

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

Satisfação dos cuidadores familiares à intervenção de telerreabilitação e de
acompanhamento para pessoas idosas com demência: ensaio clínico
randomizado

Renata Carolina Gerassi

São Carlos

2023

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

Satisfação dos cuidadores familiares à intervenção de telerreabilitação e de acompanhamento para pessoas idosas com demência: ensaio clínico randomizado

Renata Carolina Gerassi

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

(Linha de pesquisa: Gestão, Tecnologia e Inovação em Gerontologia).

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Hotta Ansai

Coorientadora: Profa. Dra. Larissa Pires de Andrade

São Carlos

2023

AGRADECIMENTOS

Acredito que escrever essas palavras seja a parte mais difícil deste trabalho. Vieram muitos nomes em mente quando pensei em agradecer a todos que estiveram comigo desde que decidi prestar candidatura no Programa de Pós Graduação em Gerontologia – PPGGero da UFSCar. Pessoas que eu sou grata por me ajudarem tanto a chegar onde cheguei, pessoas que mesmo que brevemente cruzaram meu caminho durante estes dois anos de Mestrado e tantas pessoas que apenas pelo fato de estarem por perto me davam força para continuar nos momentos difíceis que passei durante esses anos.

Primeiramente quero agradecer aos meus pais. Sempre acreditando nos meus sonhos e me dando todo o apoio para que eu conseguisse essa conquista. Meu pai **Roberval** e minha mãe **Luciana** que foram os grandes responsáveis por eu ser quem eu sou. Agradeço a vocês por me apoiarem tanto e me entenderem tanto quando as coisas pareciam não ter um jeito. Havia um jeito e vocês estavam ao meu lado para me mostrar o caminho. Estou me tornando Mestre, porém essa conquista também é de vocês, meus amados pais!

Agradeço também à minha querida avó **Benilde**, que é o grande motivo por eu amar tanto a grande área da Gerontologia! Não a considero apenas avó, mas minha segunda mãe. Que ficou até mais animada que eu quando contei sobre o mestrado e também, boa parte das vezes você estava dando seu jeito para me ajudar nas minhas dificuldades e quando não conseguia me ajudar me ouvia e me ajudava a pensar em como resolver. Sou muito grata por tudo da vida que aprendi com a senhora, vó.

Minha amada irmã **Ellen** que apesar de ser a irmã mais nova, cuidou muito de mim. Agradeço por todas as vezes que você estava ao meu lado e suportando momentos que eu mesma não me suportava. Foram várias noites e madrugadas que passava estudando e escrevendo e você se preocupando com minha saúde, se eu estava me alimentando. E me desculpe ser uma péssima colega de quarto!

Também agradeço aos meus queridos amigos: **Amanda, Brenda, Gabriel, Isadora, Laryssa** e **Lucas** que estiveram presentes durante tantos anos na minha vida e que torcem muito por mim.

Toda a gratidão à minha orientadora **Juliana Hotta Ansai**, que tornou essa experiência leve e ao mesmo tempo enriquecedora. Agradeço pela leitura, pelas correções e pelos apontamentos, e pela força em me fazer acreditar e a não desistir. Não tenho palavras para verbalizar minha gratidão a tudo que compartilhamos nesses anos de

aprendizado.

Agradeço a minha coorientadora **Larissa Pires de Andrade**, que sempre foi muito amável e querida e que me incentivou e incentiva muito a ser uma pesquisadora ética, justa e principalmente cuidadosa com o sujeito humano.

Minha gratidão à querida **Carla Andreza de Almeida Andreatto**, que me incentivou a fazer o processo seletivo para o mestrado e sempre me apoiou muito para tudo que eu fosse realizar tanto como psicóloga, quanto como pesquisadora.

À querida Maria Juana Beatriz Lima Candanedo, carinhosamente nossa “**Bia**”, minha “amiga do mestrado” para a vida! Embora nunca nos vimos pessoalmente, alimentamos um sentimento de amizade muito forte e verdadeiro.

Minha querida amiga Carolina Tsen, para os íntimos “**Carol**”, que juntas além de muito aprendizado, compartilhamos uma amizade muito boa no Programa de Telessaúde e na vida!

Às amadas **Andréa Rodrigues De Amorim Molina** e **Maria Jasmine Gomes da Silva** que tenho certeza que terão um futuro maravilhoso como pesquisadoras tão dedicadas e íntegras.

Também agradeço a querida Mariana Ignácio Sossai, “**Mari**” para os íntimos, que em tão pouco tempo me conquistou com sua amizade e espontaneidade.

Meu agradecimento especial a todos os professores, pós graduandos e alunos de iniciação científica do **Programa de Telessaúde**, que além de membro, fui bolsista de Treinamento Técnico e lá tive oportunidades muito boas, além do desenvolvimento do projeto de mestrado, pude ter espaço para o desenvolvimento das minhas habilidades enquanto pesquisadora.

À minha aluna de coorientação **Ana Beatriz Simões Pereira**, por todo o carinho e paciência durante esse processo, que além de ser orientada, também me ajudou muito nos encontros do Café com Cuidado e por toda a sensibilidade, tenho certeza que se tornará uma excelente Gerontóloga.

Aos meus **colegas do PPGGero**, em especial os queridos **Daiane, Otávio, Cíntia Adão** e **Juliana** que mesmo remotamente, dividimos momentos muito bons em apresentações e confecções de trabalhos. Um abraço a cada um de vocês.

À todas as **professoras e professores do DGERO e DFISIO** que, de um jeito ou de outro, também contribuíram muito para esta pesquisa.

Por último, agradeço a todos os **voluntários desse estudo**, por toda a paciência, confiança e por fazer o nosso Programa de Telessaúde acontecer.

RESUMO

Dentre as chamadas doenças crônicas não-transmissíveis e síndromes que acometem comumente pessoas idosas, há um destaque para as demências, por possuírem características que não afetam apenas o indivíduo doente. Elas se estendem a toda estrutura familiar e à sociedade, com grande impacto psicossocial e econômico. Diante do distanciamento social como medida de proteção a ser adotada à pandemia da COVID-19, muitas pessoas idosas e cuidadores tiveram que aprender a lidar com o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação. A telerreabilitação é uma alternativa de acesso à saúde a distância muito utilizada durante a pandemia da COVID-19 e pode auxiliar o acesso a saúde e a qualidade de vida de pessoas idosas com demência e seus cuidadores, sem oferecer risco de contágio da COVID-19. O fator de satisfação com a telerreabilitação é um importante foco de investigação, pois é um aspecto fundamental para mensurar a qualidade dos cuidados e avaliar a pertinência destes serviços prestados. O presente estudo teve como objetivo verificar a satisfação de pessoas cuidadoras a um Programa de Telerreabilitação e a um Acompanhamento Remoto em pessoas idosas com demência e seus cuidadores; comparar a satisfação de pessoas cuidadoras à telerreabilitação e ao Acompanhamento Remoto em pessoas idosas com demência e seus cuidadores durante o distanciamento social pela pandemia COVID-19; verificar quais fatores interferem na satisfação de pessoas cuidadoras às intervenções, incluindo os fatores relacionados à pessoa idosa com demência (idade, sexo, comorbidades, estado da saúde mental - cognição e comportamento e capacidade funcional) e fatores ligados aos cuidadores (idade, sexo, anos de estudo, estado civil, renda mensal da família, se divide o cuidado com mais alguém e quantas horas do dia de cuidado é dispensado à pessoa idosa, estado de saúde mental - cognição e comportamento, qualidade de vida e sobrecarga). Esta pesquisa possui uma abordagem quanti-qualitativa e faz parte de um ensaio clínico randomizado somente pós-teste com grupo controle, com cegamento do avaliador, controlado por dois grupos: Grupo Intervenção (Programa de Telerreabilitação) e Grupo Controle (Acompanhamento Remoto). Os cuidadores de ambos os grupos receberam informações de maneira padronizada sobre demência e cuidados com a COVID-19 no início. Para o Grupo Intervenção, essas informações foram mais detalhadas e após essas apresentações, o Grupo Intervenção recebeu o Programa de Telerreabilitação, com exercício físico padronizado para as pessoas idosas e orientações aos cuidadores. Houve duas avaliações online: inicial e após 12 semanas. Na avaliação inicial, pretendeu-se mensurar o estado da saúde mental (cognição e comportamento) e capacidade funcional. Além disso, foram avaliados o estado de saúde mental, a qualidade de vida e a sobrecarga dos cuidadores. Após 12 semanas, verificou-se a satisfação da pessoa cuidadora à intervenção e ao Acompanhamento Remoto em pessoas idosas, através de um questionário online. Para as análises, foram adotados um nível de significância de $\alpha = 0,05$ e para execução dos testes estatísticos foi utilizado o software SPSS (20.0). Para as perguntas abertas, adotou-se o procedimento de tratamento e análise qualitativa dos dados, através do software MAXQDA2022. Após codificados, para os segmentos obtidos, foi realizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin. A amostra final total após 12 semanas compreendeu 64 pares de cuidadores familiares e pessoas idosas. Os cuidadores do Programa de Telerreabilitação apresentaram maior satisfação com a intervenção, com o tratamento pela Internet e com os cuidados de saúde recebidos do que os cuidadores submetidos ao Acompanhamento Remoto. Ambos os grupos relataram terem gostado do tratamento, apontaram como excelente a qualidade de áudio e vídeo e sinalizaram preferência pelo tratamento pela Internet e não o presencial. No Grupo Intervenção, apenas as horas dedicadas ao cuidado influenciaram na satisfação à

intervenção. Já no Grupo Controle as performances na cognição e na funcionalidade da pessoa idosa influenciaram a satisfação ao Acompanhamento Remoto. Mais cuidadores do Grupo Intervenção tiveram sua expectativa ao tratamento alcançada, em comparação ao Grupo Controle, apesar de ambos os grupos relataram dificuldades ao longo das 12 semanas e sugestões ao tratamento. Conclui-se que o Programa de Telerreabilitação alcançou resultados satisfatórios, sugerindo a potencialidade da telerreabilitação como auxiliar na prestação de cuidados para com a pessoa idosa com demência e seus cuidadores.

Palavras-chave: COVID-19; Gerontologia; Telerreabilitação; Satisfação do Paciente; Comprometimento Cognitivo.

ABSTRACT

Among the so-called chronic non-communicable diseases and syndromes that commonly affect older people, dementias stand out, for having characteristics that do not affect only the sick individual. They extend to the entire family structure and to society, with great psychosocial and economic impact. Faced with social distancing as a protective measure against the pandemic of COVID-19, many older people and caregivers have had to learn to deal with the use of Information and Communication Technologies. Tele-rehabilitation is a long-distance health care access alternative that has been used extensively during the pandemic of COVID-19 and can help access health care and quality of life for older adults with dementia and their caregivers without posing a risk of contagion from COVID-19. The satisfaction factor with telerehabilitation is an important focus of research, as it is a key aspect to measure the quality of care and assess the relevance of these services provided. The present study aimed to verify caregiver satisfaction to a Telerehabilitation Program and to Remote Follow-up in older adults with dementia and their caregivers; to compare caregiver satisfaction to telerehabilitation and Remote Follow-up in older adults with dementia and their caregivers during social distancing by the COVID-19 pandemic; To verify which factors interfere in the caregiver's satisfaction to the interventions, including the factors related to the older adults with dementia (age, sex, comorbidities, mental health status - cognition and behavior and functional capacity) and factors related to the caregiver (age, sex, years of study, marital status, family monthly income, whether he/she shares the care with someone else and how many hours of the day care is given to the older adults, mental health status - cognition and behavior, quality of life and burden). This research has a quanti-qualitative approach and is part of a randomized clinical trial only post-test with a control group, with blinding of the evaluator, controlled by two groups: Intervention Group (Telerehabilitation Program) and Control Group (Remote Follow-up). Caregivers in both groups received information in a standardized manner about dementia and COVID-19 care at baseline. For the Intervention Group, this information was more detailed and after these presentations, the Intervention Group received the Telerehabilitation Program, with standardized exercise for the older adults and guidelines for the caregiver. There were two online assessments: initial and after 12 weeks. The initial assessment was intended to measure mental health status (cognition and behavior) and functional capacity. In addition, mental health status, quality of life, and caregiver burden were assessed. After 12 weeks, caregiver satisfaction to the intervention and to Remote Monitoring in the older adults was verified using an online questionnaire. For the analyses, a significance level of $\alpha = 0.05$ was adopted and SPSS (20.0) software was used to perform the statistical tests. For the open-ended questions, the procedure of qualitative data treatment and analysis was adopted, using the MAXQDA2022 software. After coding, for the obtained segments, Bardin's content analysis technique was performed. The total final sample after 12 weeks comprised 64 pairs of family caregivers and older persons. Caregivers in the Telerehabilitation Program showed higher satisfaction with the intervention, with the Internet treatment, and with the health care received than caregivers submitted to the Remote Follow-up. Both groups reported that they liked the treatment, pointed out the audio and video quality as excellent, and signaled a preference for Internet treatment over face-to-face. In the Intervention Group, only the hours dedicated to care influenced the satisfaction with the intervention. In the Control Group, the performance in cognition and functionality of the older person influenced satisfaction with the Remote Follow-up. More caregivers in the Intervention Group had their expectations reached, compared to the Control Group, although both groups reported difficulties throughout the 12 weeks and suggestions to the treatment. We

conclude that the telerehabilitation program achieved satisfactory results, suggesting the potential of telerehabilitation as an aid in providing care for the older person with dementia and their caregivers.

Keywords: COVID-19; Gerontology; Telerehabilitation; Patient Satisfaction; Cognitive Impairment.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	
2.1 Geral.....	20
2.2 Específicos	20
3. MÉTODOS	
3.1 Desenho do estudo	21
3.2 Participantes	22
3.3 Material	24
3.4 Intervenção.....	24
Grupo Controle - Acompanhamento Remoto.....	25
Grupo Intervenção - Programa de Telerreabilitação	25
3.5 Avaliação.....	28
3.5.1 Satisfação a intervenção	30
3.6 Tamanho amostral	31
3.7 Randomização e cegamento	31
3.8 Análise de dados.....	32
4. RESULTADOS	33
5. DISCUSSÃO.....	48
6. CONCLUSÃO	54
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	63
APÊNDICE B – Questionários de satisfação a intervenção	70
APÊNDICE C – Respostas abertas sobre a Satisfação com a Intervenção	73
APÊNDICE D – Manual psicoeducação – GRUPO CONTROLE.....	90
APÊNDICE E – Manual psicoeducação – GRUPO INTERVENÇÃO	93
APÊNDICE F – Descrição dos exercícios	111
ANEXOS	
ANEXO A – Aprovação pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos/SP (CAAE: 34696620.0.0000.5504)	121
ANEXO B – Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	124
ANEXO C – Inventário Neuropsiquiátrico (INP)	125
ANEXO D – WHODAS	126
ANEXO E – Escala de Qualidade de vida para pacientes com Doença de Alzheimer – Versão do cuidador.....	128
ANEXO F – Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit.....	129

LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Fluxograma etapas da pesquisa.....	22
Figura 2– Linha do tempo horizontal do processo de intervenção ocorrido no Acompanhamento Remoto no período de 12 semanas	25
Figura 3– Linha do tempo horizontal do processo de intervenção ocorrido no Programa de Telerreabilitação no período de 12 semanas	28
Figura 4 – Fluxograma dos participantes do estudo com base no CONSORT 2010 Flow Diagram.	34
Figura 5 – Lista de Códigos das respostas abertas do Grupo Intervenção através do Software MAXQDA2022	40
Figura 6 – Lista de Códigos das respostas abertas do Grupo Controle através do Software MAXQDA2022	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Características iniciais clínicas e sociodemográficas da amostra – em relação aos cuidadores (n=64).....	35
Tabela 2– Características iniciais clínicas e sociodemográficas da amostra – em relação à pessoa idosa (n=64)	36
Tabela 3 – Satisfação com a Intervenção em ambos os grupos.....	37
Tabela 4 – Influência dos fatores clínicos e sociodemográficos na satisfação à intervenção e ao monitoramento das pessoas idosas	39
Tabela 5 – Respostas abertas sobre a Satisfação com o Programa de Telerreabilitação para pessoas idosas – Grupo Intervenção	40
Tabela 6 – Respostas abertas sobre a Satisfação com o Acompanhamento Remoto em pessoas idosas – Grupo Controle.....	44

1. INTRODUÇÃO

A palavra *envelhecimento*, de acordo com a definição do Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa – Michaelis (2021) se refere ao “1- Ato ou efeito de envelhecer; 2- Processo pelo qual se dá aspecto de antigo a qualquer coisa ou pessoa [...]”. Para a biologia, o processo de envelhecer se destaca pelas transformações ocorridas após a maturação sexual que trazem como consequência diminuir gradualmente a probabilidade de sobrevivência, sendo que são processos interacionais, que se iniciam em diferentes momentos e diferentes ritmos, os quais implicam em resultados diversos para as diferentes partes e funções do organismo (NERI, 2008).

Entretanto, o envelhecimento populacional, mais que uma definição, também vem sendo indicado aqui no Brasil como um desafio a ser encarado, uma vez que está relacionado a uma demanda social e econômica em ascensão. Estima-se que 85% da população idosa brasileira possui pelo menos alguma doença crônica e pelo menos 10% apresenta comorbidades (SANTANA et al., 2020). Dentre as chamadas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTs) e síndromes que acometem comumente pessoas idosas, há um destaque para as demências, por possuírem características que não afetam apenas o indivíduo doente, mas se estendem a toda estrutura familiar e à sociedade, com grande impacto psicossocial e econômico (ALZHEIMER’S ASSOCIATION, 2019).

