendo uso da mesma escala, verificou em seus resultados que os escores apontados não rastrearam desconforto emocional nos cuidadores estudados em sua amostra.

Em estudo observacional e descritivo realizado na cidade de Uberlândia – MG, Lawal e Rezende (2006), verificaram o impacto do envelhecimento com dependência em 28 cuidadores familiares de pacientes com doença de Alzheimer. Utilizaram o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, e a variável estresse esteve presente em 60,7% dos cuidadores de sua amostra, deixando evidente o estresse físico e mental ao qual são submetidos os cuidadores, em especial os familiares.

Lazarus e Folkman (1984) alertam que o desconhecimento sobre como lidar adequadamente com o idoso pode levar a um estado de estresse crônico, algumas vezes ao isolamento social, incrementando ainda mais os riscos de patologias físicas e mentais como depressão, ansiedade e *burnout*.

No presente trabalho foi observado que os cuidadores de idosos com DA se encontravam significativamente mais estressados que cuidadores do grupo DM. Estes resultados comprovam a sobrecarga emocional que a doença causa nos membros da família, especialmente nos cuidadores primários, devido ao fato de conviverem diariamente com o familiar doente, responsabilizando-se por cuidar da rotina e do bem estar do enfermo nas 24 do dia. O risco de exaustão diminui se os profissionais de saúde, principalmente a equipe de enfermagem que possui como característica essencial o cuidado, intervierem junto aos cuidadores, suprimindo suas carências de informações a respeito da doença e informando-os sobre os recursos disponíveis.

A Tabela 7 representou o nível de ansiedade dos cuidadores utilizando o Inventário de Ansiedade de Beck, comprovando um escore alto entre os cuidadores de DA, sendo que ansiedade grave foi frequente no subgrupo DA moderada, seguido pelo subgrupo DA avançada.

As consequências negativas do cuidado sobre a saúde mental do cuidador têm sido exaustivamente documentadas na literatura. Estas podem ser advindas da falta de orientação por parte do cuidador, para que ele possa entender melhor os impactos típicos da demência e suas possíveis consequências no contexto de cuidados. Dessa forma entende-se a importância de se dirigir uma atenção especial ao cuidador familiar, sabendo que esta tem um impacto direto na qualidade do trabalho prestado e conseqüentemente na sua qualidade de vida, assim como do receptor de cuidados.

Bandeira et al. (2007) valendo-se de uma amostra brasileira de 129 cuidadores e 145 não cuidadores de idosos com demência, verificaram a ocorrência frequente de ansiedade nessa população, identificando diferentes níveis desta variável em diferentes espaços de tempo. Relacionaram ao alto nível de ansiedade a desesperança, ao tempo em que o cuidador vem exercendo a atividade (maior tempo maior nível de ansiedade) e ao estágio da demência, ou seja, estágios mais avançados da doença identificaram maior comprometimento nos aspectos cognitivos e funcionais do doente, o que sugere maior supervisão e envolvimento do cuidador.

Fernandes e Garcia (2009) avaliaram em uma população de 30 mulheres cuidadoras familiar de idosos dependentes os atributos de tensão. A variável ansiedade esteve presente em todas as cuidadoras, apresentando um escore de 30,87 e mediana de 31 pontos, sendo que em 3,3% da população expressava de forma acentuada, 46,7% de forma moderada e 50% de forma leve. Os dados são importantes na medida em que uma parcela significativa desses cuidadores está sob o risco de desenvolver desordens depressivas e ansiedade, principalmente as mulheres que respondem intensamente a tensão e passam mais tempo exercendo as atividades de cuidado do idoso e da casa.

Muitos aspectos podem estar envolvidos no sentimento de ansiedade por parte do cuidador, como o desconhecimento sobre demência, sua gravidade, medo da perda, convivência diária e ininterrupta associada à prestação de cuidados.

Ao analisar o nível de depressão (Tabela 8), a pesquisa mostrou que menos da metade dos cuidadores do grupo DA como um todo apresentou depressão leve e moderada conforme escala do Inventário de Depressão Beck. Do subgrupo DA avançada, os cuidadores apresentaram depressão leve, seguidos do subgrupo DA moderada. Do grupo DM menos da metade dos cuidadores apresentaram depressão leve.

Zarit e Zarit (1987) destacam que cuidadores apresentam taxa mais alta de depressão e outros sintomas psiquiátricos e têm uma maior propensão a problemas de saúde quando comparados com pessoas da mesma idade que não são cuidadores. O autor chama a atenção ainda para o fato de que os cuidadores participam menos de atividades sociais e apresentam mais problemas ocupacionais.

Pawlowski et al. (2010), buscaram avaliar a presença de sintomas depressivos em cuidadores familiares de idosos com síndrome demencial comparados a não cuidadores na cidade de Porto Alegre - RS. Utilizando o mesmo

inventário de depressão do presente estudo, em uma amostra de 84 cuidadores e 101 não cuidadores, revelaram níveis mais elevados de sintomas depressivos e maior gravidade nos aspectos cognitivos e afetivos do inventário de depressão quando comparados aos não cuidadores.

A esse respeito também dissertaram Torti et al. (2004) ao relacionarem ser a depressão um dos maiores problemas enfrentados pelos cuidadores de pacientes com demência. Nos apontamentos de Gaugler, Kane e Newcomer (2007), em estudo americano multicêntrico que utilizou dados de 1.979 cuidadores de demência, houve uma média de 60% de cuidadores apresentando-se clinicamente deprimidos, sendo eles predominantemente do gênero feminino.

Pinquart e Sorensen (2002) corroboram em seus estudos de metanálise, e trazem à luz da discussão que cuidadores do sexo feminino são os que mais referem horas de cuidado, alto nível de sobrecarga e depressão e menores níveis de saúde física e bem estar subjetivo quando comparados aos homens.

Resultados opostos foram verificados nos estudos de Gaioli, Furegato e Santos (2012) que objetivou descrever variáveis sociodemográficas e de saúde em 101 cuidadores de idosos com DA, na cidade de Ribeirão Preto - SP. Em seu estudo, utilizando também o Inventário de Depressão de Beck, não houve pontuação para depressão entre os cuidadores. Os autores relacionaram esse achado com o alto nível de resiliência verificada na amostra.

Haley et al. (2008) acompanharam por dois anos, uma amostra randomizada de 254 cuidadores, com média de 71,1% anos de idade, de pessoas com demência que haviam falecido. O objetivo do estudo foi examinar efeitos conjuntos de luto e intervenção do cuidado nos sintomas depressivos dos cuidadores. Suporte psicológico foi oferecido a um grupo de cuidadores como maneira de intervenção. Os cuidadores que receberam intervenção foram significativamente mais resilientes, além disso, mais propensos em longo prazo, ao desenvolvimento de sintomas depressivos antes e após o luto, sugerindo assim a resiliência à depressão, enquanto cuidadores de controle eram mais propensos a apresentar sintomas depressivos crônicos antes e após o luto. Os autores sugerem que cuidadores que possuem conhecimento, habilidades, e suporte por meio da intervenção, podem encontrar recursos valiosos no despendimento da assistência, assim como enfrentarem os desafios de lidar com a morte de um ente querido.

O fato de assumir sozinho na maioria das vezes os cuidados com o idoso no domicílio, o convívio frequente, a falta de tempo de se dedicar a outras atividades, de realizar atividades físicas ou de lazer, a falta de apoio de outros familiares, podem fazer com que muitos cuidadores se sintam isolados e deprimidos. A enfermagem pode e deve colaborar com seus conhecimentos na equipe multiprofissional, planejando o cuidado do idoso com demência assim como de seu cuidador familiar.

Analisando os dados da Tabela 9 sobre sobrecarga segundo a Escala de Sobrecarga de Zarit, 30,3% do grupo DA apresentou sobrecarga moderada ou sobrecarga intensa. Os cuidadores mais sobrecarregados são do subgrupo DA avançada, onde 47,3% foram avaliados com sobrecarga intensa. A maioria dos cuidadores do grupo DM, 30,1%, não apresentou sobrecarga, deste grupo 26,6% apresentaram sobrecarga intensa e na mesma proporção apresentaram sobrecarga leve. Manoel et al. (2013) em estudo descritivo com cuidadores familiares de doenças crônicas, também encontraram em seus resultados escores para moderada sobrecarga nos cuidadores e concluíram que os cuidadores que percebem o cuidado com grande responsabilidade foram aqueles que apresentaram maior sobrecarga.

Fialho et al. (2009) relata que quando o cuidador é capaz de reconhecer as alterações próprias da doença de Alzheimer e seus estágios, muitos problemas podem ser evitados e a sobrecarga pode ser minimizada. A presença e a gravidade de manifestações comportamentais no idoso com demência estão associadas ao alto nível de sobrecarga do cuidador.

O estudo epidemiológico de Rourke e Tuokko (2004), com 137 cuidadores de idosos na comunidade de Vancouver, Canadá, encontrou média inferior a presente pesquisa. Em seus resultados, a média dos escores pontuou para moderada a leve sobrecarga. Corroborando, Amendola et al. (2008) em estudo transversal com 66 cuidadores de idosos dependentes, realizado na cidade de São Paulo, revelaram média de escores de moderada a leve sobrecarga.

Luzardo, Gorini e Silva (2006) e Gratão et al. (2012) também utilizaram a escala de sobrecarga de Zarit em seus estudos e verificaram que cuidadores mais velhos estão mais susceptíveis à sobrecarga, entretanto os mais jovens podem sofrer de isolamento e maiores restrições sociais. Outros prevalentes para a sobrecarga somaram-se o assumir tarefas além das já exercidas fora de casa,

resultando em acúmulo de funções e conseqüente sobrecarga na vida social, física, emocional e espiritual sobrepondo ao próprio cuidado.

Um estudo de Loureiro (2009), realizado em Portugal, objetivando avaliar a sobrecarga física, emocional e social e relacioná-las com outras variáveis utilizou uma amostra de 32 cuidadores informais de idosos com demência. Os resultados mostraram que a sobrecarga emocional é a dimensão mais alterada nos cuidadores em ambos os sexos, no entanto, as mulheres tem uma maior percepção da sobrecarga, uma vez que despendem um tempo maior na prestação de cuidados, veem a sua saúde mais afetada, referem mais restrições sociais em comparação aos homens. Em suma, os resultados sugerem no geral que os cuidadores informais apresentam níveis consideráveis de sobrecarga física, emocional e social. Entretanto, esse achado, não teve relação da sobrecarga com o estadiamento da demência.

Os resultados do presente estudo evidenciaram a ocorrência de sintomas depressivos e outros transtornos mentais entre cuidadores familiares de duas doenças crônicas. Estes foram mais evidentes nos cuidadores de pessoas com DA, certamente por sua característica progressiva e neurodegenerativa, e às vezes por falta de orientação para que eles possam entender melhor os impactos típicos da demência no idoso e suas possíveis conseqüências no contexto de cuidados. De modo geral, a literatura resume esses transtornos em ônus físico e financeiro, que tende a se agravar com a evolução da doença, falta de informações suficientes aos cuidadores para exercerem o cuidado, poucos recursos sociais de apoio, escassez de pessoas especializadas que possam dar suporte e poucas fontes de apoio emocional.

Ao fazer a comparação, por meio do teste de correlação de Spearman entre a variável resiliência e as variáveis estresse, sobrecarga, ansiedade e depressão (Tabela 10), verificaram-se correlações moderadas entre resiliência e sobrecarga assim como entre resiliência e ansiedade, no subgrupo DA leve. Também se observou uma correlação leve, mas negativa, entre resiliência e depressão no grupo DM.

Resultado semelhante foi evidenciado no estudo internacional de Fernández-Lanzac et al. (2012) onde avaliaram a resiliência de 53 cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. Em seus achados, pontuações mais altas de resiliência também se correlacionaram significativamente com a sobrecarga, com níveis de

neuroticismo e extroversão, auto eficácia e autoestima, e menor uso de estratégias de enfrentamento focadas nas emoções.

Achados contrários ao do presente estudo foram verificados nos resultados de Scott (2010) em estudo norte-americano, quantitativo, que teve como objetivo explorar o efeito moderador da resiliência na relação entre estresse e preditores da sobrecarga. Sua amostra constituiu-se em 111 cuidadores de pessoas com Alzheimer, e houve relação inversa entre os escores de resiliência e sobrecarga, ou seja, quanto maior a resiliência menor a sobrecarga do cuidador. O autor concluiu que esses achados chamam a atenção para a importância aos cuidadores de pessoa que tem DA, e para a implementação de suportes e intervenções que aumentem a resiliência.

Valente et al. (2013), em estudo transversal com 49 pacientes com demência e seus cuidadores, realizado no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, mostraram uma predominância à presença de problemas emocionais, sendo a ansiedade o tipo mais frequente entre os cuidadores de DA.

Nos resultados de Garrido e Menezes (2004), em estudo transversal com 49 idosos diagnosticados com demência e seus cuidadores, realizado em um hospital – escola no município de São Paulo, a maior média de sobrecarga esteve associada com pior saúde física, parentesco mais próximo com o paciente e presença de sintomas psiquiátricos.

O cuidador, além de atender as demandas do cuidado, já passa muitas vezes por suas próprias adversidades da vida, por problemas conjugais, familiares, desempregos e demais infortúnios pessoais. E invariavelmente, a demanda extra de cuidados trazem prejuízos à sua saúde, sendo evidenciados pelo cansaço, pelo estresse, e até mesmo por seu adoecimento devido à sobrecarga que uma doença como a DA lhe impõe.

Quando se verificou o nível de resiliência associado ao de depressão, no grupo DM, observou-se um coeficiente fraco e negativo (-0,2), ou seja, os níveis de resiliência aumentam, conforme os níveis de depressão diminuem, discretamente.

Os resultados do presente estudo corroboram os achados de Clay et al. (2008) que objetivou analisar a satisfação com o suporte social, sintomas de depressão, explicando assim a resiliência entre cuidadores negros e brancos. Em sua amostra de 166 cuidadores americanos de pessoas diagnosticadas com demência, acompanhados por cinco anos, os cuidadores negros tiveram maior

satisfação com a vida do que os brancos e poucos sintomas de depressão. A resiliência nos cuidadores negros foi explicada pelos seus altos níveis de satisfação com o suporte social e com a vida e pelos baixos níveis de sintomas depressivos, comparados aos cuidadores brancos.

O estudo valeu-se de uma comparação das médias dos escores das variáveis de resiliência, depressão, ansiedade, estresse e sobrecarga entre os cuidadores do grupo DA e grupo DM, apresentando médias, no decorrer das comparações significativamente diferentes entre os grupos. A Tabela 11 evidencia que entre os escores de resiliência, depressão e ansiedade não há diferença entre os grupos de cuidadores, ou seja, o nível desses sintomas, em média, é igual para todos os grupos.

Uma hipótese para esses resultados é que se tratam ambas de doenças crônicas e o fato de uma delas ser neurodegenerativa não modifica a resiliência do cuidador. O estágio da demência também não torna a resiliência mais baixa, comparada à dos cuidadores de uma doença crônica não neurodegenerativa. Entretanto, a média dos escores de estresse foi significativamente diferente entre os grupos DA e DM, ou seja, os cuidadores de idosos com DA são mais estressados que os cuidadores de DM. Já para a variável sobrecarga, houve uma diferenciação entre o subgrupo DA avançada e DM, se comparada aos subgrupos de DA leve e DA moderada, o que permite afirmar que a gravidade da demência influi na sobrecarga.

Desse modo, compreende-se que estágios mais avançados da demência exigem uma demanda maior de cuidados, sobrecarregando os cuidadores familiares. Os estudos sobre cuidadores de idosos com demência revelam que o distúrbio do comportamento do idoso provocado pela doença é um dos fatores mais importantes no agravamento da sobrecarga do cuidador (GARRIDO; MENEZES, 2004; LUZARDO et al., 2006).

Lampert (2009) realizou estudo com uma amostra de 20 cuidadores primários de pacientes com demência na cidade de Porto Alegre – RS, cujo objetivo foi investigar como as redes de apoio social e resiliência interferem nas alterações psicológicas, neuroendócrinas e imunológicas do estresse crônico. Em seus resultados, a resiliência e rede de apoio social atenuaram os efeitos do estresse crônico na sobrecarga emocional dos cuidadores. A autora concluiu que o estresse crônico está relacionado à sobrecarga emocional nos cuidadores.

Por meio de uma análise de regressão linear múltipla, (Tabelas 12 e 13), foi verificado que algumas variáveis interferem no desfecho do nível de resiliência dos cuidadores. As variáveis que contribuíram significativamente para o aumento dos níveis de resiliência dos cuidadores do grupo DA e seus subgrupos (Tabela 12), foram: sobrecarga, quanto mais esta variável está presente maior a resiliência do cuidador, dias da semana dedicados ao cuidado, grau de parentesco nora/genro, cônjuges e outros em relação àqueles que são filhos do idoso com DA, boa autopercepção de saúde física em relação àqueles que a consideraram ótima e realizar outras atividades além do cuidado, quando comparados àqueles que não realizam.

Já as variáveis que interferiram na resiliência, diminuindo o seu nível nos cuidadores foram: média autopercepção de saúde mental em relação aos cuidadores que a consideraram ótima, depressão, conforme o aumento desta a resiliência diminuía, e o fato de o cuidador pertencer à classe A2 em relação àqueles que pertenciam as classes B1 e C1.

Referente à sobrecarga, os resultados do presente estudo corroboram os achados de Cassis et al. (2007) e Torti et al. (2004), que apresentaram a prevalência de maior nível de sobrecarga conforme o tempo dispendido para o cuidado. Scott (2010) em contrapartida achou relação inversa entre os escores de resiliência e sobrecarga, ou seja, quanto maior a resiliência, menor a sobrecarga do cuidador.

Lemos, Gazzola e Ramos (2006) apresentaram como resultado que conforme suas características, a DA traz consequências significativas para a dinâmica familiar, interferindo na qualidade de vida dos envolvidos, de um lado provocando a dependência do doente e de outro levando a uma tarefa desgastante, principalmente quando estende-se por um longo período.