A demência pode ser considerada como um problema de saúde pública tendo com um dos impactos o fato de a faixa etária da população mundial estar em constante aumento, em especial para a faixa etária em volta aos 80 anos (SANTANA et al., 2020; ALZHEIMER’S ASSOCIATION, 2019). De acordo com um levantamento realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2017, estima-se que a prevalência de pessoas idosas com demência triplique nos próximos anos, ou seja, o número de pessoas idosas com demência mundialmente, que era de aproximadamente 50 milhões em 2017, chegará aos 152 milhões até o ano de 2050.

A demência pode ser definida como um enfraquecimento geral de habilidades mentais de maneira permanente, que englobam, por exemplo, linguagem, raciocínio e memória, e que afetam as atividades do dia-a-dia, bem como a maneira de se relacionar com o outro (TORPY; LYNM; GLASS, 2008). Ao decorrer da doença a maior parte dos pacientes chegam a apresentar “[...] um ou mais sintomas neuropsiquiátricos ou sintomas

comportamentais e psicológicos da demência (SCPD), como agitação, depressão e psicose” (RIPANI RODRIGUES et al., 2019, p.5).

As demências são classificadas em reversíveis e não reversíveis. As reversíveis potencialmente têm seus sintomas revertidos quando tratadas em fase inicial, apesar dos danos causados no cérebro. São causadas geralmente por uso de medicamentos, causa metabólica, causa neurológica, causas infecciosas, causas colágeno-vascular, causas endócrinas, causas nutricionais, alcoolismo crônico entre outras (BRASIL, 2007). As demências não reversíveis ou degenerativas tendem a aumentar de maneira exponencial com o avanço da idade, ou seja, os danos pioram com o passar dos anos, não podendo ser interrompidos ou revertidos (COSTA; SANTOS; OLIVEIRA, 2020; BRASIL, 2007).

De acordo com o *Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* (2007), entre os tipos mais comuns de demências irreversíveis, destacam-se: a doença de Alzheimer, que tem como característica principal a perda de memória de fatos mais recentes e de outros domínios cognitivos; a demência vascular, que apresenta sinais mais focais, dependendo da região do cérebro que foi acometida; a demência dos corpúsculos de Lewy, que se destaca por variações espontâneas na cognição, delírios visuais de maneira muito detalhada e parkinsonismo precoce; e a demência frontotemporal, como a doença de Pick, com alterações tanto no comportamento como na personalidade e na linguagem (BRASIL, 2007).

De maneira geral, as demências apresentam alterações gradativas e fazem com que a autonomia do doente fique cada vez menor, de forma que ele se torne cada vez mais dependente dos cuidados de um terceiro para realizações de atividades do cotidiano (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2019). A convivência com pessoas idosas com demência exige atenção significativa. Comumente, as demandas familiares giram em torno do manejo da pessoa idosa com demência com transtornos comportamentais (SANTANA et al., 2020; ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2019). O papel da pessoa cuidadora é voltado à função de cuidar de pessoas dependentes numa relação de proximidade física e afetiva, podendo ser um parente que assume esse papel a partir das relações familiares ou até mesmo um profissional, prestando cuidados de prevenção, proteção e recuperação da saúde (FAVERO, 2013). De acordo com Nickel et al. (2010), o papel da pessoa cuidadora em geral é concebido dentro do próprio ambiente familiar.

Muitas vezes, os cuidadores tem sua vida pessoal deixada de lado pelo fato de ter que demandar de seu investimento físico e mental para cuidar de um familiar ou paciente. Esses cuidadores acabam abrindo mão de muitas atividades por ter que direcionar seu

cuidado a essa pessoa, como deixar seu trabalho ou até mesmo deixar de realizar atividades que lhe dão prazer. Assim como o paciente, a família também se depara com dificuldades no enfrentamento da situação de adoecimento de um de seus membros. A situação da família se constitui de estresse permanente, sofrimento interno, elevação de ansiedade, medos do desconhecido, e apreensão quanto às decisões a tomar e situações a enfrentar (VITORIA; ASSIS, 2015; LUTOSA, 2007).

O esforço contínuo exigido no processo de cuidar, somado à idade da pessoa cuidadora e às suas outras responsabilidades, culminam em prejuízo físico e mental (ANDRADE; RODRIGUES, 1999). Por assumir um papel para o qual geralmente não está preparado, os cuidadores podem sofrer com a sobrecarga de trabalho e, por vezes, tem sua qualidade de vida comprometida (COSTA et al., 2020; NICKEL et al., 2010). Esse momento de adoecimento é um momento frágil tanto para o paciente quanto para a família. Nesse sentido, cabe aos profissionais envolvidos nesse processo o papel de auxiliar a família e dar o devido apoio.

As intervenções não farmacológicas para pessoas idosas com demência e seus cuidadores advêm da necessidade principal em se controlar sintomas relacionados aos distúrbios de comportamento, pensamento, percepção ou humor, chamados de Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência (SCPD). Os SCPD, além de trazer mais sofrimento às pessoas idosas que possuem demência, também aumentam a sobrecarga de cuidado, pois tratam-se de comportamentos inadequados à interação social (RIPANI RODRIGUES et al., 2019; GARCIA, 2011).

Abordagens não farmacológicas apresentam resultados positivos na manifestação de problemas de comportamento. Uma vez que esse tipo de intervenção é muitas vezes utilizado a partir das limitações encontradas na intervenção farmacológica, uma vez que busca as entender as razões de determinados comportamentos, além de evitar reações adversas causada pelos efeitos dos medicamentos (GARCIA, 2011).

Corazza et al. (2013) sugeriram a implementação de diferentes tipos de programas para cuidadores de pessoas idosas com Doença de Alzheimer, não apenas com o objetivo de beneficiar a saúde física, mas também proporcionar a eles momentos de alívio da responsabilidade de cuidar, o que pode auxiliar na saúde mental, além de poder ser empregado como uma alternativa não-farmacológica na prevenção de doenças e promoção da saúde.

O *Care Pathway Model for Dementia – CARE-D* (MORHARDT et al., 2016), trouxe um plano de cuidados sob medida baseado em dados de avaliações psicossociais e

neuropsicológicas de um indivíduo. O contexto psicossocial é um componente essencial e são consideradas as situações de vida das pessoas idosas e das famílias, os sistemas de apoio social, as etapas da vida, os recursos financeiros e a compreensão de suas estratégias de sobrevivência preexistentes e de suas relações históricas. Isto assegura que as recomendações sejam realistas para as famílias, tanto do ponto de vista psicológico quanto prático. Para uma pessoa idosa com demência, as intervenções se concentram nas habilidades e pontos fortes da pessoa. A introdução de intervenções e atividades sob medida pode permitir que os cuidadores familiares se concentrem mais em seu relacionamento com a pessoa idosa como cônjuge, filhos, irmãos ou amigos e não apenas de uma pessoa que cuida da outra. O objetivo final é melhorar a qualidade de vida de todos, pois eles reestruturam significativamente suas vidas para lidar com a incapacidade progressiva de um indivíduo (MORHARDT et al., 2016).

O modelo CARE-D depende de uma equipe interdisciplinar qualificada para ser bem sucedido. A avaliação por um neuropsicólogo para estabelecer o perfil neurocognitivo e os sintomas, bem como os pontos fortes remanescentes, é vital para estabelecer as intervenções. Assim, as pessoas idosas com demência e seus cuidadores familiares recebem métodos úteis para administrar as mudanças e contribuir para uma melhor qualidade de vida. Compreender os pontos fortes da família, seus relacionamentos e o contexto no qual são capazes de lidar e implementar as recomendações propostas informa a equipe dos desafios que a família está enfrentando e do apoio psicossocial necessário para ajudar a apoiar esses cuidadores familiares ao longo do tempo (MORHARDT et al., 2016).

Destaca-se que o ano de 2020 foi marcado por vivenciar uma pandemia mundial. Identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, a então denominada como COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus. Em março de 2020, a OMS declarou que a COVID-19 se tratava de uma pandemia, uma vez que a doença foi amplamente disseminada em vários países e regiões do mundo. De acordo com a OPAS e a OMS (2021), “[...] as pessoas idosas e as que têm outras condições de saúde como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes” (OPAS/OMS, 2021).

A OPAS/OMS (2020) e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), como maneira de desacelerar o contágio da doença, recomendaram medidas de distanciamento social, como conter aglomerações, fechar estabelecimentos não essenciais, cancelar eventos com grande público, realizar isolamento social e quarentena. Como agravante dessa situação,

desde o início de 2020, o Brasil e o mundo estão enfrentando uma situação de emergência com graves consequências para a saúde pública, atividades econômicas e vida humana.

Diante do distanciamento social como medida de proteção adotada à pandemia da COVID-19, muitas pessoas idosas, tiveram que aprender a lidar com o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). Dentre eles, os aplicativos e recursos de chamada de voz e vídeo em telefones celulares e computadores são os que mais se destacam. Junto a este cenário, muitos profissionais da área da saúde utilizaram as TICs para prestação de serviços, oferecendo segurança para a pessoa idosa e o profissional. O Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes foi instituído em 2007 pelo Ministério da Saúde e redefinido e ampliado por meio da Portaria MS nº 2.546, publicada em 2011. O programa tem como intuito, “[...] fortalecer e melhorar a qualidade do atendimento da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), integrando ensino e serviço por meio de ferramentas e tecnologias da informação e da comunicação” (BRASIL, 2011).

No entanto, mesmo com a ascensão deste campo nos últimos anos, não havia um marco regulatório consolidado no Brasil até antes da pandemia sobre as aplicações e usos da Telerreabilitação. Porém, em meio à crise causada pelo distanciamento social em decorrência da COVID-19, essa ferramenta se tornou uma alternativa bastante viável, uma vez que esse recurso permitiu flexibilidade para às necessidades em saúde de cada contexto social, de maneira remota. Além disso, trouxe a possibilidade de atendimento em casa para a população classificada em grupos de risco, reduzindo também a exposição desses sujeitos ao contágio da doença (OPAS/OMS, 2020; UNA-SUS, 2020).

É importante contextualizar que a proposta de telerreabilitação corresponde ao uso de recursos tecnológicos de informação e comunicação que proporcionam o tratamento à distância (SILVA, 2022), já o telemonitoramento engloba o monitoramento remoto de dados de saúde desde o local onde o paciente está localizado até um centro especializado de monitoramento, interpretação e análise (PAULA; MALDONADO; GADELHA, 2020). Essas propostas frente ao cenário da pandemia da COVID-19 mostram-se promissoras para acompanhamento das pessoas idosas com demência e seus cuidadores. É importante ressaltar que por mais que a proposta de Telerreabilitação já exista há alguns anos (BRASIL, 2011), avanços significativos foram realizados a partir do ano de 2020, uma vez que, segundo a *Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia* (SBGG, 2020), desde o início da instauração do estado de pandemia, aqui no Brasil evoluímos muito em relação aos processos regulatórios.

Pensando em possibilidades de telerreabilitação e monitoramento remoto

destinado às pessoas idosas com demência, Souza (2012), trouxe que o cenário da integração por meio de computação como promissor quando focada na melhoria da qualidade de vida do usuário.

Logo, os sistemas computacionais que implementam as tecnologias de monitoramento remoto e auxílio cognitivo são bastante úteis para aumentar a segurança das pessoas que sofrem de demência, por serem capazes de prover serviços explorando técnicas que permitem que os idosos mantenham a sua autonomia (SOUZA, 2012, n/p).

Outra estratégia do uso das TICs implantada em março de 2020 pela *Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul* trouxe um projeto de telessaúde para trazer orientações aos cuidadores e familiares de pessoas idosas com demência, como instrumento de suporte e vínculo entre os familiares e cuidadores e a Atenção Básica (SES/RS, 2020). Iyer e colaboradores (2021), em um estudo de caso realizado no Hospital *Veteran's Health Administration* no Norte da Califórnia, observou que o atendimento de pessoas idosas com demência e seus cuidadores no formato virtual facilitou mais a comunicação da equipe em comparação às visitas presenciais. Os pesquisadores notaram que com o atendimento virtual foi possível reunir toda a equipe de profissionais da intervenção com pessoas idosas ao mesmo tempo, permitindo a integração de conhecimento de maneira mais ampla (IYER et al., 2021).

Outro estudo realizado por Morgan e colaboradores (2014), trouxe o fator de satisfação com a telerreabilitação como um importante foco de investigação, pois se mostra como um aspecto fundamental para mensurar a qualidade dos cuidados e avaliação da pertinência destes serviços prestados. O uso de inquéritos é usado com maior frequência para esse tipo de estudo. É importante verificar a satisfação dos familiares e cuidadores quanto à telerreabilitação e ao acompanhamento para famílias de pessoas idosas com demência, uma vez que há o potencial da telerreabilitação quanto a atendimentos não presenciais que tragam melhoras na saúde e na qualidade de vida de pessoas idosas com demência e seus cuidadores. Outro benefício se dá pelo fato que, diante o distanciamento social, esta ferramenta permitiu ao mesmo tempo não oferecer risco de contágio da COVID-19 tanto à pessoa idosa e a pessoa cuidadora quanto ao profissional (BRASIL, 2020).

No presente estudo, a satisfação foi definida como uma expressão de atitude, ou seja, uma resposta emocional, que está relacionada à crença de que o serviço deve ter componentes e dimensões suficientes. Sendo assim, “[...], a satisfação (foi) definida como

avaliação positiva do indivíduo acerca de dimensões distintas do serviço de saúde” (RODRIGUES GONÇALVES et al., 2011, p.48). Os participantes do estudo de Iyer et al. (2021) trouxeram que durante a pandemia os serviços realizados em formato virtual ofereceram uma alternativa viável e segura para pessoas idosas clinicamente complexas. Apesar de demandar maior atenção e algumas barreiras (como aprender a lidar com aplicativos e o uso da internet) para o uso da telessaúde, as pessoas idosas expressaram sua vontade em fazer o uso desse formato, revelando elevada satisfação, em particular, com a capacidade que os atendimentos em formato virtual trazem cuidados semelhantes aos prestados pessoalmente, porém mantendo-se em segurança (IYER et al., 2021).

Destaca-se que a maior parte dos estudos encontrados para a fundamentação deste estudo (IYER et al., 2021; DIAS et al., 2016; MARQUES et al, 2014), destacaram que o tempo mínimo usado para avaliar a satisfação de uma intervenção foi de oito semanas. No entanto, baseamo-nos no tempo estabelecido de 12 semanas a partir da revisão de Blankevoort et al. (2010), uma vez que foi destacado pelos autores que as maiores melhorias são encontradas após intervenções com uma duração de pelo menos 12 semanas.

Dias et al. (2016) desenvolveram um estudo a respeito da telerreabilitação vocal em pessoas idosas com doença de Parkinson. A maioria dos participantes relataram satisfação sobre o áudio e o vídeo devido ao conforto, comodidade, independência e a interação proporcionada pela intervenção (DIAS et al., 2016). Em uma revisão de literatura realizada por Marques et al. (2014), é apontado que a telessaúde e a telerreabilitação para pacientes com condições crônicas trazem um grande nível de satisfação, tanto dos pacientes quanto terapeutas, certificando uma reabilitação semelhante aos tratamentos que acontecem presencialmente. Assim, esse modo de intervenção pôde apresentar bons resultados de satisfação em pessoas idosas com diferentes perfis e seus cuidadores, trazendo conforto e segurança. Assim, há a necessidade de estudos envolvendo a satisfação com este tipo de intervenção de cuidadores de pessoas idosas com demência.

O acúmulo de tarefas impacta negativamente na saúde da pessoa cuidadora, pois acarreta em sobrecarga de atividades cotidianas afetando negativamente a sua qualidade de vida. Muitas vezes, a atenção aos cuidadores familiares acaba sendo negligenciada. É importante se atentar que a pessoa cuidadora /familiar precisa “[...] de atenção, enfoque criterioso dos serviços de saúde e capacitação, para que dessa forma consiga prestar o cuidado de maneira adequada e com o menor risco para a sua saúde física e psíquica”

(PEREIRA; SOARES, 2015, p.3840).

Dessa forma, considerando todo o contexto acima de necessidade de assistência não farmacológica à distância para pessoas idosas com demência, especialmente em períodos pandêmicos, se faz necessário verificar a satisfação dos familiares e cuidadores quanto à telerreabilitação e ao acompanhamento para famílias de pessoas idosas com demência. Sabe-se que a telerreabilitação traz melhorias para a saúde e para a qualidade de vida de pessoas idosas com demência e seus cuidadores (IYER et al., 2021; DIAS et al., 2016; PEREIRA; SOARES, 2015; MORGAN et al, 2014; MARQUES et al, 2014) e que é uma ferramenta que permite acesso à saúde à distância não oferecendo risco de contágio da COVID-19 aos pacientes e clínicos (SBGG, 2020).