No presente estudo, o grau de parentesco proporcionou um aumento de resiliência quando se tratou de cônjuges, nora ou genro e outros, contrapondo com a diminuição quando se tratou de filho/a do idoso com DA. Em contrapartida, nos resultados de Gaioli et al. (2012), foi verificado que os filhos e cônjuges apresentaram médio e alto grau de resiliência quando comparados a irmãos e cunhados. O presente estudo corrobora com os dados desses mesmos autores, que trazem em seus resultados que a boa percepção de saúde física teve associação com um elevado nível de resiliência.

No estudo de Fernández-Lanzac et al. (2012), a resiliência foi significativamente associada com o estado emocional e físico mais pobre do cuidador, e foi também relacionada com ansiedade, depressão, uso de psicotrópicos e hábitos saudáveis. Nos seus resultados, pontuações mais altas de resiliência correlacionaram significativamente com a sobrecarga, assim como os achados da presente pesquisa. Os autores concluíram que a resiliência está associada a um melhor estado físico e emocional do cuidador e com sua capacidade de lidar com a situação.

Cuidadores que realizavam outras atividades também tiveram um aumento significativo em sua resiliência quando comparados àqueles que não realizavam. A esse respeito, vários trabalhos apontaram sobre a necessidade de cuidadores desenvolverem atividades extras. Observaram que cuidadores que participam em atividades da comunidade, de grupos de apoio e tem suporte social enfrentam melhor sua função (GARRIDO; ALMEIDA, 1999; LOPES; MASSINELLI, 2013).

Uma revisão sistemática recente e interessante realizada por Dias et al. (2015), sobre conceituação, abordagens metodológicas e modelos determinantes relacionados a resiliência dos cuidadores de pessoas com demência, também apresentou em seus resultados que níveis mais altos de resiliência foram relacionados com taxas mais baixas de depressão e melhor saúde física. Os autores concluíram que o apoio social foi um fator moderador da resiliência, pois encontraram que uma variedade de tipos de apoio parece aliviar a sobrecarga física e mental causada pelo estresse.

A esse respeito, Oliveira e Caldana (2012) relatam que o suporte social no Brasil para os cuidadores de idosos com Alzheimer se mostra frágil e de difícil acesso, isto porque a ajuda advinda das instituições se restringe em fornecer informações a respeito da doença, orientar os familiares quanto aos cuidados com o idoso e promover grupos de apoio.

Características sociodemográficas do cuidador, grau de dependência do idoso, falta de conhecimento do cuidador sobre a doença de Alzheimer e seus estágios, falta de habilidades, falta de apoio formal e informal, estratégias de *coping* utilizadas, falta de atividades de lazer, são fatores que podem estar relacionados com a sobrecarga, ansiedade, depressão, estresse e inclusive com o nível de resiliência dos cuidadores.

No presente estudo, todos os cuidadores eram familiares não remunerados e, além disso, tinham a carga emocional por serem integrantes da família. Isso mostra que o cuidado para essas pessoas é aceito e desenvolvido de uma forma acrítica, muitas vezes imposto pela tradição familiar, refletindo na sua qualidade de vida e na qualidade do cuidado prestado.

Nesse sentido, o cuidador familiar necessita de orientação sobre como proceder nas situações do dia a dia, principalmente naquelas mais difíceis e receber visitas periódicas de profissionais da área da saúde, e suporte familiar. Assim estarão menos propensos ao desgaste de cuidar, poderão ter uma melhor autoestima e conseqüente preservação de sua saúde mental.

Quanto aos dados comparativos do grupo DM verificou-se que a maioria dos cuidadores são mulheres, que pertencem a classificação econômica C1, com média de idade de 53 anos e média de 5 anos de estudo. O grupo apresentou resiliência moderada, sendo que apenas um cuidador pontuou para alta resiliência. Os escores de estresse ficaram igualmente distribuídos entre os cuidadores, metade apresentou estresse classificado como significativo e metade estresse não significativo. Cuidadores com alto nível de ansiedade atingiram 53%, os demais com nível moderado, já que não houve escores de baixo nível de ansiedade entre estes cuidadores. Os níveis de depressão também não foram significativos, ou seja, apenas 1 cuidador apresentou depressão moderada e 7 apresentaram depressão caracterizada como leve. A sobrecarga ficou dividida em: mínima (30%), grave e leve (26,67 cada) e moderada (16,67%).

Já as variáveis que interferiram no nível de resiliência dos cuidadores de familiares com diabetes (Tabela 13), foram apenas depressão e idade, conforme estas aumentavam a resiliência diminuía.

A depressão, estresse, a sobrecarga, características psicológicas e recursos sociais, econômicos e familiares representam grande associação com a resiliência.

Em estudo nacional, Lampert (2009) propôs investigar como as redes de apoio social e a resiliência interferem nas alterações psicológicas, neuroendócrinas e imunológicas do estresse crônico em cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. Nos seus resultados, a resiliência também esteve associada inversamente com a depressão.

Garces et al. (2012) entrevistaram seis cuidadores entre 40 e 69 anos com o objetivo de avaliar a resiliência em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer,

associando com outras variáveis psicológicas. Os resultados sugeriram que embora a maioria dos cuidadores tivesse a probabilidade de desenvolver transtornos psiquiátricos, os cuidadores mostraram alta disposição à resiliência. Também destacaram que houve associação significativa entre resiliência e idade, quanto maior a idade do cuidador, maior seu nível de resiliência, contrário aos achados do presente estudo.

Em estudo realizado na Espanha, Carvalho et al. (2006) utilizaram uma amostra de 265 cuidadores formais de idosos pertencentes a diversas instituições geriátricas. Os achados mais significativos demonstraram que cuidadores com altas pontuações de resiliência, obtiveram maiores níveis de eficácia e compromisso laboral e exteriorizaram menos sobrecarga emocional, quando comparados àqueles com baixas pontuações de resiliência.

Tavares et al. (2011) buscou caracterizar resiliência e variáveis sociodemográficas de saúde/doença de pessoas com *diabetes mellitus*, e teve como resultado escores de resiliência elevados, que apresentaram associação entre idade (menor/igual a 60 anos e mais de 60 anos) e resiliência. Entretanto, não mostrou relação com as demais variáveis (religião, gênero, estado civil, escolaridade, classe econômica). Ao analisar a relação com menor idade obteve significância, o que lhe permitiu afirmar que pessoas com mais de 60 anos são mais resilientes.

O autor concluiu que o fato de a resiliência ser dinâmica, reforça sua relevância na adaptação de demandas saúde/doença, promovendo uma melhor qualidade de vida. Como sugestão recomendou que o enfoque resiliência fosse reforçado no cuidador de pessoas com DM, buscando desenvolver os aspectos de autoestima, felicidade, otimismo, satisfação, esperança, fortalecimento das relações sociais e familiares para o apoio ao cuidado.

Corroborando, Walsh (1998) afirma que pessoas com baixa resiliência tendem a centrar suas vidas em torno das experiências negativas, negligenciando outras dimensões de seu viver, enquanto que outras com elevada resiliência desenvolvem certas habilidades que lhes possibilitam assumir o cuidado e o compromisso com sua própria vida a fim de recuperar sua saúde.

As famílias que cuidam de um doente crônico passam por problemas emocionais, econômicos e sociais. Diante disso é necessário que a família desenvolva suas capacidades resilientes. Ajudar essas pessoas a descobrir

condições de se manterem saudáveis no cuidado cotidiano, capacitá-las, aceitá-las e torná-las confiantes é uma forma de trabalhar sua resiliência.

Simonetti e Ferreira (2008) buscaram detectar estratégias de *coping* utilizadas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica, justificando ser essa atividade geradora de estresse. A amostra foi de 16 indivíduos, sendo 12 com idade acima de 50 anos. Observaram que as estratégias mais utilizadas pelos cuidadores centram-se na emoção e que a tarefa de cuidar requer mudanças em suas vidas, que quando não ocorre auxílio, desencadeia-se uma sobrecarga, perda da liberdade e frustração. Com maior pontuação foi relacionado o estresse associado à falta de ajuda dos demais familiares e a não divisão das responsabilidades.

Outros estudos envolvendo pessoas com diabetes, como o de Rossi, Pace e Hayashida (2009) verificaram que ações como apoio familiar, adesão a hábitos saudáveis e a participação em grupos da comunidade constituem-se em pontos positivos para aceitação da doença, assim como a preocupação, depressão, medo da mudança na terapêutica revestem-se de reações negativas. O estudo também mostrou que grande parte dos cuidados são executados por familiares, o que torna necessário uma orientação para que assumam as responsabilidades adequadamente e que a participação familiar é uma referência positiva para o doente.

Silva et al. (2003) mostraram preocupação em analisar os efeitos do apoio social na qualidade de vida de indivíduos com diabetes, valeram-se de uma amostra de 316 sujeitos com diabetes tipo 1 e 2, de ambos os sexos e idades entre 16 a 84 anos. Concluíram que o apoio social desempenha papel importante no controle da doença, conseqüentemente promovendo uma melhor qualidade de vida dos indivíduos, sendo que a presença de complicações da doença crônica apresentou relação significativa quando ocorreu uma menor satisfação com as amizades. Neste sentido, o apoio do cuidador/familiar está associado à manutenção do bem-estar, prevenção de estresse, estabilização de glicose no sangue e um melhor controle metabólico, portanto, doentes com diabetes que referem maior satisfação com o apoio social apresentam uma melhor qualidade de vida na maioria dos domínios.

Os resultados do presente estudo nos levam a crer que cuidar de uma pessoa com doença crônica pode causar alterações em vários aspectos da saúde do cuidador. Uma saúde precária pode interferir na qualidade do cuidado prestado e também ser um fator que contribui para a institucionalização da pessoa que está

sendo cuidada. Neste cenário, é fundamental o apoio prestado pelos programas interdisciplinares voltados não apenas aos idosos, mas também para os familiares que exercem o cuidado.

Dessa forma, entende-se a importância de promover o desenvolvimento de competências de resolução de problemas, para que aumentem e se diversifiquem mais as estratégias de enfrentamento das dificuldades inerentes à prestação de cuidados. Assim se ajudará a diminuir a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador, e também como forma de promover sua resiliência.

8 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo propiciam as seguintes conclusões:

- a) Os níveis de estresse nos cuidadores de familiares com DA são maiores que em cuidadores de pessoas com diabetes.
- b) Os níveis de sobrecarga nos cuidadores de familiares com DA também são maiores que nos cuidadores de familiares com diabetes.
- c) Cuidadores de familiares com DA moderada ou avançada apresentam mais ansiedade caracterizada como grave que cuidadores de pessoas com diabetes.
- d) Mais cuidadores de familiares com DA apresentam depressão leve a moderada, comparados à cuidadores de familiares com diabetes.
- e) Cuidadores de DA despendem maior tempo de horas de cuidado diário e realizam um maior número de atividades de cuidado, comparados aos cuidadores de pessoas com diabetes.
- f) Cuidadores de familiares com DA e DM apresentam igualmente resiliência moderada.
- g) Análise de regressão linear mostrou que algumas variáveis tem desfecho no nível de resiliência dos cuidadores, sendo elas: sobrecarga, aumento de dias da semana que cuidam do idoso, grau de parentesco classificado como nora/genro, cônjuges e outros, quando comparados com filhos, autopercepção de boa saúde física e média saúde mental, realizar outras atividades além do cuidado, depressão e idade.

Hipoteticamente pode-se dizer que em se tratando de duas doenças crônicas, o fato de uma delas ser neurodegenerativa não modificou a resiliência do cuidador. Pensando nos encargos que a doença de Alzheimer gera em seus cuidadores familiares, estes tiveram que empreender um esforço psicológico muito maior para chegarem a um mesmo nível de resiliência que os cuidadores do grupo DM. Sobretudo se for levado em consideração que seus níveis de estresse, sobrecarga, ansiedade e depressão foram maiores que no grupo DM.

Os resultados também revelam que cuidar de familiares com doenças crônicas, neurodegenerativas ou não, gera sobrecarga assim como sintomas emocionais de estresse, ansiedade e depressão.

Considerando que a resiliência pode ser desenvolvida, a enfermagem pode contribuir conhecendo o perfil de seus usuários, valorizando os recursos disponíveis, identificando suas fragilidades e fortalecendo seus pontos positivos, minimizando seus sintomas de estresse, depressão, ansiedade e sobrecarga.

Uma lacuna identificada no estudo que merece ser destacada é a escassez de publicações de pesquisas quantitativas que abordam a temática resiliência, pois no Brasil verifica-se uma tendência a prevalência de estudos que abordam mais subjetivamente este tema. Isso dificultou em alguns aspectos a comparação dos resultados com outros estudos nacionais.

Espera-se que estes achados possam favorecer a conscientização dos profissionais da área da saúde, sobre uma maior atenção à demanda na saúde do cuidador especialmente de DA, para que estes possam como retorno, garantir uma melhor qualidade do cuidado prestado.

REFERÊNCIAS

- AHERN, N.R. et al. A review of instruments measuring resilience. **Issues in Comprehensive Pediatric Nursing**, London, v. 29, n. 2, p.103-125, 2006.
- ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. **World Alzheimer Report 2009**. Available on:< <http://www.ge.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>>. Access in: 21 Mayo, 2013.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 45, n.4, p. 884-9, 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico das perturbações mentais: DSM-IV-TR**. 4. ed. Lisboa: Climepsi, 2002.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V-TR**. 5. ed. Artmed, 2014, pp.611-616.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-294, jul./dez. 1998.
- ARAÚJO, F. A. F. M.; NAKANO, T. C.; GOUVEIA, M. L.A. Prevalência de depressão e ansiedade em detentos. **Avaliação Psicológica**, Porto Alegre, v. 8, n. 3, dez.2009. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29maio2014.
- ARAÚJO, C. L. O.; NICOLI, J. S. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.13, n.1, p. 231-244, jun. 2010.
- AVERSI-FERREIRA, T. A. A.; RODRIGUES, H. G.R.; PAIVA, L. R. Efeitos do envelhecimento sobre o encéfalo. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 5, n. 2, p. 46-64, 2008.
- BADIA, L. X. et al. Calidad de vida, tiempo de dedicacion y carga percebida por el cuidador principal informal del enfermo de alzheimer. **Revista Atención Primário à Saúde**, Juiz de Fora, v. 34, n. 4, p. 170-177, 2004.
- BAGNE, B. M.; GASPARINO, R. C. Qualidade de vida do cuidador do portador de Doença de Alzheimer. **Revista Enfermagem UERj**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 258-263, 2014. Disponível em: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13668>>. Acesso em: 21 dez. 2014.
- BANDEIRA, D. R. et al. Psychological distress in Brazilian caregivers of relatives with dementia. **Aging & Mental Health**, Londres, v.11, n.2, p. 14-19, jan. 2007.

BARLACH, L. **O que é resiliência humana?** Uma contribuição para a construção do conceito. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp007661.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2012.

BECK, A. T. et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 56, n. 6, p. 893-897, Dec. 1988.

BECK, A. T.; EMERY, G.; GREENBERG, R. L. **Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective**. New York: Basic Books, 1985.

BECK, A. T.; WARD, C.; MENDELSON, M. Beck Depression Inventory (BDI). **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v.4,p. 561-571, 1961.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial [CAPS]**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=>. Acesso em: 11 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 1395, de 9 dezembro de 1999: aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 20-24, 13 de dezembro 1999. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 1395, de 09/12/1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, p. 20-24, 13/12/1999.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego/Secretaria de Políticas Públicas e de emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO**, 2002. Brasília: MTE, 2002.

_____. Ministério do Trabalho em Emprego (MTE). Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). **Cuidadores**. Disponível em: <<http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/ResultadoFamiliaDescricao.jsf>>. Acesso em: 21 out. 2013.

BULLA, L. C. et al. O familiar cuidador do idoso com Alzheimer: uma avaliação da qualidade de vida e do estresse psicossocial. In: REGIONAL DA SBPC/RS., 2. Rio Grande do Sul, 2006. **Anais....** Rio Grande do Sul, 2006.

CARAMELLI, P.; Barbosa, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. Supl. I, p. 7-10, 2002.

CARDOSO L. R. **Sintomas de ansiedade, depressão, nível de estresse, uso de álcool e outras drogas e repertório de habilidades sociais como fatores relacionados ao comportamento sexual de risco em pessoas infectadas pelo HIV em tratamento na cidade de São Paulo.** Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, 2014. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-06082014-093427/fr.php>>. Acesso em: 21 set. 2012.

CARVALHO, V. A. M. L. et al. Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. **Psicothema**, Espanha, v.18, n. 4, p. 791-6, 2006.

CASSIS, S. V. A. et al . Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 497-501, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010442302007000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 dez. 2014.

CHIESA, A. M. **Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção da Saúde.** 2005. Tese (Livre Docência em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-24082009-153734/>>. Acesso em: 21 set. 2012.

CLAY, O. J. et al. Changes in social support and their impact on psychosocial outcome over a 5-year period for African American and White dementia caregivers. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, New York, v. 23, p. 857–862, 2008. DOI 10.1002/gps.1996

COELHO, G. S.; ALVIM, N. A.T. A dinâmica familiar, as fases do idoso com Alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2013.

COSTA, A. C. G. **A resiliência no mundo do trabalho.** Belo Horizonte (MG): Modus Faciendi; 1993.

DIAS, R. et al. Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre, v. 20, n. 10, p. 1-8, 2015.

DUARTE, J. E.; MELO, R. V.; AZEVEDO, R. S. Cuidando do cuidador. In: MORAES, E. N. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia.** Belo Horizonte: Coopmed, 2008. v.1. cap. 26. p. 371-79.

FAUL, F.G. **Power Version 3.1.9.2.** Universitat Kiel, Germany. Copyright 1992-2014.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Atibutos da tensão do cuidador familiar de idoso dependentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n.4, p. 818-24, 2009.