A presente pesquisa teve como objetivos: verificar a satisfação da pessoa cuidadora a um Programa de Telerreabilitação e a um Acompanhamento Remoto em pessoas idosas com demência e seus cuidadores; comparar a satisfação da pessoa cuidadora à telerreabilitação e ao Acompanhamento Remoto em pessoas idosas com demência e seus cuidadores durante o distanciamento social pela pandemia COVID-19 e verificar quais fatores interferem na satisfação da pessoa cuidadora às intervenções, incluindo os fatores relacionados à pessoa idosa com demência (idade, sexo, comorbidades, estado da saúde mental- cognição e comportamento e capacidade funcional) e fatores ligados aos cuidadores (idade, sexo, anos de estudo, estado civil, renda mensal da família, se divide o cuidado com mais alguém e quantas horas do dia de cuidado é dispensado à pessoa idosa, estado de saúde mental - cognição e comportamento, qualidade de vida e sobrecarga).

Destaca-se que o desfecho primário desse estudo se trata da satisfação da pessoa cuidadora ao Programa de Telerreabilitação e ao Acompanhamento Remoto destinados a pessoas idosas com demência e seus cuidadores. Como hipótese desse estudo, esperou-se que a satisfação da pessoa cuidadora ao Programa de Telerreabilitação fosse maior em comparação ao grupo de Acompanhamento Remoto, sugerindo a potencialidade da telerreabilitação como auxiliar na prestação de cuidados às pessoas idosas com demência e seus cuidadores, contribuindo para a área de conhecimento do distanciamento social e da saúde mental na Gerontologia.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Verificar a satisfação de pessoas cuidadoras a um Programa de Telerreabilitação e a um Acompanhamento Remoto em pessoas idosas com demência e seus cuidadores.

2.2 Específicos

- Comparar a satisfação de pessoas cuidadoras à telerreabilitação e ao Acompanhamento Remoto em pessoas idosas com demência e seus cuidadores durante o distanciamento social pela pandemia COVID-19;
- Verificar quais fatores interferem na satisfação das pessoas cuidadoras às intervenções, incluindo os fatores relacionados à pessoa idosa com demência (idade, sexo, comorbidades, estado da saúde mental – cognição e comportamento e capacidade funcional) e fatores ligados aos cuidadores (idade, sexo, anos de estudo, estado civil, renda mensal da família, se divide o cuidado com mais alguém e quantas horas do dia de cuidado é dispensado à pessoa idosa, estado de saúde mental - cognição e comportamento, qualidade de vida e sobrecarga).

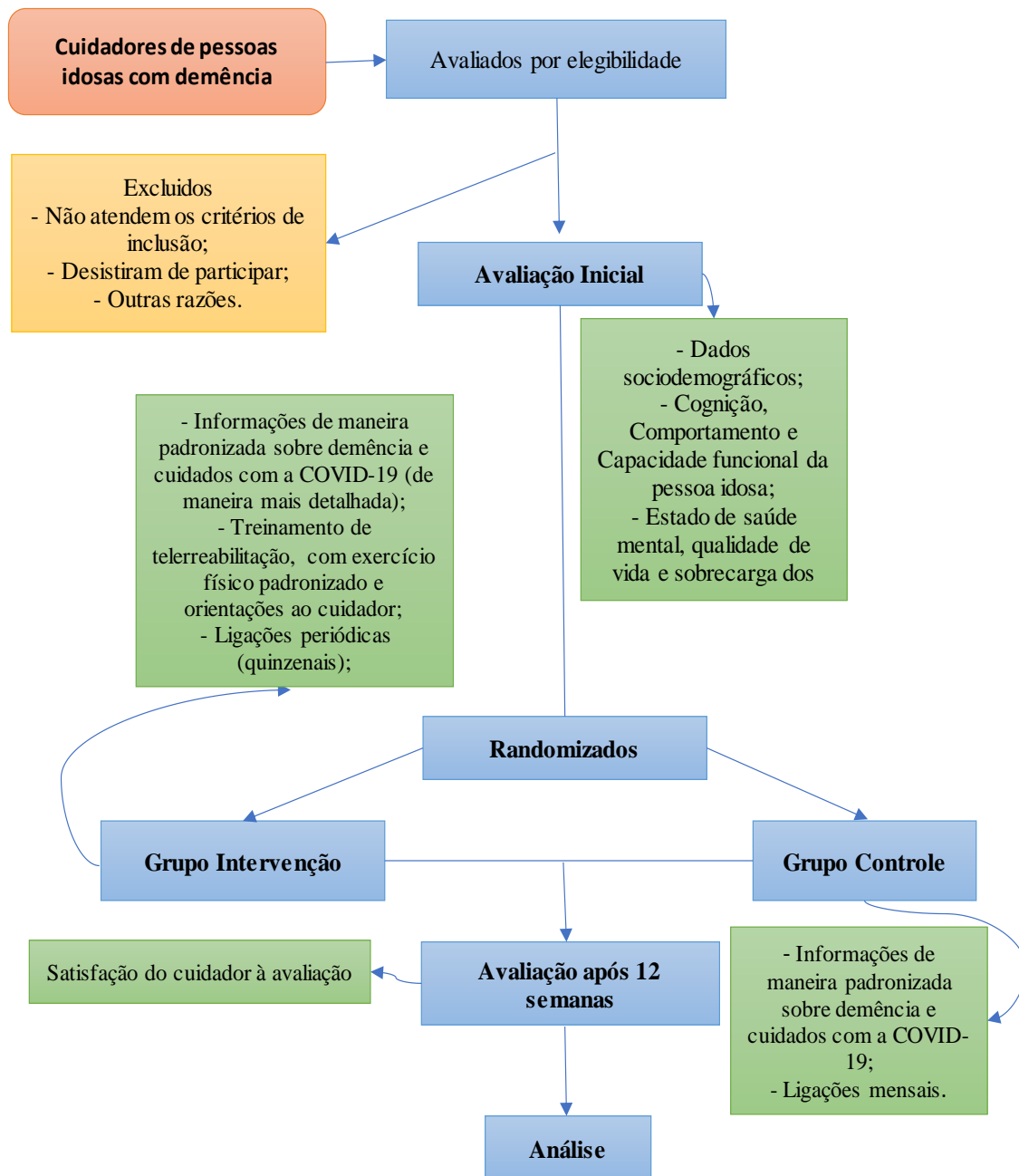
3. MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Do ponto de vista metodológico, o presente estudo tem uma abordagem quanti-qualitativa e faz parte de um ensaio clínico randomizado somente pós-teste com grupo controle (SOUSA, DRIESSNACK, MENDES, 2007), com cegamento do avaliador e dois grupos: um Grupo Intervenção (Treinamento de Telerreabilitação) e um Grupo Controle (Acompanhamento Remoto). Houve duas avaliações online: inicial e outra após 12 semanas de treinamento. Este projeto possui o Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC), de número RBR-825p57. Foram adotadas também com o objetivo de relatar o ensaio clínico as recomendações do *Consolidated Standards of Reporting Trials* (CONSORT) e do *Template for Intervention Description and Replication checklist* (TIDieR). O projeto conta com a parceria do grupo de pesquisa “*Neuroscience Research Australia* (NeuRA)” - Sydney, Austrália.

Esse estudo possui aprovação pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos/SP (CAAE: 34696620.0.0000.5504) (ANEXO A). Essa pesquisa está em consonância às normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e à Lei Geral de Proteção de Dados Individuais (LGPD nº 13.709, de 14 de agosto de 2018). Os procedimentos e os objetivos dessa pesquisa foram informados previamente aos participantes. Os familiares ou cuidadores principais receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Após o aceite à pesquisa, os participantes informaram através de resposta por escrito por e-mail para os pesquisadores. Também foi solicitada aos participantes por e-mail a autorização sobre uso de imagem. A Figura 1 ilustra as etapas da pesquisa.

Figura 1. Fluxograma etapas da pesquisa



3.2 Participantes

Foram convidados cuidadores familiares de todo território nacional para participar desta pesquisa através do ensaio clínico randomizado o qual essa pesquisa está inserida. O recrutamento dos voluntários do estudo foi realizado através de anúncios em jornais e revistas online, cartazes, folders, mídias sociais, rádios, e reportagem local, além de

contato telefônico por meio do banco de dados do Laboratório de Pesquisa e Saúde do Idoso – (LaPeSI) - UFSCar.

Após a manifestação de interesse por parte dos cuidadores, foram entrevistados potenciais voluntários por telefone para verificar se atendiam os critérios de inclusão da pesquisa antes da avaliação inicial. Neste momento, foram esclarecidos quais os procedimentos adotados no programa e reforçados os itens do TCLE e do uso de imagem. Após confirmação dos critérios, esses voluntários tiveram a avaliação agendada de maneira online.

Os critérios de inclusão desta pesquisa foram: pessoas idosas com diagnóstico de demência nos estágios leve e moderado da doença, avaliado pela Escala de Avaliação Clínica de Demência – CDR (MORRIS, 1993; MONTAÑO & RAMOS, 2005). O diagnóstico de demência precisou ser atestado pelo neurologista ou psiquiatra que fez o acompanhamento com a pessoa idosa e confirmado pela equipe de pesquisadores utilizando os critérios diagnósticos DSMV-TR. Além disso, foram incluídos os cuidadores que passam a maior parte do dia com a pessoa idosa com demência - que convivem com a pessoa idosa pelo menos metade do dia, quatro vezes por semana, obrigatoriamente -, e que tenham familiaridade com celulares e aplicativos para viabilizar as avaliações e intervenção propostas.

Como critérios de exclusão deste estudo, considerou-se: pessoas idosas que não apresentem indicações para realização de atividade física realizada no ambiente domiciliar, atestada pela aptidão física pelo médico de sua confiança; pessoas idosas com histórico de lesões musculares graves, déficit motor decorrente de doença neuromuscular que impeçam a execução do protocolo de exercício como Esclerose Múltipla, doença de Huntington, epilepsia e traumatismo crânio encefálico; pessoas idosas com algum comprometimento funcional ou sensorial que venham a impedir a aplicação dos testes propostos (plegia ou paresia de membros, tremor importante e comprometimento funcional nas mãos, distúrbio audiovisual severo e não corrigido que dificulte a comunicação durante a realização dos testes); indivíduos com demência na fase avançada; pessoas idosas com doenças cardíacas não controladas, qualquer agravo cardiovascular ou infeccioso presente na lista de contraindicações absolutas descritas no *Physical Activity Readiness Medical Examination* (2002) (doença infecciosa aguda, aneurisma dissecante de aorta, estenose aórtica grave, insuficiência cardíaca congestiva, angina instável, infarto agudo do miocárdio, miocardite aguda, embolia pulmonar ou sistêmica aguda, tromboflebite, taquicardia ventricular e outras arritmias perigosas) ou qualquer

outra restrição médica que impossibilite a participação no presente estudo (GLEDHILL, 2002); cuidadores analfabetos, que não tenham cognição preservada rastreada pelo Mini Exame do Estado Mental (BRUCKI, et al., 2003), que não consigam ler as orientações e informações dos materiais de apoio e cuidadores que tiverem o sinal de internet do aparelho celular comprometido para o bom andamento das avaliações e acompanhamento do estudo.

3.3 Materiais

Para avaliação inicial, foram utilizados o Mini Exame do Estado Mental – MEEM (ANEXO B), Inventário Neuropsiquiátrico – INP (ANEXO C), Avaliação Mundial de Deficiência em Saúde – WHODAS 2.0 (ANEXO D), Escala de Qualidade de vida para pacientes com Doença de Alzheimer versão do cuidador (ANEXO E), Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (ANEXO F). Esses disponibilizados de maneira online.

Para avaliação de satisfação, foi utilizado um questionário baseado no *Short Assessment of Patient Satisfaction* (SAPS), um questionário sobre a satisfação à telerreabilitação, de acordo com Dias et al. (2016), uma questão sobre a satisfação de atendimento geral do paciente e outras três questões abertas para os cuidadores mencionarem outras informações relacionadas à satisfação e para verificar se as expectativas do mesmo com relação ao programa foram alcançadas. (APÊNDICE B).

Para intervenção, foram apresentadas informações de maneira padronizada sobre os tipos de demência e cuidados com a COVID-19 (Psicoeducação), através de uma apresentação que ocorreu por chamada de vídeo; protocolo com base no *Home Exercise Alzheimer Disease* (AD- HOMEX); plataforma digital *Vedius*; questionamentos de acompanhamento em formas de perguntas (conforme descrito no *item 3.4 - Intervenção*); um kit de materiais contendo: 1 par de halteres 1kg, 1 par de halteres 2kg, 1 par de caneleiras 1kg, 1 par de caneleiras 2kg, bola ou almofada pequena, álcool em gel 70, pano multiuso e esfigmomanômetro digital portátil. Caso a família não tivesse esses materiais, estes foram fornecidos pelos pesquisadores.

3.4 Intervenção

Os voluntários desta pesquisa (cuidadores e pessoas idosas) foram distribuídos de maneira aleatória em dois grupos: Controle (Acompanhamento Remoto); Intervenção (Programa de Telerreabilitação), e tanto o Programa de Telessaúde, quanto o Acompanhamento Remoto tiveram duração de 12 semanas.

- **Grupo Controle – Acompanhamento Remoto**

Os cuidadores do Grupo Controle receberam a psicoeducação que consistiu em informações de maneira padronizada sobre os tipos de demência e cuidados com a COVID-19 no início da intervenção, através de uma apresentação que ocorreu por chamada de vídeo e com conteúdo conforme o “APÊNDICE D” ministrado pela psicóloga do programa.

Uma vez por mês foram realizadas ligações mensais para o Grupo Controle com o intuito de monitorar o estado de saúde das pessoas idosas da pesquisa, com duração de um trimestre. Nestas ligações foram trazidos aos cuidadores familiares das pessoas idosas alguns questionamentos de acompanhamento que foram elaborados para a viabilização deste contato, sendo perguntas destinadas aos acontecimentos ocorridos ao decorrer do mês, relacionados ao estado de saúde geral, bem como, observações que os cuidadores julgarem como importantes. Essas informações foram catalogadas, porém não foi oferecida nenhuma intervenção a partir delas durante as 12 semanas para o Grupo Controle. Finalizadas as intervenções para os voluntários do Grupo Intervenção, foi ofertado o Programa de Telerreabilitação aos voluntários do Grupo Controle que já haviam finalizado.

Figura 2. Linha do tempo horizontal do processo de intervenção ocorrido no Acompanhamento Remoto no período de 12 semanas.



- **Grupo Intervenção – Programa de Telerreabilitação (TSEN et al., 2022).**

Assim como a intervenção do Grupo Controle, os cuidadores do Grupo Intervenção receberam informações de maneira padronizada sobre os tipos de demência e cuidados com a COVID-19 no início da intervenção, através de uma apresentação, mais detalhada que a realizada para o Grupo Controle, que também ocorreu por chamada de

vídeo e com conteúdo conforme o “APÊNDICE E” ministrado pela psicóloga do programa (psicoeducação).

O contato com o Grupo Intervenção foi realizado sempre que solicitado por meio dos cuidadores, por alguma dificuldade comportamental da pessoa idosa, ao longo das 12 semanas. A psicóloga com treinamento em neuropsicologia trouxe orientações sobre o manejo com distúrbios neuropsiquiátricos e situação de enfrentamento do distanciamento social.

Além das orientações no início da intervenção e as informações ofertadas pela psicóloga, uma pesquisadora com formação em fisioterapia trouxe prescrições a respeito da realização dos exercícios físicos para as pessoas idosas do Grupo Intervenção. O procedimento seguido para a realização da telerreabilitação foi baseado no *Home Exercise Alzheimer Disease (AD- HOMEX)*. Tal protocolo já foi executado em ambiente domiciliar pelo grupo de pesquisadores e também testado no ensaio clínico registrado RBR-2mhvww, além de ter sido realizado um estudo piloto sobre a viabilidade da intervenção (CEZAR; ANSAI; ANDRADE, 2021).

Os pesquisadores responsáveis pela execução dos exercícios físicos recomendaram previamente aos cuidadores o incentivo à realização de exercícios físicos à pessoa idosa, assim como, que a realização destes fossem realizados em um ambiente da residência arejado, com maior espaço e livre de estímulos distratores que poderiam atrapalhar a execução do protocolo. Os cuidadores receberam capacitação e orientação do fisioterapeuta/pesquisador em relação a identificar capacidades e restrições que a pessoa idosa possui, bem como, os materiais que foram utilizados para os exercícios. Como garantia à segurança das pessoas idosas e cuidadores, os familiares mais próximos e o médico que assistem à pessoa idosa deveriam ser contatados em caso de emergência, assim como, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Para a realização do protocolo, utilizou-se a plataforma online *Vedius*¹, que possui um conteúdo interativo com descrição de cada exercício, também possibilitando que as fisioterapeutas/ profissional da educação física criassem procedimentos a serem seguidos e adicionassem outras informações. O protocolo foi enviado separadamente por meio de um link, e os voluntários poderiam acessar o protocolo por meio de um celular, tablet ou computador com acesso à Internet.

¹ Acesso em: <www.vedius.com.br>.

As primeiras seis sessões foram acompanhadas de maneira integral pelas pesquisadoras (sendo fisioterapeutas ou profissional da educação física) para certificar-se quanto a postura das pessoas idosas e dos cuidadores que estariam ao lado dos participantes durante a realização dos exercícios, bem como, orientando com as necessárias para a realização do protocolo, assegurando que fosse realizado de maneira correta e com prudência. Depois das seis sessões, o acompanhamento foi realizado periodicamente por ligações. É importante ressaltar que na semana 5 e na semana 9, que corresponde as fases de progressões, os voluntários foram acompanhados de maneira síncrona, uma vez que os exercícios só seriam progredidos após avaliação do profissional que conduz o protocolo.