FERNÁNDEZ-LANSAC V. et al. Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. **Revista Española de Geriátria y Gerontología**, Madrid, v. 47, n. 3, p.102–109, 2012.

FERREIRA, F. et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde** [periódico online], v. 3, n. 2, p.13-9, 2010. Disponível em: <<http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/495D01F0-D83F-40CF-9CB5-DAFBAB824B7E/2048/Valida%C3%A7%C3%A3odaescaladeZarit1.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2014.

FERREIRA, C. L. et al. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v.46, n.2, p.328-34, 2012.

FIALHO, P. P. A. et al. Dementia caregiver burden in Brazilian sample: association to neuropsychiatric symptoms. **Dementia & Neuropsychologia**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 132-5, Apr-Jun. 2009

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 19, n. 3, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931999000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 maio 2014.

FONSECA, A. M.; SOARES, E. O cuidador e os cuidados ao portador de doença de alzheimer: contribuições à enfermagem. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 12, n.4, p. 501-507, out./dez. 2008.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Mais de 350 milhões de pessoas sofrem de depressão no mundo. Política de acesso aberto ao conhecimento**. Disponível em:< <http://www.canal.fiocruz.br/destaque/index.php?id=722>>. Acesso em 10 dez. 2014.

GAIOLI, C. C. L. O. **Cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: variáveis sócio demográficas e da saúde associadas à resiliência**. Tese. 105 f. (Doutor em Ciências)-Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2010

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 1, mar.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 abr. 2013.

GALLUCCI NETO; J.; TAMELINI, M. G.; FORLENZA, O. V. Diagnóstico diferencial das demências. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p.119-130,

2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

GARCES, S. B. et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 335-352, 2012.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriatrico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, m.6, p. 835-841, dez. 2004. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600012>. Acesso em: 5 jan. 2015.

GONGORA, M. A. N. Conceitos de depressão. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 115-120, 1981. Disponível em:< <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/7250> >. Acesso em: 29 maio 2014.

GARCES, S. B. B. et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2013.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriatrico. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 835-841, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.bpdf/rsp/v38n6/12.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2010.

GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. P. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: o impacto sobre a vida do cuidador. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2B, p. 427-434, Jun.1999. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000300014&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 5 jan. 2015.

GAUGLER, J.E., KANE, R. L.; NEWCOMER, R. Resilience and Transitions From Dementia Caregiving. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**, Washington, v. 62B, n.1, p. 38–44, 2007.

GONÇALVES, H. A. **Manual de metodologia da pesquisa**. São Paulo: Avercamp, 2005.

GONÇALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio 2013.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n5/depre255b.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2013.

GRATÃO, A. C. M. **Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade**. 2010. 160 f. Tese (Doutorado)-Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2010.

GRATÃO, A. C. M. et al. Family Caregivers Demands from Elderly Individuals with Dementia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, p.873-880, 2010.

_____. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n.2, p. 304-312, abr./jun. 2012.

GRECO, C.; MORELATO, G.; ISON, M. Emociones positivas: una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliência infantil. **Revista Psico-Debate, Psicología, Cultura y Sociedad**, Palermo, v. 7, p. 81-94, 2006. Disponível em: <<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2006.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2012.

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

HARDING, T.W.; ARANGO, M. V.; BALTAZAR, J. Mental disorders in primary health care : a study of their frequency and diagnosis in four developing contries. **Psychological Medicina**, Cambridge, v.10, p. 231-241,1980.

HALEY, W. et al. Long-Term Effects of Bereavement and Caregiver Intervention on Dementia Caregiver Depressive Symptoms. **The Gerontologist**, St. Louis, v. 48, n. 6, p. 732–740, 2008.

INOUYE, k. et al. Percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 2, abr. 2009. Não Paginado.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 891-899, maio 2010.

JORM, A. F. **The Epidemiology of Alzheimer's Disease and Related Disorders**. London: Chapman and Hill; 1990.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 861-866, jun. 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300019>. Acesso em: 5 jan. 2015.

LACHARITÉ, C. From risk to psychosocial resilience: conceptual models and avenues for family intervention. **Texto Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v.14, n. Esp, p. 71- 7, 2005.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAMPERT, S. S. **Rede de apoio social, resiliência e marcadores imunológicos em idosos cuidadores de pacientes com demência**. 2009. 60 f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica- Pontifícia Universidade Católica, Rio Grande do Sul, 2009.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: SprinAlzr; 1984.

LAWOKO, S.; SOARES, J. J. F. Distress and hopelessness among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases, and parents of healthy children. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 52, p. 193-208, 2002.

LEMOES, N. D.; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, L.R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 May 2013.

LOPES, S. R. A.; MASSINELLI, C. J. Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 134-145, jan./abr. 2013.

LOUREIRO, N. V. **A sobrecarga física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos com demência**. 2009. 172 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2009.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, out-dez, pp. 587-594, 2006.

MANOEL, M. F. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. Escola **Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 346-353, abr./jun. 2013.

MCKHANN, G. M. et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. **Alzheimers Dement**. 2011 May;7(3):263-9. PubMed PMID: 21514250. Epub 2011/04/26. eng.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using relative operating characteristic (ROC) analysis. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 15, p. 651-659, 1985.

_____. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. **The British Journal of Psychiatry**, London, v. 148, p.23-26, 1986.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 520-525, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000300019&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 out. 2013.

MOREIRA, R. C. et al. Vivências em família das necessidades de cuidados referentes à insulinoterapia e prevenção do pé diabético. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, jun. 2008.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n.1, p. 47-53, mar. 2008.

NERI, A. L. **Palavras – chave em Gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001.

NORONHA, M.G.R.C.S. et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr. 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200018>>. Acesso em: 22 set. 2012.

NOVELLI, M. M. P. C.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 139-147, maio./ago. 2010.

NUNES, P.; BUENO R.; NARDI, A. E. **Psiquiatria e Saúde Mental: Conceitos Clínicos e Terapêuticos Fundamentais**. São Paulo: Atheneu; 2006.

OLIVEIRA, A. M. N. Abordagem familiar na dependência química. In: SILVA, F.A.; SILVA, E.S.; MEDINA, J.S. (Org.). **Uso de drogas psicoativas: teorias e métodos para multiplicador prevencionista**. 2. ed. Rio Grande: CENPRE, 2012. p. 87-100.

OLIVEIRA, M. A. et al . Resiliência: análisis de las publicaciones em el período de 2000 a 2006. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 4, dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2012.

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 675-685, 2012.

O'ROURKE, N.; TUOKKO, H. A. Caregiver Burden and Depressive Symptomatology: The Association Between Constructs Over Time. **Clinical Gerontologist**, St. Louis, v. 27, n. 4, p. 41-52, 2004.

PAULA, J. A.; ROQUE, F. P.; ARAÚJO, F. S. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 283-287, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000400011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 31 mar. 2013.

PAULINO, F. G. et al. Perfil do cuidador profissional de idosos com demência. CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PSICOGERONTOLOGIA, 3., 2009, São Paulo, 2009. **Anais...** São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – São Paulo, Brasil, 2009. Disponível em: <http://geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-148.pdf>. Acesso em: 23 out. 2013.

PAVARINI, S.C.I.; et al Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.10, n.3, 580-90, 2008. <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a04.pdf>>. Acesso em: 04 dez. 2014

PAWLOWSKI, J. et al . Depressão e relação com idade em cuidadores de familiares portadores de síndrome demencial. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 15, n. 2, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2010000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 maio 2014.

PESCE, Renata P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 436-448, mar.-abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200010>. Acesso em: 03 maio 2013.

PINHEIRO, D.P.N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.9, n. 1, p. 67-75, abr. 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722004000100009>>. Acesso em: 24 set. 2012.

PINQUART. M.; SÖRENSEN, S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? **International psychogeriatrics / IPA**, New York, v.18, n.4, p. 577-95, 2006.

PRINCE; M, et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. **Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association**, Orlando, v. 9, n. 1, p. 63-75 e2, Jan. 2013.

REPPOLD, C.T. et al. Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 248-255, 2012.

ROCHA, B.M.P.; PACHECO, J.E.P. Idoso em situação de dependência: estresse e *coping* do cuidador informal. **Acta Paulista de Enfermagem**. 2013; 26 (1):50-6.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. de et al. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.106-110.

ROSSI, V. R. C.; PACE, A. E.; HAYASHIDA, M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Ciência Et Praxis**, Minas Gerais, v.2, n.3, 2009.

RUTTER, Michael. Resilience as a dynamics concept. **Development and Psychopathology**, London, v. 24, n. 1, p. 335-344, 2012.

SANTOS, C.S. et al. Avaliação da confiabilidade do Mini-exame do estado mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v.15, n3, p.406-412, jul/dez. 2010.

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas (SP): Alínea, 2003.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a07.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2012.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n.1, p. 12-17, mar. 2002.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2013.

SCOTT, C. B. **Alzheimer's Disease Caregiver Burden: does resilience matter?** 2010. 162 f. Dissertação (Mestrado)-University of Tennessee, Tennessee, 2010. Available in:<
http://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1951&context=utk_graddiss
>.Access on: 2 Jan. 2015.

SEQUEIRA, V.C. Resiliência e abrigos. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 65-80, jun.2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2009000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2012.

SILVA, I. et al. Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Porto, v. 4, n. 1, p. 21-32, 2003.

SILVA, M. R. S; ELSÉN, I.; LACHARITÉ, C. Resiliência: concepções, fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. **Revista Paidéia**, Ribeirão Preto, v.13, n.26, p.147-156, jul/dez. 2003.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de enfermidade crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 19-25, 2008.

SMID, J. et al. Caracterização clínica da demência vascular: avaliação retrospectiva de uma amostra de pacientes ambulatoriais. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 59.n. 2-b, p. 390-393, 2001.

SORENSEN, S.; PINQUART, M.; DUBERSTEIN, P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. **gerontologist**, St. Louis, v. 42, n. 3, p. 356-72, 2002.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. **Envelhecer em família**: os cuidados familiares na velhice. 2. ed. Lisboa: Ambar, 2006. 145 p.

SOUZA, M.T.S.; CERVENY, C.M.O. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. **Interamerican Journal of Psychology**, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 115-22, abr. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003496902006000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2012.

TABOADA, N.G.; LEGAL, E.J.; MACHADO, N. Resiliência: em busca de um conceito. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 16,n. 3, dez.2006. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822006000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 set.2012.

TATSCH, M. F.; NITRINI, R.; LOUZÃ NETO, M. R. Demência com corpúsculos de Lewy: uma entidade distinta com tratamento específico? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 152-156, 2002.

TAUB, A.; ANDREOLI, S. B.; BERTOLUCCI, P. H. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 20, n. 2, p. 372-376, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200004>>. Acesso em: 16 may 2013.

TAVARES, A.; AZEVEDO, C. Demência com corpos de Lewy: uma revisão para o psiquiatra. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 29-34, 2002.

TAVARES, B. C. et al. Resiliência de pessoas com Diabetes Mellitus. **Texto Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n.4, p. 751-7, out./dez. 2011.

TOLEDO, B. A. S. **Alargando as margens**: um estudo sobre processos de resiliência em adolescente em conflito com a lei. 2010. 142 f. Dissertação (Mestre em Política Social)-Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal do Espírito Santo, 2010.

TORTI, F. M. et al. A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. **Alzheimer Disease Association Disorder**, Hagerstown, v. 18, p. 99-109, 2004.

VALENTE, L. et al. Autopercepção de saúde em cuidadores familiares e o tipo de demência: resultados preliminares de uma amostra ambulatorial. **Revista Brasileira de Neurologia**, Rio de Janeiro, v. 49, n.1, p. 13-9, 2013.

VALENTINI, I. B.; ZIMMERMANN, M.; FONSECA, R. P. Ocorrência de depressão e ansiedade em cuidadores primários de indivíduos com demência tipo Alzheimer: estudos de casos. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 197-217, 2010.

VIEIRA, C. P. B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.3, p. 570-579, mai/jun. 2011.

VILELA; L. P. CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 148-52, 2006.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **Journal of nursing measurement**, New York, v. 1, n.2, p.165-178, 1993.

_____. A Review of the Resilience Scale. **Journal of Nursing Measurement**, New York, v. 17, n. 2, p. 5-14, 2009.

WALSH, F. Family resilience: a framework for clinical practice. **Family Process**, New York, v. 42, n. 1, p. 1-18, 2003. Available from: <http://www.celf.ucla.edu/2010_conference_articles/Walsh_2003.pdf>. Acesses on: 23 sept. 2012.

_____. **Fortalecendo a Resiliência Familiar**. São Paulo: Roca, 2005.

_____. **Strengthening family resilience**. New York: The Guilford, 1998.

_____. The concept of family resilience: crisis and challenge. **Family Process**, New York, v. 35, n.3, p. 261-281, 1996. Available from: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x/pdf>>. Access on: 23 sept. 2012.

_____. Traumatic loss and mayor disasters: strengthening family and community resilience. **Family Process**, New York, v. 46, n. 2, p. 207-227, 2007. Available from: http://www.familyprocess.org/data/featured_articles/71_walsh2007.pdf>. Access on: 23 sept. 2012.

WIMO, A. et al. Alzheimer Disease I. The worldwide economic impact of dementia 2010. **Alzheimer's & Dementia**. Chicago, v. 9, n.1, p. 1-11 e3, Jan. 2013.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. especial, p. 75-84, 2003. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722003000300010>>. Acesso em: 23 set. 2012.

_____. **A questão triplamente controversa da resiliência em famílias de baixa renda. 2001.** 168 f. Tese (Doutora em Psicologia da Educação)-Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.

YUNES, M.A.M.; SZYMANSKI, H. Entrevista Reflexiva & Grounded Theory: Estratégias Metodológicas para Compreensão da Resiliência em famílias. **Revista interamericana de Psicologia/Interamericano e Psychology**, San Juan, v. 39, n. 3, p. 431-38, 2005. Disponível em: <<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03950.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2012.

_____. O estudo de uma família “que supera as adversidades da pobreza”: caso de resiliência familiar? **Revista Psicodebate, Psicologia, Cultura y Sociedad**, Palermo, n. 7, p. 119-40, 2008. Disponível em: <<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2008.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2012.

_____. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-42.

ZARIT S. H.; ZARIT J. M. **The memory and behavior problems checklist – 1987R and the burden interview (technical report)**. University Park (PA): Pennsylvania State University, 1987.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, Copenhagen, v. 67, p. 361-370, 1983.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fone: (16) 3351 8334



APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Carlene Souza Silva Manzini, enfermeira, (COREN 295420), convido você a participar da pesquisa: Resiliência em família de pessoa com demência, que será desenvolvida sob a coordenação do Prof. Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale (CRM-SP 49.105), docente do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos.

A pesquisa será realizada com adultos cuidadores de pessoas com demência de Alzheimer, outras demências e *diabetes* de São Carlos, e você assim como os demais participantes foi selecionado por se encaixar nesse perfil.

A sua participação será muito útil, mas não é obrigatória. Mesmo se concordar em participar, a qualquer momento poderá desistir e retirar o seu consentimento, sem nenhum prejuízo ao atendimento de saúde que você ou seu familiar recebe.

As pesquisas demonstram que cuidar de pessoas com demência é uma atividade que pode causar sobrecarga nos cuidadores, dessa maneira o objetivo deste estudo é verificar se as famílias que cuidam de pessoa com demência apresentam resiliência e com que intensidade.

Sua participação consistirá em responder a várias entrevistas e se durante estas entrevistas você se sentir desconfortável ou incomodado, elas serão interrompidas e poderão ser retomadas em outra ocasião se você desejar. Você terá o direito de fazer qualquer pergunta a qualquer momento, e suas dúvidas serão devidamente esclarecidas.

Os benefícios da sua participação nessa pesquisa serão: ajudar-nos a compreender pessoas que cuidam de pacientes com demência, e com isso descobrir meios que nos permitirão oferecer um melhor suporte para sua saúde; conhecer melhor o seu modo de enfrentar as dificuldades diárias; contribuir para o conhecimento científico que trará benefícios para a comunidade; promover melhora na qualidade de vida dos cuidadores de pessoas com demência e

conseqüentemente nos pacientes; contribuir com os serviços de saúde para uma melhor assistência.

As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e sua participação será mantida em sigilo. A divulgação dos resultados será realizada de forma a evitar a identificação dos participantes. Os resultados obtidos serão apresentados em congressos e publicados em revistas científicas, sempre preservando o sigilo da sua participação e dos demais participantes.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento, na qual consta o nome, o telefone e o endereço da pesquisadora e poderá entrar em contato quando quiser para o esclarecimento de qualquer dúvida.

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale

Assinatura: _____

Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fone: (16) 3351-8340

Entrevistador: Carlene Souza Silva Manzini Fone: (16) 9769-5853

Assinatura _____

Concordo em participar desta pesquisa e declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisas em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

São Carlos, _____ de _____ de 2014.

Nome do participante: _____

Assinatura: _____



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fone: (16) 3351 8334



APÊNDICE B – FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DO CUIDADOR

1) INFORMAÇÕES PESSOAIS:

Nome: _____ Entrevista Nº _____
 D.N.: ____/____/19____ Idade: _____ Sexo: (1) M (2)F
 EC: (1) Casado/un. est. (2) Div/sep (3) Viúvo (4) Solteiro Escolaridade: ____ anos

Profissão: _____ (trabalho da maior parte da vida)
 Ocupação atual: _____
 Situaç. ocupac.: (1) Ativo/a (2) Aposentado/a (3) Licença/afastamento
 (4) Outra _____

Religião:
 (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita
 (4) Ateu (5) Outra (6) Não possui

Qual o seu grau de parentesco com o idoso:

Filho/a
 Irmão/irmã
 Sobrinho/a
 Nora/genro
 Esposo/a
 Outro. Qual _____

É o cuidador principal? (0) Não (1) Sim

Como o Sr.(a) classificaria sua saúde mental atualmente:

(1) Ótima (2) Boa (3) Média (4) Ruim

Como o Sr.(a) classificaria sua saúde física atualmente:

(1) Ótima (2) Boa (3) Média (4) Ruim

Pratica alguma atividade física?