Para a realização de cada sessão desses exercícios, houve o seguinte protocolo a ser seguido (APÊNDICE F): 02 minutos - aferição de pressão arterial e frequência cardíaca (monitorada pela pessoa cuidadora); 06 minutos – aquecimento; 25 minutos – exercícios de fortalecimento de membros superiores e inferiores; 15 minutos – exercícios de equilíbrio. De acordo com as necessidades individuais, poderiam ser adicionados exercícios de propriocepção e alongamento. A recomendação foi para que os exercícios fossem realizados três vezes na semana, preferencialmente em dias intercalados. Além das orientações passadas aos voluntários de maneira síncrona pelas fisioterapeutas/profissional da educação física, havendo uma cartilha de orientações que reforçaram as informações para a realização das atividades.

Para o acompanhamento da intervenção, as ligações foram realizadas com um intervalo quinzenal, no horário que a pessoa cuidadora sinalizasse, com duração estimada de 20 minutos. Durante as ligações, foram perguntadas informações a respeito do decorrer das semanas, como se sentiam, sobre a saúde geral da pessoa idosa e da pessoa cuidadora, se houve alguma dificuldade em orientar os exercícios propostos, a frequência e horário da realização dos exercícios, se estavam realizando os exercícios em conjunto, possibilidade de mudança da rotina para a melhor execução das atividades propostas e benéficos à saúde.

Após o telefonema, foram propostos para os cuidadores alternativas de facilitação para a prática de exercício físico das pessoas idosas e soluções imediatas para as barreiras. Destaca-se que esses contatos foram realizados por um único pesquisador (que conduziu as atividades da intervenção do protocolo de exercícios), tendo como estratégia o fortalecimento de vínculo com os voluntários do estudo. Além das ligações, os cuidadores foram orientados a preencher um diário de acompanhamento semanal em forma de

formulário online, relatando se houve alguma dificuldade durante a realização dos exercícios sistematizados.

Além das chamadas realizadas de maneira periódica, foram promovidos pela psicóloga do programa encontros virtuais mensais chamados “*café com cuidado*”. Refere-se a uma sala de partilha virtual que teve como estratégias a integração coletiva, o acolhimento, a sensação de pertencimento, o encorajamento a continuar nas próximas sessões e a aderência. Os cuidadores participantes compartilharam suas experiências e dificuldades. Com esses encontros, buscou-se também trabalhar com as informações coletadas nos telefonemas e nos diários sobre barreiras, oferecendo possíveis ajustes internos e externos e facilitadores, com reforço dos aspectos de psicoeducação.

Figura 3. Linha do tempo horizontal do processo de intervenção ocorrido no Programa de Telerreabilitação no período de 12 semanas.



3.5 Avaliação

Com base em HOOK et al. (2020), essas avaliações seguiram as recomendações contidas no *Remote Administration Guidelines for the NIH Toolbox®: Response to COVID-19*². Inicialmente, houve o contato inicial, realizado por quatro pesquisadoras (duas fisioterapeutas, uma psicóloga e uma profissional da educação física), através de videochamada pela plataforma Google Meet, em um horário previamente combinado com os cuidadores.

Nesse contato, foi aplicado um questionário de anamnese, em que os cuidadores responderam informações sobre a pessoa idosa (idade, sexo, comorbidades) e a pessoa cuidadora (idade, sexo, anos de estudo, estado civil, renda mensal da família, se divide o cuidado com mais alguém e quantas horas do dia de cuidado é dispensado à pessoa idosa) Após o contato inicial, outra pesquisadora foi responsável pelas avaliações que

² Acesso em: <<https://informme.org.au/News/2020/03/26/COVID-19-Telehealth-resources>>.

aconteceram por meio de videochamadas pelo recurso Google Meet em horários combinados previamente com os cuidadores e as pessoas idosas. Uma vez definidos esses horários, a pesquisadora e cuidadores se encontraram no mesmo período (matutino ou vespertino) para os dois momentos de avaliação. A mesma avaliadora foi mantida para ambas avaliações (ocorridas em dois dias).

Pretendeu-se quantificar e avaliar o **estado da saúde mental (cognição e comportamento)** e **capacidade funcional** da pessoa idosa, através dos seguintes instrumentos:

- **Cognição** – Mini Exame do Estado Mental – MEEM (BRUCKI et al., 2003). Esse questionário avaliou: orientação para tempo, orientação para local, memória, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade visual construtiva. De acordo com Folstein (1975), o escore do MEEM possui variação de 0 a 30 pontos, sendo que valores mais baixos significam um possível déficit cognitivo.
- **Comportamento** – Inventário Neuropsiquiátrico – INP (CUMMINGS, 1994). Trata-se de uma escala que possui 12 domínios (10 sobre comportamento e 2 neurovegetativas) que pretendem identificar sintomas neuropsiquiátricos na demência. Cada seção é pontuada de acordo com a frequência e a gravidade do comportamento durante o último mês, sendo que a amplitude de pontuação pode variar de 0 a 144 pontos.
- **Capacidade funcional** – Avaliação Mundial de Deficiência em Saúde – WHODAS 2.0 (CASTRO; LEITE, 2015; MOREIRA et al., 2015). Essa é uma escala que possui 12 itens, sendo dividida em dois momentos. A primeira parte é sobre dados sociodemográficos e informações de identificação pessoal e a segunda parte é sobre o desempenho dos sujeitos em 6 domínios de funcionalidade: cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida (domésticas e de trabalho) e participação nos últimos 30 dias.

Vale ressaltar que os questionários *INP* e *WHODAS* em relação à pessoa idosa foram respondidos pelos cuidadores principais. Recomendou-se para os cuidadores/familiares que pessoa idosa fosse levada para um cômodo da casa que estivesse o mais livre possível de estímulos sonoros e visuais que pudessem desconcentrar a pessoa idosa para a realização da avaliação cognitiva. Também foi orientado aos voluntários que os

seguintes materiais fossem separados para a atividade: caneta e folha em branco. A avaliação ocorreu no período médio de 1 hora, sendo compatível ao estudo piloto realizado previamente.

Pretendeu-se quantificar e avaliar o **estado da saúde mental (cognição)**, **qualidade de vida** e **sobrecarga** da pessoa cuidadora, através dos seguintes instrumentos:

- **Cognição** – Mini Exame do Estado Mental – MEEM (BRUCKI et al., 2003).
- **Qualidade de vida** – Escala de Qualidade de vida para pacientes com Doença de Alzheimer *versão do cuidador* (NOVELLI; CARAMELLI, 2006). A escala é dividida em 13 dimensões (saúde física, disposição, humor, moradia, memória, família, casamento, amigos, você em geral, capacidade de fazer tarefas, capacidade de fazer atividades de lazer, dinheiro e a vida em geral). A pontuação varia de 1 (ruim) a 4 (excelente) em cada domínio.
- **Sobrecarga** – Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit (ZARIT; ZARIT. 1987; SCAZUFCA, 2002). Essa escala mensurou como o cuidar impacta na saúde física e emocional, bem como, nas atividades sociais e condição financeira dos cuidadores. Ponto de corte para o diagnóstico de sobrecarga: 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.

3.5.1 Satisfação à intervenção

Trata-se um questionário de levantamento (APÊNDICE B) para avaliar a satisfação à intervenção após 12 semanas tanto para o Grupo Controle quanto para o Grupo Intervenção, baseado no *Short Assessment of Patient Satisfaction (SAPS)* (HAWTHORNE et al., 2014). O SAPS é composto por sete itens que avaliam os principais domínios de satisfação do paciente, como a satisfação com o tratamento, explicação dos resultados do tratamento, atendimento clínico, participação na tomada de decisões médicas, respeito pelo clínico, tempo com o clínico e satisfação com atendimento hospitalar/clínico. Cada item possui escala entre 0 e 4 pontos e a faixa de pontuação final pode variar de 0 (Extremamente insatisfeito) a 28 (Extremamente

satisfeito). O SAPS é uma medida válida e confiável de satisfação do paciente em setores clínicos (HAWTHORNE et al., 2014).

Além disso, aplicou-se um questionário sobre a satisfação à telerreabilitação, de acordo com Dias et al. (2016). Ainda, foi adicionada uma questão sobre a satisfação de atendimento geral do paciente (“Como você classificaria os cuidados de saúde que o idoso recebeu nos últimos 3 meses?”). As pontuações variaram de 0 (pior possível) a 10 (melhor possível) (ZHANG et al., 2007). Houve outras três questões abertas (APÊNDICE C) para os cuidadores mencionarem outras informações relacionadas à satisfação e para verificar se as expectativas do mesmo com relação ao programa foram alcançadas.

3.6 Tamanho amostral

Para o cálculo do tamanho amostral, foi utilizada a regra de pelo menos 10 casos do desfecho (sucesso ou fracasso, dependendo do que for mais raro) para cada variável independente utilizada no modelo de regressão linear (PEDUZZI et al., 1996). Assim, foi considerado uma satisfação de 83% (não satisfação de 17%) com base em estudos prévios (DIAS et al., 2016; BERGQUIST; YUTSIS; SULLAN; 2015) o mínimo de 59 pessoas para constituir a amostra total para cada fator incluído na regressão. Com a chance de perda de 20% dos participantes, estimou-se uma amostra de 72 cuidadores no total.

3.7 Randomização e cegamento

Para o presente estudo, foram utilizados os procedimentos do projeto de pesquisa maior para a randomização. Assim, foi utilizado o *software Random Allocation*, que gera uma lista no computador de randomização dos participantes. Foi realizada uma randomização em blocos de tamanho 10 (razão de alocação 1:1). Os envelopes negros, opacos e selados, numerados em ordem, contém o grupo (Treinamento Telerreabilitação; Controle) em que os voluntários foram alocados, dando seguimento à sequência de randomização. Um pesquisador sem vínculo com a pesquisa realizou o processo de randomização. Outro pesquisador independente ficou responsável por avisar os cuidadores sobre a randomização.

A pesquisadora responsável pelas avaliações do estudo foi cega à randomização. Devido ao caráter da pesquisa, os intervencionistas e os voluntários não foram cegos.

3.8 Análise de dados

Para as análises por intenção de tratar, foi adotado um nível de significância de $\alpha = 0,05$ e para execução dos testes estatísticos foi utilizado o software IBM SPSS Statistics Version 20. O teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov foi aplicado em todas variáveis contínuas para verificar a distribuição dos dados. Realizou-se uma análise descritiva dos dados para as perguntas abertas e uma estimação pontual e intervalar dos parâmetros de interesse. Para comparar os grupos quanto às características clínicas e sociodemográficas e quanto à satisfação, foram utilizados o teste Qui-quadrado de associação para variáveis categóricas e o teste t independente para variáveis contínuas com distribuição normal.

Para verificar quais fatores clínicos e sociodemográficos que foram avaliados no período inicial influenciam na satisfação ao Programa de Telerreabilitação e Acompanhamento Remoto em pessoas idosas, foi aplicada a regressão linear simples.

Para as perguntas abertas, os 64 cuidadores trouxeram suas percepções através das respostas de três perguntas: “Sua expectativa em relação à intervenção foi alcançada? Comente sobre.”; “Qual foi a maior dificuldade encontrada no tratamento não presencial?”; “O (a) Sr. (Sra.) gostaria de adicionar mais alguma questão em relação à satisfação?”, adotou-se o procedimento de tratamento qualitativo dos dados, através do software MAXQDA2022, para facilitar e acelerar a análise qualitativa de dados através de codificações e categorização. Os trechos das respostas foram separados em seus seguimentos contendo o ID de cada pessoa cuidadora, conforme o devido código estabelecido. Após codificados, para os segmentos obtidos, contou-se, como método de organização, a análise de conteúdo. De acordo com Bardin (1977), o foco do método é qualificar as vivências do sujeito, bem como, suas percepções sobre determinado objeto e seus fenômenos.

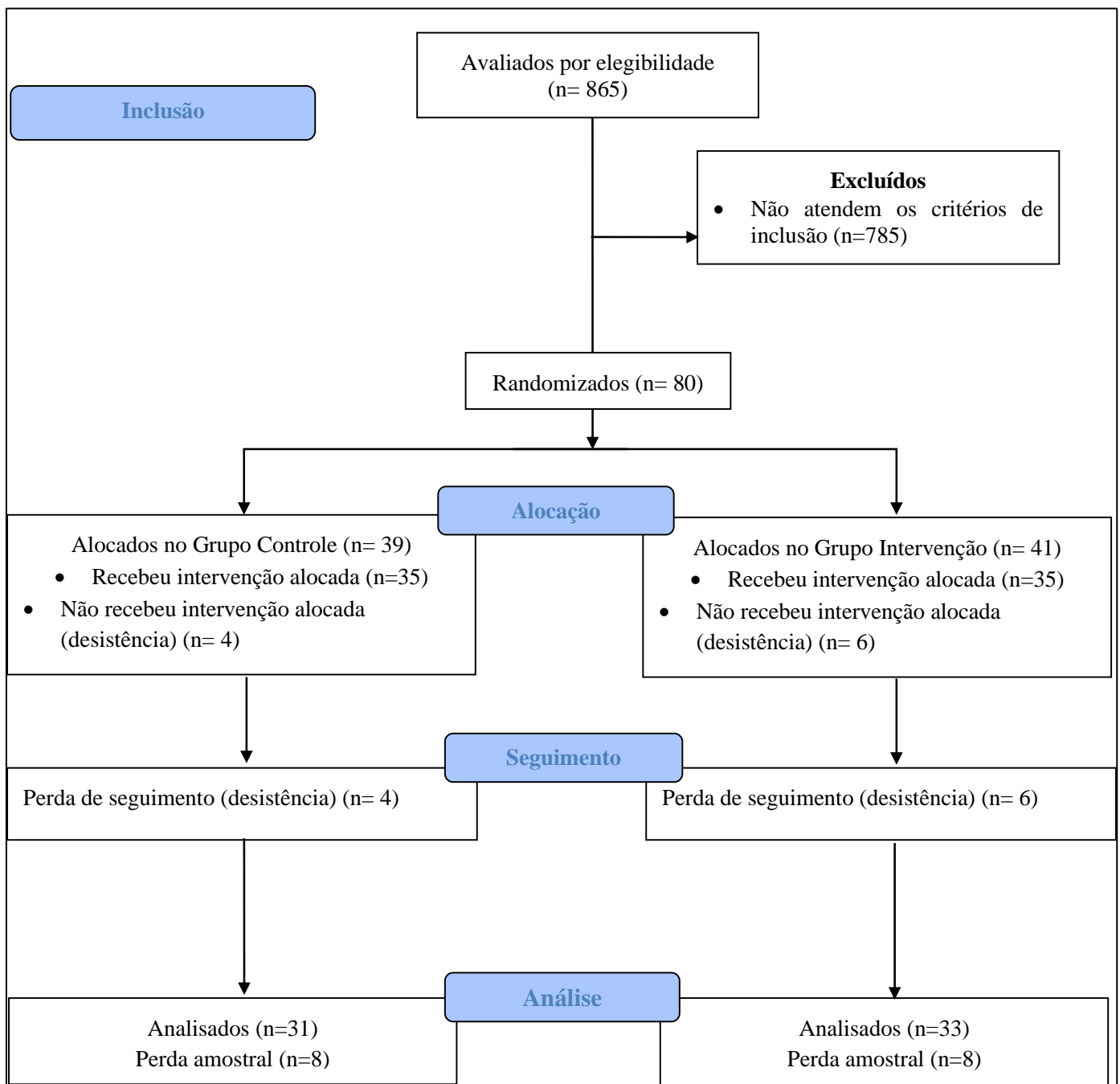
4. RESULTADOS

Segue abaixo o fluxograma dos participantes (Figura 4). Nesse Fluxograma, foram avaliados 865 participantes. No entanto, 785 foram excluídos dessa primeira triagem, uma vez que não atenderam aos critérios de inclusão do projeto. Depois dessa primeira triagem, os pares de pessoas idosas e cuidadores foram avaliados em dois dias por uma pesquisadora cega. Após a aplicação dos testes cognitivos e físicos, 80 pares de pessoas idosas e cuidadores foram randomizados de maneira aleatória, sendo 41 para o Grupo Intervenção e 39 para o Grupo Controle. A amostra compreende pares de cuidadores e de pessoas idosas das seguintes regiões do Brasil: Sudeste (86,25%), Sul (6,25%), Nordeste (5%) e Centro-Oeste (2,5%), sendo que a maior concentração de voluntários se deu no Estado de São Paulo (75%).

No período que compreende as 12 semanas de intervenção, a aderência à participação do programa correspondeu a 75,61% (frequência média da participação no exercício físico) para o Grupo Intervenção. Nesse período, tivemos duas intercorrências relacionadas ao voluntário alterar o comportamento durante as sessões, apresentando irritabilidade. Nestes casos, foi necessário acionar a psicóloga do programa, que trabalhou juntamente aos cuidadores estratégias para manejo dos distúrbios neuropsiquiátricos e situação de enfrentamento às queixas comportamentais mais específicas. Foi relatado também, por cinco cuidadores, a falta de tempo ou organização de quem acompanharia a pessoa idosa para conduzir as sessões. As pesquisadoras responsáveis pela execução do exercício físico buscaram resolver esta queixa, oferecendo horários alternativos. Também foram relatadas duas intercorrências relacionados a problemas de saúde da pessoa idosa, sendo uma delas por apresentar sintomas de COVID-19, porém nenhuma pessoa cuidadora apresentou sintomas ou diagnóstico de COVID-19 durante a realização do estudo.