(0) Não (1) Sim

Possui outras atividades além do cuidado?

(0) Não (1) Sim

Se sim, quais? _____

2) CARACTERÍSTICAS DO CUIDAR:

Recebe ajuda de alguém nas tarefas com o idoso?

(0) Não (1) Sim (2) Às vezes

Se sim, de quem? _____

Irmão/ã (2) Esposa/o (3) Cunhada/o (4) Pai/mãe (5) Outro

Quantas horas/dia o Sr.(a) cuida do idoso? _____

Quantos dias por semana o Sr.(a) cuida do idoso? _____

Quais as atividades que o Sr.(a) realiza com o idoso no dia-a-dia?

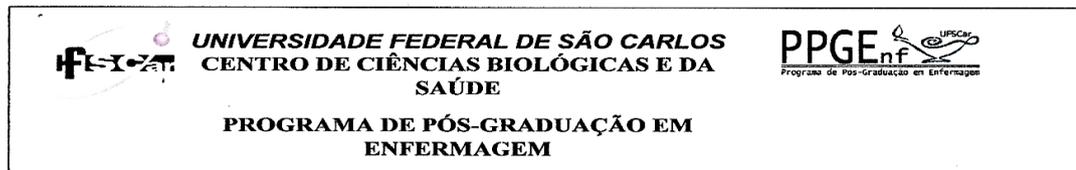
Atividades	Realizo (1)	Não realizo (0)
Higiene		
Vestir-se		
Eliminações		
Movimentação e transferência		
Comer		
Preparo da alimentação		
Medicação		
Levar à consulta médica, à fisioterapia, exames		
Tarefas domésticas		
Manuseio do dinheiro		



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fone: (16) 3351 8334



ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA USF



Ilma. Sra.

Enfermeira **Alcione Pereira Biffi Fusco**

Supervisora da Unidade de Saúde da Família Astolpho Luiz do Prado

São Carlos, 30 de novembro de 2013

Prezada Enfermeira Alcione

Eu, Carlene Souza Silva Manzini, Enfermeira (COREN 295420) mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, venho por meio desta, solicitar permissão para utilizar os prontuários de pelo menos 20 pacientes com diabetes e realizar coleta de dados junto à unidade supracitada.

A pesquisa intitula-se: Resiliência em família de pessoa com demência, sob orientação do Professor Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale. Tem por objetivo identificar como se desenvolve a resiliência em família de pessoa com demência.

Entre outras doenças próprias da senescência, merecem destaque as demências, uma vez que comprometem as atividades de vida diária do idoso diminuindo sua autonomia e interferindo diretamente em sua qualidade de vida. Diante do comprometimento do idoso o cuidador sofre de grande sobrecarga, que lhe exigirá uma demanda maior de manejo da situação. Com isso, observar o suporte destas famílias que suprem o cuidado torna-se importante, a fim de se obter um melhor entendimento a cerca de fatores que possam fortalecer ou fragilizar o núcleo familiar, interferindo diretamente no modo de assistir a essas pessoas.

Neste contexto, o estudo da resiliência favorece a possibilidade de proporcionar a prevenção e promoção da saúde dos cuidadores, objetos deste estudo.

O estudo será realizado com 100 familiares cuidadores, sendo destes:

Grupo I: 60 familiares de pessoas com demência tipo Alzheimer, sendo 20 em sua fase leve, 20 familiares de pessoa com DA em sua fase moderada e 20 em fase de DA avançada.

Grupo II: será composto de 20 familiares cuidadores de pessoas com outros tipos de demência, que não seja Alzheimer, pareados por gênero e faixa etária ao grupo de DA.

Grupo Controle: 20 familiares cuidadores de pessoas que não possuem demência, mas que apresentem como condição outro tipo de doença crônica, como o diabetes, a fim de

fornecerem dados comparativos, que serão pareados por gênero e faixa etária ao grupo DA e que serão solicitados desta Unidade de Saúde da Família em questão.

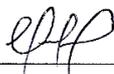
Serão incluídos na pesquisa os familiares que convivam com o sujeito suficientemente para prestarem informações, de preferência residindo com ele; 30 anos ou mais; ambos os sexos; qualquer escolaridade. Serão excluídos aqueles que não assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Os instrumentos utilizados na pesquisa serão:

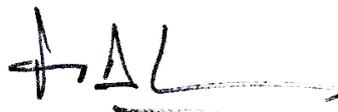
- a) Self Report Questionnaire: Consta de 20 questões, utilizado para avaliação do estresse, validado no Brasil em 1980, por Mari & Willians;
- b) Caregiver Burden Interview Zarit: instrumento composto por 22 questões, tendo como foco o relacionamento cuidador/paciente, avalia os aspectos e impactos de sobrecarga do cuidador;
- c) Inventário de Depressão de A mente vencendo o humor: utilizado para avaliar sintomas depressivos, consta de 19 itens; (Greenberg e Padesky, 1999).
- d) Inventário de Ansiedade de A mente vencendo o humor: composto por 24 itens, este instrumento tem como função avaliar os sintomas de ansiedade.
- e) Escala de Resiliência (Wagnild e Young, 1993): utilizada para caracterizar o perfil do cuidador, mede os níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Validada no Brasil em 2005, por Pesce e Cols.

Sendo este, um estudo de relevância para a comunidade, pacientes, familiares e de contribuição para fins acadêmicos, visando o aprimoramento da assistência, promoção à saúde e prevenção de agravos, contamos com a vossa colaboração.

OBS.: A coleta de dados será realizada somente após a aprovação do projeto pelo CEP da UFSCar.



Orientanda: Enfa. **Carlene S. S. Manzini**



Orientador: Prof. Dr. **Francisco A. C. Vale**

Aceite: 
Alcione Biffi Fusco
 ENFERMEIRA
 COREN-SP 82919-0

Enfa. Alcione Pereira Biffi Fusco

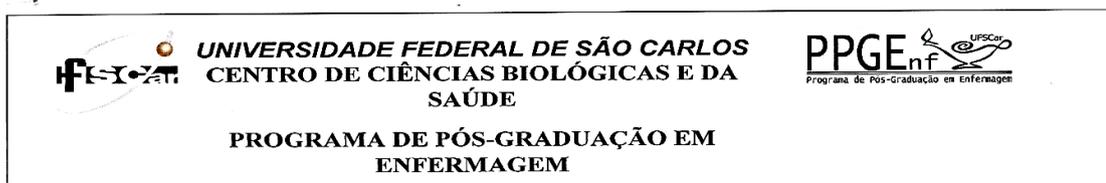

Alcione Biffi Fusco
 ENFERMEIRA
 COREN-SP 82919-0



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fone: (16) 3351 8334



ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO CEME



Ilmo. Sr.

Dr. Rafael Luporini

Diretor do Centro Municipal de Especialidades (CEME)

São Carlos, 30 de novembro de 2013

Prezado Dr. Rafael,

Eu, Carlene Souza Silva Manzini, Enfermeira (COREN 295420) mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, venho por meio desta, solicitar permissão para utilizar os prontuários de 80 pacientes do demência (a fim de selecionar a amostra com os cuidadores destes) e realizar coleta de dados junto à unidade supracitada.

A pesquisa intitula-se: Resiliência em família de pessoa com demência, sob orientação do Professor Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale. Tem por objetivo identificar como se desenvolve a resiliência em família de pessoa com demência.

Entre outras doenças próprias da senescência, merecem destaque as demências, uma vez que comprometem as atividades de vida diária do idoso diminuindo sua autonomia e interferindo diretamente em sua qualidade de vida. Diante do comprometimento do idoso o cuidador sofre de grande sobrecarga, que lhe exigirá uma demanda maior de manejo da situação. Com isso, observar o suporte destas famílias que suprem o cuidado torna-se importante, a fim de se obter um melhor entendimento a cerca de fatores que possam fortalecer ou fragilizar o núcleo familiar, interferindo diretamente no modo de assistir a essas pessoas.

Neste contexto, o estudo da resiliência favorece a possibilidade de proporcionar a prevenção e promoção da saúde dos cuidadores, objetos deste estudo.

O estudo será realizado com 100 familiares cuidadores, sendo destes:

Grupo I: 60 familiares de pessoas com demência tipo Alzheimer, sendo 20 em sua fase leve, 20 familiares de pessoa com DA em sua fase moderada e 20 em fase de DA avançada.

Grupo II: será composto de 20 familiares cuidadores de pessoas com outros tipos de demência, que não seja Alzheimer, pareados por gênero e faixa etária ao grupo de DA.

Grupo Controle: 20 familiares cuidadores de pessoas que não possuem demência, mas que apresentem como condição outro tipo de doença crônica, como o diabetes, a fim de fornecerem dados comparativos, que serão pareados por gênero e faixa etária ao grupo DA e que serão solicitados desta Unidade de Saúde da Família em questão.