Durante esse período, houve uma perda amostral de 16 pares de cuidadores familiares e pessoas idosas, sendo oito em cada grupo. Ressalta-se que estes voluntários não quiseram participar do segundo momento de avaliação, mesmo sendo convidados por e-mail, telefonemas e mensagens. A amostra final total compreendeu 64 pares de cuidadores familiares e pessoas idosas, sendo 33 para o Grupo Intervenção e 31 para o Grupo Controle.

Figura 4. Fluxograma dos participantes do estudo com base no CONSORT 2010 Flow Diagram.



Quanto às características iniciais clínicas e sociodemográficas dos cuidadores, não houve diferenças significativas entre grupos em nenhuma variável. A idade dos cuidadores variou entre 51 e 52 anos e a maior parte da amostra foi composta por voluntários do sexo feminino e casados. Os cuidadores apresentaram a variação entre 15 a 16 anos de estudo, 40% destes possuem renda mensal familiar acima de cinco salários mínimos e mais de 70% recebem ajuda de outro profissional ou familiar para o cuidado

com a pessoa idosa. Quanto às horas dedicadas ao cuidado, houve uma variação na amostra entre 4 e 24 horas por dia. A média do MEEM foi de 29 pontos, não indicando déficit cognitivo; de desgaste pelo INP entre 12 e 13 pontos, o que sugere baixo desgaste ligado a alterações comportamentais da pessoa idosa; da Escala de Qualidade de Vida – Versão Cuidador de 25 pontos, apontando qualidade de vida moderada. E a variação da Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit foi de 31 a 32 pontos, indicando sobrecarga leve a moderada (Tabela 1).

Tabela 1. Características iniciais clínicas e sociodemográficas da amostra – em relação aos cuidadores (n=64)

Características	Grupo Intervenção (n=33)	Grupo Controle (n=31)	Valor p
	M ± DP ou n (%)	M ± DP ou n (%)	
Idade (anos)	52,42 ± 10,31	51,65 ± 14,12	0,801
Sexo feminino, n (%)	27 (81,8%)	27 (87,1%)	0,561
Anos de estudo	16,70 ± 4,85	15,03 ± 5,19	0,190
Estado civil			0,681
Solteiro	9 (28,1%)	9 (30,0%)	
Casado	20 (62,5%)	19 (63,3%)	
Viúvo	1 (3,1%)	0 (0,0 %)	
Divorciado	1 (3,1%)	2 (6,7%)	
Outro	1 (3,1%)	0 (0,0%)	
Renda mensal da família			0,965
de 1 a 3 SM	6 (18,8%)	7 (23,3%)	
de 3 a 5 SM	10 (31,2%)	8 (26,7%)	
Acima de 5 SM	13 (40,6%)	12 (40,0%)	
Prefiro não responder	3 (9,4%)	3 (10,0%)	
Horas dedicadas ao cuidado da pessoa idosa			0,226
4 horas por dia	8 (25,0%)	15 (50,0%)	
6 horas por dia	6 (18,7%)	2 (6,7%)	
8 horas por dia	2 (6,2%)	3 (10,0%)	
12 horas por dia	5 (15,6%)	3 (10,0%)	

24 horas por dia	11 (34,4%)	7 (23,3%)	
Recebe ajuda de outro profissional ou familiar para o cuidado com a pessoa idosa, n (%)	24 (72,7%)	25 (80,6%)	0,537
MEEM (0-30)	29,39 ± 0,99	29,03 ± 1,05	0,162
Desgaste (INP) (0-60)	13,12 ± 8,74	12,65 ± 10,47	0,845
Escala de Qualidade de Vida – Versão Cuidador (13-52)	25,45 ± 4,52	25,77 ± 4,12	0,769
Total Zarit (0-88)	31,27 ± 11,97	32,16 ± 9,97	0,749

n (%) número de indivíduos (porcentagem); M=Média; ± DP=Desvio Padrão; valor de p – nível de significância ≤0,05. SM= Salário Mínimo; MEEM=Mini Exame do Estado Mental; INP= Inventário Neuropsiquiátrico; Zarit= Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit.

Quanto às características iniciais clínicas e sociodemográficas das pessoas idosas, não houve diferenças significativas entre grupos em nenhuma variável. A idade variou entre 76 e 79 anos e a maior parte da amostra foi composta por voluntários do sexo feminino. A população da amostra também apresentou uma média de 4 comorbidades. Em relação ao MEEM, a média foi de 19 pontos, o que pode indicar funções cognitivas globais alteradas. Quanto os sintomas comportamentais do INP, variou de 26 a 34 pontos, apontando baixa intensidade de sintomas comportamentais. Em relação ao WHODAS, houve uma variação entre 31 a 34 pontos, indicando funcionalidade moderada (Tabela 2).

Tabela 2. Características iniciais clínicas e sociodemográficas da amostra – em relação às pessoas idosas com demência (n=64)

Características	Grupo Intervenção	Grupo Controle	Valor p
	(n=33)	(n=31)	
	M ± DP ou n (%)	M ± DP ou n (%)	
Idade (anos)	79,21 ± 6,49	76,13 ± 7,25	0,078
Sexo feminino, n (%)	25 (75,8%)	24 (77,4%)	0,875
Número de comorbidades (0-17)	4,09 ± 4,72	4,35 ± 4,80	0,825
MEEM (0-30)	19,42 ± 5,06	19,58 ± 4,70	0,899
Sintomas comportamentais (INP) (0-144)	26,73 ± 23,02	34,94 ± 24,94	0,176
WHODAS (0-56)	31,29 ± 9,50	34,21 ± 7,10	0,171

n (%) número de indivíduos (porcentagem); M=Média; ± DP=Desvio Padrão; valor de p – nível de significância ≤0,05. MEEM=Mini Exame do Estado Mental; INP= Inventário Neuropsiquiátrico; WHODAS= Avaliação Mundial de Deficiência em Saúde.

Em relação à satisfação com a intervenção e Acompanhamento Remoto em pessoas idosas, houve diferenças significativas entre os grupos na pontuação total da SAPS, na avaliação de satisfação geral com o tratamento pela internet e na avaliação dos cuidados de saúde. Os cuidadores apresentaram maior satisfação no Grupo Intervenção, com média na SAPS de 24 pontos no Grupo Intervenção e 20 pontos no Grupo Controle. Quanto a satisfação geral com o tratamento pela Internet, a maioria dos indivíduos do Grupo Intervenção apontou estar **muito satisfeito**, enquanto a maior parte dos indivíduos do Grupo Controle sinalizaram estar **satisfeitos**. A respeito dos cuidados de saúde recebidos durante o período da intervenção, a resposta variou de 5 a 10 para o Grupo Intervenção e 0 a 10 para o Grupo Controle, o que novamente sugere maior satisfação ao Grupo Intervenção quando comparado ao Grupo Controle (Tabela 3).

Outros dados de satisfação não apresentaram diferença entre grupos. Em relação ao sentimento de participar da intervenção de maneira remota, a maioria da amostra respondeu ter gostado e sinalizado **preferência pelo tratamento pela Internet** e não o presencial. Quando perguntado sobre a qualidade do áudio e vídeo durante as sessões, a maioria da amostra apontou como **excelente**.

Tabela 3. Satisfação com a Intervenção em ambos os grupos

Fatores	Grupo Intervenção (n=33)	Grupo Controle (n=31)	Valor p
	M ± DP ou n (%)	M ± DP ou n (%)	
SAPS (0-28)	24,03 ± 2,41	20,03 ± 4,67	0,000
Como você se sentiu ao participar desse tratamento?			0,313
Gostei, prefiro o tratamento pela Internet e não o presencial.	26 (78,8%)	19 (61,3%)	
Não gostei, mas prefiro o tratamento pela Internet e não o presencial.	0 (0,0%)	1 (3,2%)	
Gostei, mas prefiro o tratamento presencial e não o pela Internet.	7 (21,2%)	10 (32,3%)	

Não gostei, prefiro o tratamento presencial e não o pela Internet.	0 (0,0%)	1 (3,2%)	
Avalie sua satisfação geral com o tratamento pela Internet			0,021
Muito satisfeito	21 (63,6%)	9 (29,0%)	
Satisfeito	11 (33,3%)	20 (64,5%)	
Insatisfeito	1 (3,0%)	2 (6,5%)	
Qual é a sua opinião sobre a qualidade do áudio (o que você conseguiu ouvir) durante as sessões?			0,296
Excelente	19 (57,6%)	20 (64,5%)	
Adequada	13 (39,4%)	9 (29,0%)	
Inadequada	0 (0,0%)	2 (6,5%)	
Ruim	1 (3,2%)	0 (0,0%)	
Qual é a sua opinião sobre a qualidade do vídeo (o que você conseguiu ver) durante as sessões?			0,564
Excelente	21 (63,6%)	20 (64,5%)	
Adequada	12 (36,4%)	10 (32,3%)	
Ruim	0 (0,0%)	1 (3,2%)	
Cuidados de saúde (0-10)	9,21 ± 1,19	6,87 ± 2,80	0,000

n (%) número de indivíduos (porcentagem); M=Média; ± DP=Desvio Padrão; valor de p – nível de significância ≤0,05. SAPS=Avaliação breve da satisfação dos pacientes.

No que diz respeito à influência dos fatores clínicos e sociodemográficos na satisfação ao Programa de Telerreabilitação e ao Acompanhamento Remoto em pessoas idosas, observa-se que em relação ao Grupo Intervenção, apenas as horas dedicadas ao cuidado, coletadas no momento inicial, influenciaram na satisfação à intervenção, sendo que quanto menos horas de cuidado dedicadas à pessoa idosa, maior a satisfação à intervenção em relação aos cuidadores (Tabela 4).

Já no que se refere ao Grupo Controle, as performances no MEEM e no WHODAS da pessoa idosa no momento inicial influenciaram de forma significativa na satisfação ao Acompanhamento Remoto. Assim, cuidadores de pessoas idosas com baixo status

cognitivo e menor funcionalidade parecem apresentar maior satisfação quanto a este acompanhamento (Tabela 4).

Tabela 4. Influência dos fatores clínicos e sociodemográficos na satisfação à intervenção e ao monitoramento das pessoas idosas

Fatores	Grupo Intervenção (n=33)		Grupo Controle (n=31)	
	B (95% IC)	R ² , valor p	B (95% IC)	R ² , valor p
Cuidadores				
Idade (anos)	-0,014 (-0,099-0,072)	0,003, 0,748	0,000 (-0,126-0,125)	0,000, 0,996
Sexo	-1,259 (-3,472-0,954)	0,042, 0,255	1,685 (-3,483-6,853)	0,015, 0,510
Anos de estudo	-0,021 (-0,203-0,162)	0,002, 0,817	-0,244 (-0,573-0,085)	0,073, 0,141
Estado civil	0,660 (-0,364-1,684)	0,055, 0,198	0,579 (-1,833-2,991)	0,009, 0,627
Renda mensal da família	-0,108 (-1,097-0,881)	0,002, 0,825	-0,801 (-2,651-1,049)	0,027, 0,383
Horas dedicadas ao cuidado da pessoa idosa	-0,101 (-0,198- -0,004)	0,130, 0,042	0,305 (-0,036-0,382)	0,093, 0,101
MEEM	-0,075 (-0,962-0,812)	0,001, 0,864	-0,395 (-2,081-1,291)	0,008, 0,635
Desgaste INP	-0,024 (-0,108-0,060)	0,011, 0,570	-0,049 (-0,251-0,153)	0,008, 0,626
Escala de Qualidade de Vida – Versão Cuidador	0,057 (-0,137-0,252)	0,012, 0,552	-0,037 (-0,467-0,394)	0,001, 0,862
Total Zarit	-0,043 (-0,115-0,029)	0,045, 0,234	-0,026 (-0,203-0,152)	0,003, 0,771
Pessoas idosas				
Idade (anos)	0,067 (-0,068-0,201)	0,032, 0,320	0,096 (-0,146-0,338)	0,022, 0,422
Sexo	1,115 (-0,878-3,108)	0,040, 0,263	-1,702 (-5,827-2,422)	0,024, 0,406
Número de comorbidades	0,059 (-0,128-0,245)	0,013, 0,525	0,001 (-0,369-0,371)	0,000, 0,996
MEEM	0,064 (-0,109-0,237)	0,018, 0,456	-0,365 (-0,717- -0,014)	0,135, 0,042
Sintomas comportamentais INP	-0,015 (-0,053-0,023)	0,020, 0,434	-0,036 (-0,106-0,034)	0,037, 0,299
WHODAS	0,000 (-0,093-0,093)	0,000, 0,995	-0,256 (-0,486- -0,026)	0,151, 0,030

n número de indivíduos; B=Beta; 95% IC=Intervalo de confiança; R²=R Square; valor de p – nível de significância ≤0,05. MEEM=Mini Exame do Estado Mental; INP= Inventário Neuropsiquiátrico; Zarit=Escala de sobrecarga do Cuidador de Zarit; WHODAS= Avaliação Mundial de Deficiência em Saúde.

Acerca das respostas abertas sobre satisfação com a intervenção, no Grupo Intervenção, os 33 cuidadores trouxeram suas percepções. Foram destacados no total oito códigos com seus respectivos números de seguimentos: “Expectativa não alcançada” (n=2); “Expectativa parcialmente alcançada” (n=8); “Expectativa alcançada” (n=23); “Dificuldades ao longo das 12 semanas” (n=27); “Sem dificuldades ao longo das 12 semanas” (n=6); “Satisfação Plena à intervenção” (n=19); “Sem mais sugestões” (n=5) e “Sugestões à intervenção” (n=9) (Figura 5). Observa-se que para o Grupo Intervenção a maior quantidade de seguimentos estão alocadas nos códigos: “Expectativa alcançada”; “Dificuldades ao longo das 12 semanas” e “Satisfação Plena à intervenção” (Tabela 5) (APÊNDICE C).

Figura 5. Lista de Códigos das respostas abertas do Grupo Intervenção através do Software MAXQDA2022

Código	Frequência
Sem mais sugestões	5
Satisfação plena à intervenção	19
Sugestões à intervenção	9
Dificuldades ao longo das 12 semanas	27
Sem dificuldades ao longo das 12 semanas	6
Expectativa não alcançada	2
Expectativa parcialmente alcançada	8
Expectativa alcançada	23

Tabela 5. Respostas abertas sobre a Satisfação com o Programa de Telerreabilitação para pessoas idosas – Grupo Intervenção (n=33)

Pergunta	Código	Segmento
Sua expectativa em relação à intervenção foi alcançada? Comente sobre.	Expectativa alcançada (n=23)	“Eu achei ótimo” GIID01
		“Foi excelente, eu não tenho o que reclamar” GIID03
		“A gente foi muito bem atendida” GIID04
		“Foi muito bom, porque tanto ele quando a minha sogra puderam aprender exercícios que eles podem fazer em casa, tanto físico como cognitivos” GIID12
		“Foi bom tanto para mim quanto para ele” GIID17
		“Eu fiquei muito satisfeita com esse processo” GIID18
		“A expectativa foi atendida sim, eu fiquei muito feliz de ter passado pelo crivo na pesquisa e ter conseguido toda a orientação que eu tive” GIID19
		“Tinha a expectativa que a minha mãe melhorasse, e eu acho que ela melhorou, então a expectativa foi alcançada” GIID20
		“Foi acima das minhas expectativas” GIID05; GIID40; GIID25
		“Foi ótimo, eu gostei muito de ter participado” GIID27

	<p>“Eu me sinto privilegiada por ter participado e eu sinto muito que tenha um prazo para terminar, porque eu gostei muito” GIID35</p> <p>“Eu vejo que o que foi proposto, foi realizado” GIID36</p> <p>“Fazer os exercícios pela internet e ter acesso ao link facilitou muito” GIID37</p> <p>“Foi bem interessante... eu acho que principalmente para mim teve um acolhimento” GIID43</p> <p>“Eu gostei sim, e ainda estou gostando. Não dá para ver melhora de imediato, mas deu para perceber ela sorrindo, brincando...” GIID53</p> <p>“Foi alcançada sim, acho que melhorou bastante a parte do humor dela.” GIID55</p> <p>“Fiquei muito satisfeita com o acompanhamento psicológico e as palestras online, foram excelentes” GIID58</p> <p>“Ajudou muito, trouxe muito conhecimento, muitas explicações, muita experiência e isso tem ajudado muito a gente. A gente não quer parar não, a gente quer mais” GIID63</p> <p>“Achei que foi bom, foi muito bom para ela” GIID67</p> <p>“Com relação ao humor, melhorou muito. Ele está mais feliz!” GIID73</p> <p>“Eu achei o projeto muito interessante” GIID76</p>
<p>Expectativa parcialmente alcançada (n=8)</p>	<p>“Eu gostei da intervenção, mas acho que o quadro dela deu uma acelerada” GIID26</p> <p>“Não tinha uma clara noção de onde a gente queria chegar, então a minha expectativa era indefinida. Eu pessoalmente acho que não tenho referência para avaliar...” GIID28</p> <p>“Eu achei que tivesse mais orientação, mas eu percebi que a proposta era algo fechado” GIID38</p> <p>“Se fosse um profissional que viesse só 1h, seria melhor do que a gente que está sempre lidando ali com ela” GIID39</p> <p>“Considerando a pandemia, foi algo a mais... algo que adicionou, mas não é algo que vai alcançar alguma coisa que a gente gostaria. Mas pode melhorar a condição do processo de envelhecimento” GIID45</p> <p>“Minha expectativa era ter um atendimento multidisciplinar, com contato com o médico. Eu também tinha a expectativa que as fisioterapeutas iriam fazer junto o tempo todo” GIID48</p> <p>“Eu queria mesmo é algo que desse alguma solução, que parasse de continuar afetando o idoso. Algum remédio alguma coisa... já que não tem a cura, algo que parasse. Mas a fisioterapia está sendo bom” GIID49</p> <p>“Foi alcançada parcialmente” GIID64</p>
<p>Expectativa não alcançada (n=2)</p>	<p>“Eu acho que foi ruim. A única coisa que eu acho é que a fisioterapeuta não deveria ter falado sobre a finalização dos atendimentos, porque isso acabou bloqueando a vontade dela de participar das avaliações” GIID52</p> <p>“A minha expectativa era que ele ativasse mais a memória, mas eu ainda não consegui ver isso ainda” GIID68</p>

<p>Qual foi a maior dificuldade encontrada no tratamento não presencial?</p>	<p>Dificuldades ao longo das 12 semanas (n=27)</p> <p>“Senhorinha que mora lá no fundo, porque ela achava que a gente estava brincando e acabava atrapalhando” GIID01</p> <p>“Às vezes minha mãe não conseguia fazer os exercícios, quando tinha a parte cognitiva ela ficava irritada” GIID04</p> <p>“Quando a gente tentava usar o meet e minha mãe não estava comigo, era um pouco mais complicado” GIID05</p> <p>“A maior dificuldade foi não conhecer vocês pessoalmente” GIID12</p> <p>“Para ele, acho que foi mais novidade, porque ele não tinha essa vivência...” GIID17</p> <p>“Quando eu não conseguia entrar no link”</p> <p>“Se eu tivesse que levá-lo no tratamento presencial, talvez eu teria conseguido com que ele fizesse todas as sessões, porque nesse momento estamos em reforma e enfrentamos alguns problemas” GIID19</p> <p>“Quando chegou o calor foi um pouco mais difícil porque o ambiente que temos é muito quente” GIID20</p> <p>“Quando ele tinha dificuldade de fazer os exercícios, demorava um pouco mais para que eu conseguisse mostrar como ele estava fazendo e me certificar com a fisioterapeuta se estava certo ou errado” GIID25; GIID74</p> <p>“Quando estávamos só ela e eu, ela não queria fazer. Isso me incomodava muito” GIID26</p> <p>“quando tinha algum outro familiar em casa, atrapalhava um pouco” GIID27</p> <p>“No começo senti um pouco dificuldade para entender a dinâmica do exercício” GIID28</p> <p>“meu celular está muito ruim e eu ainda não troquei” GIID37</p> <p>“Às vezes ela questionava se era isso mesmo, se tínhamos certeza do que estávamos fazendo. Por vocês não serem profissionais, ela não aceitava” GIID39</p> <p>“Conciliar a minha rotina com o tratamento...” “O tratamento não presencial exige mais da nossa disciplina” GIID40</p> <p>“Quando você tem que ir presencialmente, se torna uma obrigação, mas quando é pela câmera, parece que a pessoa não tem a mesma obrigação” GIID45</p> <p>“Quando você está presencial, a pessoa está ali e te incentiva mais a fazer”, “A motivação...” GIID48; GIID 58</p> <p>“Na hora de posicionar o celular, e também porque era muito pequena para visualizar” GIID52</p> <p>“Disponibilidade de tempo... como eu tive que conduzir, é diferente se você contrata uma fisioterapeuta e ela mesmo conduz...” GIID53; GIID65</p> <p>“Disposição da minha vó”, “Fazer minha mãe querer participar” GIID36; GIID55; GIID76</p> <p>“Conciliar o tempo de mais pessoas poderem estar juntos... irmãos, neta, cunhada” GIID63</p>
	<p>Sem dificuldades ao longo das 12 semanas (n=6)</p> <p>“Não tenho dificuldade” GIID03; GIID35; GIID38; GIID68</p> <p>“Foi bom não ser presencial” GIID67</p> <p>“Não tive muita dificuldade não” GIID49</p>

<p>O (a) Sr. (Sra.) gostaria de adicionar mais alguma questão em relação à satisfação?</p>	<p>Satisfação plena à intervenção (n=19)</p>	<p>“Gostaria de parabenizar vocês pela dedicação” GIID01; GIID05 “Minha satisfação está boa, está excelente” GIID03; GIID05 “Eu achei muito louvável o tratamento.” GIID04</p> <p>“Queria agradecer a participação, o carinho com o meu pai e comigo” GIID17; GIID12; GIID27 “Essas experiências com outras pessoas são muito importantes para a gente aprender e também ensinar alguma coisinha” GIID18 “Essa iniciativa de vocês é muito interessante e eu gostaria muito de ver o resultado desse estudo” GIID28 “Todas vocês são ótimas! Eu só tenho a agradecer” GIID35 “Foi a primeira vez que ela fez e ela teve um resultado muito bom” GIID40 “De uma forma geral, eu acho que esse projeto contribuiu bastante, tanto para as nossas reflexões, quanto para situações que a gente não sabia que poderia acontecer” GIID43 “O projeto está de parabéns, ele foi muito bem planejado...” GIID45 “Foi muito bom o encontro, a psicóloga deu muitas dicas” GIID48 “O programa foi muito bom” GIID53 “A Jasmine é uma excelente profissional, sempre muito respeitosa quanto aos limites do idoso” GIID55 “Estamos super contentes com tudo o que está acontecendo” GIID63 “Foi tudo bem” GIID67 “Foi muito importante, teve muitos pontos positivos. Principalmente esse olhar de preocupação quando a pressão do meu pai estava alta, foi super importante” GIID74</p>
	<p>Sugestões à intervenção (n=9)</p>	<p>“Eu usei bem menos o material, por conta da hérnia discal do meu pai e também pela demora na entrega dos materiais” GIID19 “Para edições futuras eu sugiro que deveria ter esse cuidado para olhar para cada patologia que acomete o paciente e não centralizar em apenas uma (ex. Alzheimer).” GIID20 “Infelizmente por questões familiares ele não está tendo a oportunidade de continuar fazendo os exercícios. Tenho certeza que seria uma vantagem a longo prazo para ele” GIID25 “Eu particularmente achei que teríamos contato com algum médico e que ele falaria alguma coisa sobre essa condição” GIID26 “Seria legal ter um material que fosse disponibilizado para a família” GIID37 “A gente sempre fica esperando mais orientação do que a gente pode melhorar, mas eu acho que isso é uma coisa difícil de acontecer em um prazo tão curto e sem ter um envolvimento maior” GIID38 “A única coisa que eu acho que poderia melhorar é essa relação terapeuta paciente, porque o cuidador fica muito sobrecarregado e o paciente não aceita” GIID39 “eu gostaria de deixar é que vocês não falassem que seria o último dia, porque o idoso acaba sentindo muito” GIID52 “Talvez o erro do projeto foi de nós não conseguirmos passar os exercícios para ela, por falta de tempo nosso ou até mesmo falta de interesse dela em fazer os exercícios” GIID76</p>
	<p>Sem mais sugestões (n=5)</p>	<p>“Não” GIID36; GIID49; GIID58; GIID64; GIID68</p>

No que diz respeito às respostas abertas sobre satisfação com o Acompanhamento Remoto em pessoas idosas, para o Grupo Controle, os 31 cuidadores trouxeram suas percepções. Foram destacados no total nove códigos com seus respectivos números de seguimentos: “Expectativa não alcançada” (n=12); “Expectativa parcialmente alcançada” (n=7) e “Expectativa alcançada” (n=12); “Dificuldades ao longo das 12 semanas” (n=15); “Sem dificuldades ao longo das 12 semanas” (n=16); “Satisfação Plena à intervenção” (n=10); “Sem mais sugestões” (n=16); “Sugestões à intervenção” (n=2); “Insatisfação”

(n=3) (Figura 6). Observa-se que, em comparação à Tabela 5, há um código a mais: “Insatisfação”. Também se destaca que para o Grupo Controle, a maior quantidade de seguimentos está alocada nos códigos: Expectativa não alcançada”; “Expectativa alcançada”; “Sem dificuldades ao longo das 12 semanas” e “Sem mais sugestões” (Tabela 6) (APÊNDICE C).

Figura 6. Lista de Códigos das respostas abertas do Grupo Controle através do Software MAXQDA2022

Código	Quantidade
Satisfação plena à intervenção	10
Sem mais sugestões	16
Sugestões à intervenção	2
Insatisfação	3
Dificuldades ao longo das 12 semanas	15
Sem dificuldades ao longo das 12 semanas	16
Expectativa não alcançada	12
Expectativa parcialmente alcançada	7
Expectativa alcançada	12

Tabela 6. Respostas abertas sobre a Satisfação com o Acompanhamento Remoto em pessoas idosas – Grupo Controle (n=31)

Perguntas	Código	Segmento
Sua expectativa em relação à intervenção foi alcançada? Comente sobre.	Expectativa alcançada (n=12)	“Muita coisa a gente sabe, mas não põe em prática, então foi importante para ressaltar essas coisas” GCID02
		“Vocês sempre estão conversando com a minha mãe e é bom para ela” GCID10
		“Essa acompanhamento foi muito bom, ajuda, esclarece, dá uma direção” GCID11
		“A gente tem bastante expectativas e eu acho que correspondeu as minhas expectativas.” GCID13; GCID50
		“Conversar ajuda muito, ter alguém para perguntar as coisas é mais fácil” GCID24
		“Achei eficaz! Fiquei satisfeita” GCID30
		“Eu gostei sim, foi alcançada, achei super interessante” GCID31; GCID73
		“Eu consegui ter um suporte e um direcionamento para lidar com as situações do dia a dia” GCID46
		“Com as perguntas eu consigo avaliar se ela está estável, se não está, se está retrocedendo...” GCID47
		“Minha expectativa foi alcançada, o que eu quero é contribuir com pesquisas dessa temática” GCID62
Expectativa parcialmente alcançada (n=7)		“O Alzheimer é uma doença que não tem cura, cada dia que passa ela piora. Então, eu não sei se convém ser acompanhada por psicóloga e tudo...” GCID06
		“Eu acho que se fosse como era antes, presencial, era melhor” GCID07

	<p>“Em relação a expectativa, eu queria mais, ainda mais sendo mãe... eu queria a cura. Estava esperando algum tipo de atividade, alguma outra alternativa para trabalhar a memória” GCID22</p> <p>“Eu achei a ideia excelente e o programa maravilhoso, mas o idoso tem que querer participar... não adianta a gente querer pelo outro” GCID33</p> <p>“Foram super esclarecedoras e excelentes, mas eu achei pouco, porque foram apenas 2 ou 3 durante todo esse período” GCID44</p> <p>“Assim como o Alzheimer é aquela coisa gradativa, eu percebo que a parte cognitiva dela está pior, mas ela está mais ativa” GCID59</p> <p>“Essas perguntas mexem na nossa ferida. Eu sugiro que depois de tocar nessas feridas, que tivesse uma terapia de aproximadamente 15 min” GCID66</p> <hr/> <p>“A minha crítica com relação ao protocolo é que eu apenas sou perguntada, mas não tenho um momento para perguntar” GCID14</p> <p>“Nós pensávamos que o programa forneceria atividades mais diretas para o idoso (com um frequência) e não apenas avaliações com intervalos tão longos” GCID16; GCID72; GCID77</p> <p>“Não, olha, eu esperava que durante esses três meses a gente fosse ser orientado sobre algumas dinâmicas do que fazer com a minha mãe” GCID29</p> <p>“Eu tinha mais expectativa. A minha expectativa foi maior do que a que ofereceram” GCID32</p> <p>“Não, porque eu não recebi nada, a única palestra que eu recebi foi sobre demência, com outros cuidadores” GCID41</p> <p>“O que a gente queria é um tratamento efetivo!” GCID42</p> <p>“Até o momento, não! Para mim eu só estou respondendo questionário, eu não tive nada de orientação” GCID57</p> <p>“Ela não foi alcançada porque a gente não fez nada... a gente só expôs o que estamos fazendo. Eu acho que se fosse presencial seria mais fácil” GCID69</p> <p>“Bom, para mim não mudou absolutamente nada. Não gostei, para nós foi três meses perdidos” GCID70</p> <p>“Não, na verdade a gente entende que é uma doença... talvez até por falta de conhecimento da minha parte... eu não vi melhora nenhuma” GCID71</p>
<p>Qual foi a maior dificuldade encontrada no tratamento não presencial?</p>	<p>Dificuldades ao longo das 12 semanas (n=15)</p> <p>“Minha maior dificuldade foi com relação ao meu horário” GCID06; GCID32</p> <p>“Eu precisei me dedicar mais para conseguir ajudá-la” GCID07</p> <p>“As consultas presenciais pelo SUS demoram muito, sem contar que no dia para ser atendido precisa aguardar de 3 a 5h” GCID11</p> <p>“tempo de espera muito longo” GCID16</p> <p>“O computador, porque eu e ele a gente não se combina muito” GCID22</p> <p>“Ficar de frente com a câmera” GCID24</p> <p>“Incompatibilidade de agendas” GCID29</p> <p>“Se fosse presencial ela teria mais facilidade em entender as perguntas” GCID30</p> <p>“O idoso não quer participar e eu não conseguir convence-lo” GCID33</p> <p>“Diminui as chances dela (minha mãe) lembrar de vocês” GCID50</p> <p>“Como eu não tive um relacionamento com vocês, eu não sei como eu posso dizer isso... eu não tive nada, eu não tenho como avaliar” GCID57</p> <p>“A falta do olho no olho” GCID71</p> <p>“Dificuldade de entender as perguntas” GCID72</p> <p>“Para a minha mãe foi muito complicado, por conta da tecnologia...” GCID73</p> <hr/> <p>Sem dificuldades ao longo das 12 semanas (n=16)</p> <p>“Nenhuma” GCID02; GCID41; GCID42; GCID44; GCID62; GCID66; GCID77</p> <p>“Não tive” GCID10; GCID13; GCID14; GCID31; GCID46; GCID47; GCID59; GCID69; GCID70</p>
<p>O (a) Sr. (Sra.) gostaria de adicionar mais alguma questão em relação à satisfação?</p>	<p>Satisfação plena à intervenção (n=10)</p> <p>“Estou satisfeita” “Está bom desse jeito” GCID07; GCID10; GCID31</p> <p>“Está tudo ótimo, muito bom, estou gostando” GCID13</p> <p>“Acho que a pergunta com relação a satisfação foi perfeita” GCID29</p> <p>“Eu achei todos os profissionais bem atenciosos e todos explicaram muito bem o que ia acontecer nas sessões” GCID30</p> <p>“Foi ótimo” GCID33; GCID50</p> <p>“Está perfeito” GCID66</p> <p>“Ter uma equipe que você possa contar, isso é muito bom. Saber que você tem esse suporte” GCID73</p>

Sugestões à intervenção (n=2)	<p>“Gostaria de adquirir mais conhecimento, então acho que acompanhamento com o neurologista online seria muito interessante” GCID11</p> <p>“Se vocês pudessem disponibilizar mais palestras, não só na área da neurologia, mas na área da fisioterapia, da nutrição, seria muito melhor” GCID24</p>
Insatisfação (n=3)	<p>“Por ser uma universidade um lugar tão sério, eu penso que a falta de esclarecimento foi um ponto bastante negativo” GCID16</p> <p>“Eu esperava mais, mais atividades... que tivessem atividades que houvesse tanto a minha participação como cuidadora, quanto a do papai. Às vezes eu fico até sem vontade de participar de pesquisas...” GCID41</p> <p>“É triste para nós que perdemos esse tempo de três meses, porque a gente vê esse atraso de 3 meses” GCID70</p>
Sem mais sugestões (n=16)	<p>“Não” GCID02; GCID06; GCID14; GCID22; GCID32; GCID42; GCID44; GCID46; GCID47; GCID57; GCID59; GCID62; GCID69; GCID71; GCID72; GCID77</p>

Através das perguntas abertas, nota-se que, em relação à expectativa com a intervenção, há uma diferença considerável entre os dois grupos (Tabela 5 e Tabela 6). O Grupo Intervenção apresentou o maior número de segmentos ao código “Expectativa alcançada” (n=23), dentre esses destaque o seguinte seguimento: “*Ajudou muito, trouxe muito conhecimento, muitas explicações, muita experiência e isso tem ajudado muito a gente. A gente não quer parar não, a gente quer mais*” GIID63. Em seguida, trago em contraste um seguimento referente a mesma pergunta no Grupo Controle, porém com o código “Expectativa não alcançada” (n=12): “*Ela não foi alcançada porque a gente não fez nada... a gente só expôs o que estamos fazendo. Eu acho que se fosse presencial seria mais fácil*” GCID69. Apesar de acontecerem de maneira remota, a diferença dos tratamentos oferecidos afetou diretamente a expectativa da pessoa cuidadora com o cuidado recebido durante as 12 semanas.