Serão incluídos na pesquisa os familiares que convivam com o sujeito suficientemente para prestarem informações, de preferência residindo com ele; 30 anos ou mais; ambos os sexos; qualquer escolaridade. Serão excluídos aqueles que não assinarem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Os instrumentos utilizados na pesquisa serão:

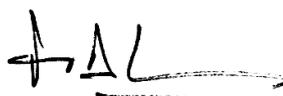
- a) Self Report Questionnaire: Consta de 20 questões, utilizado para avaliação do estresse, validado no Brasil em 1980, por Mari & Willians;
- b) Caregiver Burden Interview Zarit: instrumento composto por 22 questões, tendo como foco o relacionamento cuidador/paciente, avalia os aspectos e impactos de sobrecarga do cuidador;
- c) Inventário de Depressão de A mente vencendo o humor: utilizado para avaliar sintomas depressivos, consta de 19 itens; (Greenberg e Padesky, 1999).
- d) Inventário de Ansiedade de A mente vencendo o humor: composto por 24 itens, este instrumento tem como função avaliar os sintomas de ansiedade.
- e) Escala de Resiliência (Wagnild e Young 1993): utilizada para caracterizar o perfil do cuidador, mede os níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Validada no Brasil em 2005, por Pesce e Cols.

Sendo este um estudo de relevância para a comunidade, pacientes, familiares e de contribuição para fins acadêmicos, visando o aprimoramento da assistência, promoção à saúde e prevenção de agravos, contamos com a vossa colaboração.

OBS.: A coleta de dados será realizada somente após a aprovação do projeto pelo CEP da UFSCar.



Orientanda: Enfa. **Carlene S. S. Manzini**



Orientador : Prof. Dr. **Francisco A. C. Vale**

Aceite: Rafael Luporini (após aprovação pelo Comitê de
ética em
Pôrqueni .
Dr. **Rafael Luporini**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fone: (16) 3351 8334



ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Cuidadores de pessoa com demência e fatores relacionados a resiliência.

Pesquisador: Carlene Souza Silva Manzini

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 24203113.7.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 489.795

Data da Relatoria: 11/02/2014

Apresentação do Projeto:

Será realizada pesquisa com abordagem qualiquantitativa, de cunho analítico-descritivo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar como se desenvolve a resiliência em família de pessoa com demência.

Objetivo Secundário:

Identificar as adversidades enfrentadas por famílias de pessoa com demência. Identificar os fatores de risco ou fragilidades que dificultam o desenvolvimento da resiliência nessas famílias. Identificar os fatores de proteção destes familiares. Identificar as estratégias de enfrentamento(coping), utilizadas por estes familiares.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

Os possíveis riscos, se houverem, poderão se manifestar sob a forma de desconforto ou incômodo mediante a aplicação dos questionários. Se detectados, a entrevista será interrompida e retomada em outra ocasião, se o sujeito assim consentir.

Benefícios:

Os benefícios serão os de conseguir um melhor entendimento e compreensão acerca de pessoas

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9883

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 489.726

que cuidam de familiares com demência, identificando os pontos positivos e negativos na aquisição da resiliência. Descobrir meios que nos permitirão oferecer um melhor suporte para a saúde e qualidade de vida do cuidador, e conseqüentemente para seu familiar com demência. Contribuir para o conhecimento científico, que trará

benefícios para a comunidade. Contribuir com os serviços de saúde para a prática de uma melhor assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 11 de Dezembro de 2013

Assinador por:
Maria Isabel Ruiz Beretta
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 236
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-0683 E-mail: cephumanos@ufscar.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fone: (16) 3351 8334



ANEXO D- SELF REPORT QUESTIONAIRE (SRQ-20)

Questões	Sim	Não
F.1. Tem dores de cabeça frequentes?	1	2
F.2. Tem falta de apetite?	1	2
F.3. Dorme mal?	1	2
F.4. Assusta-se com facilidade?	1	2
F.5. Tem tremores na mão?	1	2
F.6. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	1	2
F.7. Tem má digestão?	1	2
F.8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	1	2
F.9. Tem se sentido triste ultimamente?	1	2
F.10. Tem chorado mais do que de costume?	1	2
F.11. Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	1	2
F.12. Tem dificuldades para tomar decisões?	1	2
F.13. Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	1	2
F.14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1	2
F.15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	1	2
F.16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	1	2
F.17. Tem tido a ideia de acabar com a vida?	1	2
F.18. Sente-se cansada o tempo todo?	1	2
F.19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	1	2
F.20. Você se cansa com facilidade?	1	2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fone: (16) 3351 8334



ANEXO E – CAREGIVER BURDEN SCALE

Table 1 – Burden Interview (Zarit & Zarit, 1987: tradução para o português: Marcia Scazufca

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

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

14. O Sr./Sra. sente que S espera que o Sr./Sra. cuide dele/dela, como se o Sr./Sra. fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?	
15. O Sr./Sra. sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?	
16. O Sr./Sra. sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?	
17. O Sr./Sra. sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de S?	
18. O Sr./Sra. gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?	
19. O Sr./Sra. se sente em dúvida sobre o que fazer por S?	
20. O Sr./Sra. sente que deveria estar fazendo mais por S?	
21. O Sr./Sra. sente que poderia cuidar melhor de S?	
22. De uma maneira geral, quando o Sr./Sra. se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?	
<p>*No texto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.</p> <p>** Neste item as respostas são: nem um pouco =0, um pouco =1, moderadamente = 2, muito =3, extremamente = 4</p>	



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fone: (16) 3351 8334



ANEXO F – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL



CRITÉRIO
 DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA
BRASIL

ABEP
 associação brasileira de empresas de pesquisa

Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2013

Finalmente, em função do tamanho reduzido da Classe A1 a renda média deste estrato deixa de ser divulgada. Assim, a estimativa de renda média é feita para o conjunto da Classe A.

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fone: (16) 3351 8334



ANEXO G – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK – BAI

Nome: _____ Idade: _____ Data: _____
 ____/____/____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
Dormência ou formigamento				
Sensação de calor				
Tremores nas pernas				
Incapaz de relaxar				
Medo que aconteça o pior				
Atordoado ou tonto				
Palpitação ou aceleração do coração				
Sem equilíbrio				
Aterrorizado				
Nervoso				
Sensação de sufocação				
Tremores nas mãos				
Trêmulo				
Medo de perder o controle				
Dificuldade de respirar				
Medo de morrer				

Assustado				
Indigestão ou desconforto no abdômen				
Sensação de desmaio				
Rosto afogueado				
Suor (não devido ao calor)				

0-7: grau mínimo de ansiedade; 8-15: ansiedade leve; 16-25: ansiedade moderada; 26-63: ansiedade severa.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fone: (16) 3351 8334



ANEXO H – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO BECK

Versão adaptada em português de Gorenstein e Andrade (1998).

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 - 1 Eu me sinto triste.
 - 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 - 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 - 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 - 2 Acho que nada tenho a esperar.
 - 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
 - 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 - 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 - 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 - 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 - 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 - 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 2 Estou enojado de mim.
 - 3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 - 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 - 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 - 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5,0 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()
20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
- 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
 - 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
 - 3 Perdi completamente o interesse por sexo.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 Via Washington Luís, Km 235 - Caixa Postal 676
 13565-905 - São Carlos - SP - Brasil
 Fone: (16) 3351 8334



ANEXO I – ESCALA DE RESILIÊNCIA

	DISCORDO			NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO		
	Totalmente 1	Muito 2	Pouco 3		4	Pouco 5	Muito 6
1- Quando eu faço planos, eu os levo até o fim	1	2	3	4	5	6	7
2- Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra	1	2	3	4	5	6	7
3- Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5	6	7
4- Manter interesse nas coisa é importante para mim	1	2	3	4	5	6	7
5- Eu posso estar por minha conta se eu precisar	1	2	3	4	5	6	7
6- Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida	1	2	3	4	5	6	7
7- Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação	1	2	3	4	5	6	7
8- Eu sou amigo de mim mesmo	1	2	3	4	5	6	7
9- Eu sinto que posso lidar com muitas coisas ao mesmo tempo	1	2	3	4	5	6	7
10- Eu sou determinado	1	2	3	4	5	6	7
11- Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas	1	2	3	4	5	6	7
12- Eu faço as coisa um dia de cada vez	1	2	3	4	5	6	7
13- Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes	1	2	3	4	5	6	7
14- Eu sou disciplinado	1	2	3	4	5	6	7

15- Eu mantenho interesse nas coisas	1	2	3	4	5	6	7
16- Eu normalmente posso achar motivo para rir	1	2	3	4	5	6	7
17- Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis	1	2	3	4	5	6	7
18- Em uma emergência, eu sou uma pessoa em que as pessoas podem contar	1	2	3	4	5	6	7
19- Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras	1	2	3	4	5	6	7
20- às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não	1	2	3	4	5	6	7
21- Minha vida tem sentido	1	2	3	4	5	6	7
22- Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas	1	2	3	4	5	6	7
23- Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída	1	2	3	4	5	6	7
24- Eu tenho e energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer	1	2	3	4	5	6	7
25- Tudo bem se há pessoas que não gostam e mim	1	2	3	4	5	6	7