Em relação à maior dificuldade encontrada no tratamento não presencial, a maior parte do Grupo Intervenção contempla o maior número de seguimentos ao código “Dificuldades ao longo das 12 semanas” (n=27), destacando o seguimento referente ao mesmo ID utilizado anteriormente: “*Conciliar o tempo de mais pessoas poderem estar juntos... irmãos, neta, cunhada*” GIID63. Já no Grupo Controle, os maiores números de seguimentos estiveram relacionados ao código “Sem dificuldades ao longo das 12 semanas” (n=16): “*Não tive*” GCID10; GCID13; GCID14; GCID31; GCID46; GCID47; GCID59; GCID69; GCID70. Essa diferença de respostas muito possivelmente está relacionada ao maior tempo de tela para o Programa de Telerreabilitação, uma vez que o Acompanhamento Remoto do Grupo Controle possuía apenas a periodicidade mensal e o contato se estabeleciam por telefone e não videochamadas.

Sobre adicionar mais alguma questão em relação à satisfação, o Grupo Intervenção possui o maior número de seguimentos ao código “Satisfação Plena à intervenção” (n=19), destacando novamente o seguimento referente ao mesmo ID do Grupo Intervenção: *“Estamos super contentes com tudo o que está acontecendo”* GIID63. Trazendo em contraste, no Grupo Controle os maiores números de seguimentos estão distribuídos no código “Sem mais sugestões” (n=16): *“Não”* GCID02; GCID06; GCID14; GCID22; GCID32; GCID42; GCID44; GCID46; GCID47; GCID57; GCID59; GCID62; GCID69; GCID71; GCID72; GCID77. Aqui os cuidadores em sua maioria já deixaram registrado, na primeira pergunta sobre a expectativa, não estarem satisfeitos com as atividades ocorridas ao longo das 12 semanas.

No entanto, há um nono código nas respostas do Grupo Controle que não existe no Grupo Intervenção, que foi “Insatisfação” (n=3). Destaco os seguimentos desse código: *“Por ser uma universidade um lugar tão sério, eu penso que a falta de esclarecimento foi um ponto bastante negativo”* GCID16; *“Eu esperava mais, mais atividades... que tivessem atividades que houvesse tanto a minha participação como cuidadora, quanto a do papai. Às vezes eu fico até sem vontade de participar de pesquisas...”* GCID41; *“É triste para nós que perdemos esse tempo de três meses, porque a gente vê esse atraso de 3 meses”* GCID70. É importante destacar que, ao final das intervenções no Programa de Telerreabilitação voltado ao Grupo Intervenção, os voluntários do Grupo Controle começaram a ser convidados para receber o Programa de Telerreabilitação que foi dado ao Grupo Intervenção. No entanto, a aderência está sendo muito baixa, inclusive uma das voluntárias que relatou insatisfação não respondeu as pesquisadoras que a convidaram.

5. DISCUSSÃO

Os objetivos do presente estudo foram de verificar e comparar a satisfação da pessoa cuidadora a um Programa de Telerreabilitação e a um Acompanhamento Remoto para pessoas idosas com demência durante o distanciamento social pela pandemia COVID-19, e verificar quais fatores clínicos e sociodemográficos interferem na satisfação da pessoa cuidadora às intervenções. A amostra final total após 12 semanas compreendeu 64 pares de cuidadores familiares e pessoas idosas. Os cuidadores do Programa de Telerreabilitação apresentaram maior satisfação com a intervenção, com o tratamento pela Internet e com os cuidados de saúde recebidos do que os cuidadores submetidos ao Acompanhamento Remoto. Ambos os grupos relataram terem gostado do tratamento/acompanhamento, apontaram como excelente a qualidade de áudio e vídeo e sinalizaram preferência pelo tratamento pela Internet e não o presencial. No Grupo Intervenção, apenas as horas dedicadas ao cuidado influenciaram na satisfação à intervenção. Já no Grupo Controle as performances no MEEM e no WHODAS da pessoa idosa influenciaram a satisfação ao Acompanhamento Remoto. Mais cuidadores do Grupo Intervenção tiveram sua expectativa ao tratamento alcançada, em comparação ao Grupo Controle, apesar de ambos os grupos relataram dificuldades ao longo das 12 semanas e sugestões ao tratamento.

A amostra de voluntários possui uma concentração maior na região Sudeste do Brasil (86,25%), com maior incidência no Estado de São Paulo (75%). A demência é uma preocupação crescente com a saúde pública em todo o mundo, incluindo o Brasil. A região do Sudeste, que inclui os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo, é a região mais populosa e economicamente desenvolvida do Brasil. De acordo com uma revisão sistemática e meta-análise dos estudos populacionais brasileiros publicada em 2021, a prevalência de demência entre indivíduos com 60 anos ou mais na região do Sudeste foi estimada em 9,9%. Esta estimativa é baseada em dados de seis estudos realizados na região entre 2000 e 2018 (LAGINESTRA-SILVA et al., 2021).

Em relação às características iniciais clínicas e sociodemográficas dos cuidadores e das pessoas idosas, não houve diferenças significativas entre grupos em nenhuma variável. Os cuidadores encontravam-se na faixa etária dos 50 anos de idade, sendo a maior parte do sexo feminino, casados, com 15-16 anos de estudo e recebem ajuda de outro profissional ou familiar para o cuidado. Além disso, não apresentaram déficit cognitivo (BRUCKI et al., 2003), baixo desgaste ligado a alterações comportamentais da

pessoa idosa pelo INP entre 12 e 13 pontos (CUMMINGS, 1994), qualidade de vida moderada (CASTRO; LEITE, 2015; MOREIRA et al., 2015) e sobrecarga leve a moderada (ZARIT; ZARIT, 1987; SCAZUFCA, 2002). Tais características condizem com estudos prévios, que identificaram que em sua maioria os cuidadores eram familiares, do sexo feminino, na faixa etária dos 50 anos de idade, casados, com alta escolaridade, apesar das mudanças culturais nas últimas décadas (REBÊLO et al., 2021; GOMES et al., 2019; NUNES et al., 2018).

Ainda, cuidadores de pessoas idosas com demência tendem a expressar uma sobrecarga maior em comparação com cuidadores de pessoas idosas sem demência (BRODATY, DONKIN, 2009; SEQUEIRA, 2010). Considerando ainda a pandemia COVID-19 e suas consequências, a sobrecarga de cuidadores observada foi ainda menor do que a hipotética. Da mesma forma, a qualidade de vida dos cuidadores foi considerada moderada, mesmo no contexto da COVID-19. Ambas as descobertas podem estar relacionadas ao maior nível educacional dos cuidadores do presente estudo, resultando em melhores empregos, salários mais altos, possibilidade de divisão do cuidado e mais recursos para o cuidado da saúde, o que pode contribuir diretamente para uma moderada qualidade de vida dos cuidadores e leve a moderada sobrecarga (REBÊLO et al., 2021; AWADALLA et al., 2005).

Em relação às características iniciais das pessoas idosas com demência, também não houve diferenças significativas entre grupos em nenhuma variável. A média de idade foi de 76 a 79 anos, com predomínio do sexo feminino, média de 4 comorbidades, funções cognitivas globais alteradas (BRUCKI et al., 2003), baixa intensidade de sintomas comportamentais (CUMMINGS, 1994) e funcionalidade moderada (CASTRO; LEITE, 2015; MOREIRA et al., 2015). Segundo um estudo com enfoque demográfico (BURLÁ et al., 2013), a incidência de demência aumenta de maneira linear com a idade pelo menos até os 90 anos e não há diferença entre os gêneros. Entretanto, as mulheres tendem a ter uma maior incidência da doença de Alzheimer, tipo mais comum de demência, em idades mais avançadas, e os homens, uma maior incidência em idades mais jovens, o que justifica a prevalência de mulheres e a idade média das pessoas idosas com demência no presente estudo. É comum nas síndromes demenciais a presença de déficit progressivo nas funções cognitivas e interferência nas atividades sociais e ocupacionais (GALLUCCI NETO et al., 2005). Um estudo brasileiro traz que o aumento da prevalência de doenças crônicas pode influenciar no estado funcional das pessoas idosas, afetando a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo, afetando sua independência e autonomia

(VEIGA, et al., 2016). Tais informações corroboram com os resultados encontrados neste estudo, uma vez que as pessoas idosas com demência nos estágios “leve a moderado” apresentam funcionalidade moderada (CASTRO; LEITE, 2015; MOREIRA et al., 2015).

No presente estudo, os cuidadores apresentaram maior satisfação com a intervenção e com os cuidados recebidos através do Programa de Telerreabilitação em comparação ao Acompanhamento Remoto, o que corrobora com a hipótese inicial deste estudo. Um estudo recente realizado durante a pandemia COVID-19 observou que os sintomas comportamentais em pessoas idosas parecem surgir de restrições sociais que ocorrem como consequência da pandemia. Assim, a implementação de apoio aos cuidadores e a presença de profissionais qualificados nos domicílios são importantes para restaurar a interação social e ajustar o apoio tecnológico às necessidades dos pacientes (SIMONETTI et al., 2020).

Quando comparadas as respostas abertas, o Grupo Intervenção possuiu o maior número de seguimentos ao código “Satisfação Plena à intervenção”. Um estudo de 2015, traz que o fator de satisfação, embora não seja suficiente para alcançar resultados ideais de tratamento por si só, é indiscutivelmente necessário para que os tratamentos sejam utilizados de forma consistente pelos pacientes. Somente com uma alta e consistente satisfação do paciente, o tratamento reabilitativo, independentemente de sua eficácia, é capaz de alcançar resultados ótimos de efetividade (BERGQUIST; YUTSIS; SULLAN, 2015). No entanto, no presente trabalho, somente no Grupo Controle foi identificado o código “Insatisfação”. É importante destacar que ao final das intervenções, os voluntários do Grupo Controle foram convidados a receber o mesmo Programa de Telerreabilitação, porém a adesão foi baixa. Sugere-se que a insatisfação ao Acompanhamento Remoto possa estar diretamente relacionada à desmotivação da pessoa cuidadora à intervenção ofertada, uma vez que é trazido na literatura que um alto nível de satisfação aumenta a motivação do paciente e melhora a adesão ao tratamento (TOUSIGNANT et al., 2011).

Em relação à expectativa alcançada, o Grupo Intervenção apresentou maior número de segmentos do que o Grupo Controle. Apesar disso, o Grupo Intervenção relatou mais dificuldades ao longo das 12 semanas, como conciliar o tempo, do que o Grupo Controle. Essa diferença de respostas muito possivelmente está relacionada ao maior tempo dedicado no Programa de Telerreabilitação, uma vez que o Acompanhamento Remoto do Grupo Controle possuía apenas a periodicidade mensal e o contato se estabelecia na maior parte das vezes por telefone e não por videochamadas. Tousignant et al. (2011) encontraram que a satisfação dos pacientes em programas de

telerreabilitação pós artroplastia era muito alta. Em outro estudo, os principais argumentos dos participantes com dor crônica foram relacionados ao alcance da expectativa dada à telerreabilitação, sendo útil como um tratamento complementar ou de acompanhamento, em vez de um tratamento autônomo. Os voluntários valorizaram os benefícios do tratamento, como a redução das barreiras de transporte, horários flexíveis de exercício e a possibilidade de melhor integrar as habilidades na vida diária. No entanto, muitos voluntários temiam uma perda de motivação para o tratamento e expressaram preocupação tanto com a redução do contato com o paciente quanto com a redução do contato face a face com o terapeuta (CRANEN et al., 2012). Sendo assim, pode-se justificar a expectativa alcançada para os voluntários do Grupo Intervenção, contrastando com a decepção de alguns cuidadores do Grupo Controle quanto à intervenção ofertada.

Quanto ao tratamento remoto, os cuidadores manifestaram maior satisfação com o tratamento pela Internet no Grupo Intervenção do que no Grupo Controle. Apesar disso, independente do grupo, a maioria dos cuidadores respondeu ter gostado e sinalizado preferência pelo tratamento pela Internet e pontuou a qualidade do áudio e vídeo durante as sessões como excelente. É importante destacar que embora presente a preferência pelo tratamento remoto em comparação ao mesmo tratamento de maneira presencial, não foi a intenção desse estudo comparar a satisfação em tratamentos presenciais e não presenciais. Em um estudo realizado durante a pandemia de COVID-19, foi trazido que a satisfação com a telerreabilitação tem sido documentada para intervenções terapêuticas tanto em populações neurológicas como ortopédicas, com altas classificações a respeito da satisfação à intervenção remota ("excelentes" ou "muito boas") (TENFORDE et al., 2020). Também foi trazido, em uma pesquisa bibliográfica, que a satisfação do paciente com a telerreabilitação e a terapia clínica presencial foi semelhante, concluindo que a telerreabilitação é menos custosa e tão eficaz quanto a reabilitação por meio da clínica para melhorar os resultados funcionais em pacientes com acidente vascular cerebral (KNEPLEY et al., 2021). De acordo com o levantamento realizado a partir de uma revisão sistemática, os fatores de associação mais presentes entre a telessaúde e a satisfação do paciente em relação a eficácia e eficiência foram: melhores resultados (20%), modalidade de preferência (10%), facilidade de uso (9%), baixo custo (8%), melhor comunicação (8%) e tempo de viagem reduzido (7%) (KRUSE et al., 2017). Destaca-se que alguns destes fatores também apareceram nas respostas abertas deste estudo.

No presente estudo, verificou-se que menos horas de cuidado dedicadas à pessoa idosa influenciam na maior satisfação ao Programa de Telerreabilitação. Além disso,

peças idosas com baixo status cognitivo e menor funcionalidade influenciam na maior satisfação da pessoa cuidadora ao Acompanhamento Remoto. Sugere-se que as horas iniciais de cuidado influenciaram a quantidade de tempo que a pessoa cuidadora se dedicou à execução dos exercícios físicos no Programa de Telerreabilitação. Ainda, para cuidadores de pessoas idosas com baixo status cognitivo e menor funcionalidade do Acompanhamento Remoto, a psicoeducação trouxe dicas de manejo para lidar com os distúrbios neuropsiquiátricos, com possíveis benefícios em relação a convivência com a pessoa idosa com demência. Programas de psicoeducação, que trabalham com a sobrecarga de cuidadores familiares de pessoas idosas com demência, apresentam boa satisfação dos cuidadores, aumento na obtenção de estratégias de resolução de problemas e técnicas de gerenciamento de estresse e maior conhecimento sobre como lidar com situações de crise nas diferentes fases da doença (SILVA; SÁ; SOUSA, 2018). Não foram encontrados estudos que verifiquem especificamente quais fatores clínicos e sociodemográficos interferem na satisfação da pessoa cuidadora às intervenções, incluindo os fatores relacionados à pessoa idosa com demência e fatores ligados à pessoa cuidadora. Entretanto Novelli, Nitrini e Camarelli (2006) constataram que o grande número de horas dedicadas ao cuidado de pessoas idosas com demência pode gerar impactos psicológicos, sociais e econômicos negativos aos cuidadores. A sobrecarga gerada pelo cuidado leva muitas vezes ao isolamento, sendo necessário possivelmente de intervenções presenciais e uma rede de saúde e social mais completa e integrada para a pessoa idosa e a família. Um estudo brasileiro recente traz dados a respeito da sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares, que mostra a influência do declínio funcional em pessoas idosas com demência com maiores níveis de sobrecarga nos cuidadores principais, salientando que a sobrecarga é inversamente proporcional à qualidade de vida (REBÊLO et al., 2021). Partindo da hipótese estabelecida, que tanto no caso do Grupo Intervenção que quanto maior o tempo dispensado ao cuidado menor a satisfação, bem como, para o Grupo Controle em que as pessoas idosas com baixo status cognitivo e menor funcionalidade influenciam a maior satisfação da pessoa cuidadora, tem-se a sobrecarga como valor inversamente proporcional a satisfação à intervenção. Ou seja, quanto menor a sobrecarga, maior a satisfação ao Programa de Telessaúde e Acompanhamento Remoto, sendo o oposto igualmente verdadeiro.

Como limitações deste estudo, inclui-se a possível omissão de dados ou não interpretação das perguntas realizadas durante chamadas telefônicas e videochamadas, a dificuldade dos cuidadores na organização de suas tarefas, a representatividade da

amostra composta principalmente por cuidadores da região Sudeste do Brasil, com acesso à Internet e pessoas idosas com diferentes tipos de demência, e também alguns atrasos na conexão da internet dos participantes, fazendo com que em alguns momentos o tempo de execução dos testes e intervenções fosse maior do que o ideal.

Por outro lado, as avaliações e as intervenções aplicadas remotamente podem ser úteis para monitorar e auxiliar os cuidadores durante a pandemia COVID-19 e para rastrear as consequências negativas da pandemia em cuidadores familiares de pessoas idosas com demência. O presente estudo trouxe novas informações sobre os fatores associados à satisfação de cuidadores brasileiros a um Programa de Telerreabilitação e a um Acompanhamento Remoto para pessoas idosas com demência durante a pandemia, bem como quais fatores interferem na satisfação da pessoa cuidadora às intervenções. Assim, os prestadores de serviços de saúde devem prestar atenção a tais fatores a fim de fornecer assistência e estratégias específicas para os cuidadores familiares de pessoas idosas com demência leve a moderada de forma satisfatória.

Para pesquisas futuras, recomendam-se mais ensaios clínicos envolvendo amostras de pessoas idosas brasileiras de diferentes regiões, com especificidade no tipo de demência, para entender e comparar a satisfação de cuidadores brasileiros, bem como a influência dos fatores clínicos e sociodemográficos à satisfação para um Programa de Telerreabilitação e a um Acompanhamento Remoto para pessoas idosas com demência após a pandemia de COVID-19 e as consequências das restrições sociais de longo prazo e possíveis ações no Brasil para minimizar seu impacto.

6. CONCLUSÃO

No período que a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia, muitas mudanças foram observadas e durante esse período houve uma oportunidade única de verificar e comparar a satisfação da pessoa cuidadora a um Programa de Telerreabilitação e a um Acompanhamento Remoto para pessoas idosas com demência durante o distanciamento social pela pandemia COVID-19. De maneira geral, os cuidadores gostaram do tratamento, apontaram como excelente a qualidade de áudio e vídeo e sinalizaram a preferência pelo tratamento pela Internet e não o presencial.

Quando comparados os grupos, os cuidadores do Programa de Telerreabilitação apresentaram sua expectativa ao tratamento alcançada e maior satisfação com a intervenção, com o tratamento pela Internet e com os cuidados de saúde recebidos do que os cuidadores submetidos ao Acompanhamento Remoto. Ambos os grupos apresentaram dificuldades e sugestões ao tratamento ao longo das 12 semanas.

A respeito de fatores clínicos e sociodemográficos que interferem na satisfação da pessoa cuidadora às intervenções, incluindo os fatores relacionados à pessoa idosa com demência e fatores ligados aos cuidadores, apenas as horas dedicadas ao cuidado influenciaram na satisfação à intervenção do Programa de Telerreabilitação. Já a respeito das performances no MEEM e no WHODAS da pessoa idosa influenciaram a satisfação ao Acompanhamento Remoto.

Com o exposto, conclui-se que o Programa de Telerreabilitação alcançou resultados satisfatórios, sugerindo a potencialidade da telerreabilitação como auxiliar na prestação de cuidados para com a pessoa idosa com demência e seus cuidadores, destacando que diante dos dados coletados através do questionário de satisfação, pôde-se mensurar a qualidade do cuidado prestado, bem como, oportunidades de melhoria e modificação da intervenção oferecida aos voluntários.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AWADALLA, Abdel W. e colab. Subjective quality of life of family caregivers of community living Sudanese psychiatric patients. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** 2005 40:9, v. 40, n. 9, p. 755–763, 15 Set 2005. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-005-0947-x>>. Acesso em: 5 abr 2022.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION Alzheimer's Disease Facts and Figures. **Alzheimers Dement** v.15, n.3, p.321-87, 2019. Disponível em: <https://www.alz.org/media/documents/alzheimers-facts-and-figures-2019-r.pdf> . Acesso em: 13 de maio de 2021.

ANDRADE, O. G.; RODRIGUES, R. P. **O cuidado familiar ao idoso com sequela de acidente vascular cerebral**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 20, n.2, p. 90-109, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.

BERGQUIST TF, YUTSIS M, SULLAN MJ. Satisfaction with Cognitive Rehabilitation Delivered via the Internet in Persons with Acquired Brain Injury. **Int J Telerehabil**. 2015 Jan 29;6(2):39-50.

BLANKEVOORT C, G, VAN HEUVELEN M, J, G, BOERSMA F, LUNING H, DE JONG J, SCHERDER E, J, A: **Review of Effects of Physical Activity on Strength, Balance, Mobility and ADL Performance in Elderly Subjects with Dementia**. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010;30:392-402. doi: 10.1159/000321357

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria no 188, de 03 de fevereiro de 2020. **Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV)**. Diário Oficial da União 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso em 16/04/2021

_____. Ministério da Saúde. **Folder Telessaúde Brasil Redes**, 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/telessaude_brasil_redes_2015.pdf>. Acesso em 18/04/2021.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. **Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110256-2546.html>>. Acesso em: 01 nov. 2021.

_____. Ministério da Saúde Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Cadernos de Atenção Básica, 19). Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRODATY, Henry e DONKIN, Marika. Family caregivers of people with dementia. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 11, n. 2, p. 217, 2009. Disponível em:

</pmc/articles/PMC3181916/>. Acesso em: 15 mar 2022.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I.H. Sugestão para o uso do mini exame do estado mental no Brasil. **Arquivo de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 3, setembro, 2003.

BURLÁ, C., CAMARANO AA, KANSO S, FERNANDES D, NUNES R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. Ciênc. saúde coletiva, 2013 18(10), out. 2013.

CASTRO, S. S.; LEITE, C. F. Avaliação de saúde e deficiência: manual de WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Organização resolução da saúde. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2015. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/paginas/curso/cod/1532/t/projeto+whodas>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

CEZAR, N.O.C.; ANSAI, J.H.; ANDRADE, L.P. (2021), **Home-based multimodal exercise program in older people with Alzheimer disease**: Randomized controlled trial protocol. *Physiother Res Int* e1899. <https://doi.org/10.1002/pri.1899>.

CORAZZA, D. I.; PAIVA, A.C.S.; SANTOS, J.G.; COSTA, J.L. **Exercício Físico para idosos cuidadores**. In. COELHO, F.G. M.; GOBBI, S.; COSTA, J.L.R.; GOBBI, T.B. Exercício Físico no Envelhecimento Saudável e Patológico: da teoria à prática. Curitiba: Editora CRV. p.261-271.

COSTA, A. F. DA ., LOPES, M. C. B. T., CAMPANHARO, C. R. V., BATISTA, R. E. A., OKUNO, M. F. P.. (2020). QUALITY OF LIFE AND BURDEN OF CAREGIVERS OF ELDERLY PEOPLE. **Texto & Contexto - Enfermagem**, 29. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0043>

COSTA, G. D. DA .; SANTOS, O. G. DOS .; OLIVEIRA, M. A. DE C.. Knowledge, attitudes, and qualification needs of primary health care professionals in the care of dementia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. Rev. Bras. Enferm., 2020 73 suppl 3, 2020.

CRANEN, K., DROSSAERT, C.H.C., BRINKMAN, E.S., BRAAKMAN-JANSEN, A.L.M., IJZERMAN, M.J. AND VOLLENBROEK-HUTTEN, M.M.R. (2012), An exploration of chronic pain patients' perceptions of home telerehabilitation services. **Health Expect**, 15: 339-350. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00668.x>

CUMMINGS, J. L. et al., The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. **Neurology**, v. 44, n. 12, p. 2308-2308, 1994.

DIAS, A. E. et al . Telerreabilitação vocal na doença de Parkinson. **CoDAS**, São Paulo , v. 28, n. 2, p. 176-181, Apr. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822016000200176&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Apr. 2021.

FAVERO, L. **Cuidado com a mãe/mulher cuidadora. Quem cuida de quem cuida? As teias de possibilidades de quem cuida.** Porto Alegre: Moriá, 3ª ed., cap.3, p.57-69, 2013.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P.R. “Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of psychiatric research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

GALLUCCI NETO, J.; TAMELINI, M. G.; FORLENZA, O. V.. Diagnóstico diferencial das demências. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 32, n. Arch. Clin. Psychiatry (São Paulo), 2005 32(3), maio 2005.

GARCIA, M.R.B. **Intervenção não farmacológica em idosos com comprometimento cognitivo.** Tese (Metrado em Gerontologia) – Secção Autónoma de Ciências da Saúde – Universidade de Aveiro. Cidade de Aveiro, Portugal, 89p. 2011.

GLEDHILL, N. **Physical Activity Readiness Medical Examination Canada’s Physical Activity Guide to Healthy Active Living.** Canada: Health Canada, Minister of Public Works and Government Services, 2002. Disponível em: <https://www.chp.gov.hk/archive/epp/files/PARmed-X.pdf>. Acesso em: 12 de março de 2021.

GOMES, Grace Angélica de Oliveira e colab. Prevalence of Physical Inactivity and Associated Factors Among Older Caregivers of Older Adults. **Journal of aging and health**, v. 31, n. 5, p. 793–813, 1 Jun 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29665716/>. Acesso em: 5 abr 2022.

HAWTHORNE G, SANSONI J, HAYES L, MAROSSZEKY N, SANSONI E. Measuring patient satisfaction with health care treatment using the Short Assessment of Patient Satisfaction measure delivered superior and robust satisfaction estimates. **J Clin Epidemiol.** 2014 May;67(5):527-37. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.12.010. PMID: 24698296.

HOOK, J. et al., UPDATED Remote Administration Guidelines for the NIH Toolbox® Response to COVID-19. **Illinois**, 21 May, 2020. Disponível em: <https://nihtoolbox.my.salesforce.com/sfc/p/#2E000001H4ee/a/2E000000UcbY/wsdEYp or8y 7OGc8wq4rg1auQ.06sJ9flossedn16Mw>. Acesso em: 20 mai. 2020.

IYER, S. et al. “Converting a Geriatrics Clinic to Virtual Visits during COVID-19: A Case Study.” **Journal of primary care & community health** vol. 12 (2021)

LUTOSA, M.A A família do paciente internado. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, 10, 2007.

KNEPLEY KD, MAO JZ, WIECZOREK P, OKOYE FO, JAIN AP, HAREL NY. Impact of Telerehabilitation for Stroke-Related Deficits. **Telemed J E Health.** 2021 Mar;27(3):239-246. doi: 10.1089/tmj.2020.0019. Epub 2020 Apr 23. PMID: 32326849.

KRUSE CS, KROWSKI N, RODRIGUEZ B, TRAN L, VELA J, BROOKS M. Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. **BMJ**

Open. 2017 Aug 3;7(8):e016242. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016242. PMID: 28775188; PMCID: PMC5629741.

LAGINESTRA-SILVA, A.; TUYAMA, F.; CERCEAU, V. MARIANO, T.; PINHEIRO, H.; OLIVEIRA, M. (2021). Prevalência de demências no Brasil: um estudo de revisão sistemática. **Revista Neurociências.** 29. 1-14. 10.34024/rnc.2021.v29.11377.

MARQUES, Mariana Ribeiro et al. Aplicações e benefícios dos programas de telessaúde e telerreabilitação: uma revisão da literatura. RECIIS - **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 43-52, mar. 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17090/2/6.pdf>>. Acesso em 25/04/2021.

MICHAELIS. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. **Envelhecimento.** Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/envelhecimento/>>. Acesso em: 11 abr. 2021.

MOREIRA, A.; ALVARELHÃO, J.; SILVA, A. G.; COSTA, R.; QUEIROS, A. Tradução e validação para português do WHODAS 2.0 - 12 itens em pessoas com 55 ou mais anos. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 22, n.2, p. 179-182, 2015.

MORHARDT D, WEINTRAUB S, KHAYUM B, ROBINSON J, MEDINA J, O'HARA M, MESULAM M, ROGALSKI EJ. The CARE pathway model for dementia: psychosocial and rehabilitative strategies for care in young-onset dementias. **Psychiatr Clin North Am.** 2015 Jun;38(2):333-52. doi: 10.1016/j.psc.2015.01.005. Epub 2015 Mar 7. PMID: 25998120; PMCID: PMC4635684.

MONTAÑO, M.B.M.M.; RAMOS, L.R. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating (CDR). **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.6, 2005.

MORGAN, D G., et al. The telehealth satisfaction scale: reliability, validity, and satisfaction with telehealth in a rural memory clinic population. **Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association** vol. 20,11 (2014): 997-1003.

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

NERI A.L. **Palavras-chave em gerontologia.** 3. ed. Campinas: Alínea, 2008. 220 p.

NICKEL. R.; LIMA, A. P.; NAVARRO, E. J. et al. **Correlação entre a qualidade de vida de cuidadores familiares e os níveis de independência funcional dos cuidados.** Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 225-230, abr./ jun. 2010.

NOVELLI, M.M.P.C.; CARAMELLI, P. Validação da escala de qualidade de vida (QdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores familiares. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 2006.

NUNES, D. P., et al. “Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE”. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol. 21, no suppl

2, 2018, p. e180020. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Demência: número de pessoas afetadas triplicará nos próximos 30 anos.** 7 de dezembro de 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5560:demencia-numero-de-pessoas-afetadas-triplicara-nos-proximos-30-anos&Itemid=839#:~:text=7%20de%20dezembro%20de%202017,para%20152%20milh%C3%B5es%20at%C3%A9%202050.>. Acesso em 16/04/2021.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa COVID-19** - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em 16/04/2021.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus.** Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812>. Acesso em 16/04/2021.

PAULA, A. DA C.; MALDONADO, J. M. S. DE V.; GADELHA, C. A. G.. Healthcare telemonitoring and business dynamics: challenges and opportunities for SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. Rev. Saúde Pública, 2020 54, p. 65, 2020.

PEDUZZI, Peter et al. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. **Journal Of Clinical Epidemiology**, v. 49, n. 12, p.1373-1379, 1996.

PEREIRA, L.S. M ; SOARES, S. M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2015, v. 20, n. 12 [Acessado 26 Setembro 2021] , pp. 3839-3851. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.15632014>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.15632014>.

REBÊLO, F. L., JUCÁ, M. J., SILVA, C. M. DE A., SANTOS, A. I. B., & BARBOSA, J. V. P. (2021). FATORES ASSOCIADOS À SOBRECARGA E QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA. **Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento**, 26(2). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.107194>

RIPANI RODRIGUES, Jéssica Luiza et al. Intervenções não farmacológicas de manejo na agitação de idosos com demência em ambiente doméstico. **Revista Cubana de Enfermeria**, [S.l.], v. 35, n. 4, dic. 2019. ISSN 1561-2961. Disponível em: <<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3035/517>>. Acesso em: 18 abr. 2021.

RODRIGUES GONÇALVES, J. et al. Avaliação da satisfação dos pacientes submetidos à intervenção fisioterapêutica no município de Campo Maior, PI. **Fisioterapia em Movimento (Physical Therapy in Movement)**, [S.l.], v. 24, n. 1,

sep. 2017. ISSN 1980-5918. Disponível em:
<<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/20979>>. Acesso em: 13 set.
2021. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502011000100006>.

SANTANA, R. et al. Telecuidado no acompanhamento pós-alta de idosos com demência e seus cuidadores: quase-experimental. **Online Brazilian Journal of Nursing**, (Online); 19 (2), n.pag., 2020.

SBGG- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Telessaúde para o idoso em tempos de coronavírus**. Disponível em: <<http://www.sbgg-sp.com.br/telessaude-para-idoso-em-tempos-de-coronavirus/>>. Acesso em: 18/04/2021.

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

SES/RS - Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. **SES busca parceria do Telessaúde para projeto de atenção ao idoso com Alzheimer**. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/ses-busca-parceria-do-telessaude-para-projeto-de-atencao-ao-idoso-com-alzheimer>>. Acesso em: 19/03/2021.

SEQUEIRA, Carlos. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit Adaptation and validation of Zarit Burden Interview Scale. **Revista Referência II** Série-no12, p. 9–16, 2010. Disponível em: <<http://www.index-f.com/referencia/2010/r12-0916.php>>. Acesso em: 5 abr 2022.

SILVA, J. P.S., et al. O uso da telerreabilitação na Atenção Fisioterapêutica à Saúde do Idoso: revisão de escopo. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 10, n. 1, março de 2022. DOI.org (Crossref), <https://doi.org/10.18316/sdh.v10i1.8173>.

SILVA, M., SÁ, L., SOUSA, L. Eficácia dos programas psicoeducacionais na sobrecarga nos familiares cuidadores de pessoas com demência: Revisão integrativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. (19), 54-60. 2018 doi: 10.19131/rpesm.0202

SIMONETTI, Alessio; PAIS, Cristina; JONES, Melissa; CIPRIANI, Maria Camilla; JANIRI, Delfina; MONTI, Laura; LANDI, Francesco; BERNABEI, Roberto; LIPEROTI, Rosa; SANI, Gabriele. Neuropsychiatric Symptoms in Elderly With Dementia During COVID-19 Pandemic: definition, treatment, and future directions. **Frontiers In Psychiatry**, [S.L.], v. 11, n/p, 29 set. 2020. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2020.579842>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.579842/full>. Acesso em: 14 jan. 2023.

SOUSA, V. D; DRIESSNACK; MENDES, I. A . An overview of research designs relevant to nursing: Part 1: quantitative research designs. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**. 2007, v. 15, n. 3 [Acessado 5 Outubro 2021] , pp. 502-507. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>>. Epub 12 Jul 2007. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>.

SOUZA, C.N. **Arcabouço de desenvolvimento de aplicações de monitoramento remoto e auxílio de pessoas com doença de Alzheimer**. 2012. 83 f. (Dissertação de Mestrado em Ciência da Computação) Programa de Pós-graduação em Ciência da Computação, Centro de Engenharia Elétrica e Informática, Universidade Federal de Campina Grande - Paraíba - Brasil, 2012.

TENFORDE AS, BORGSTROM H, POLICH G, STEERE H, DAVIS IS, COTTON K, O'DONNELL M, SILVER JK. Outpatient Physical, Occupational, and Speech Therapy Synchronous Telemedicine: A Survey Study of Patient Satisfaction with Virtual Visits During the COVID-19 Pandemic. **Am J Phys Med Rehabil**. 2020 Nov;99(11):977-981. doi: 10.1097/PHM.0000000000001571. PMID: 32804713; PMCID: PMC7526401.

TORPY, JM; LYNM, C; GLASS, RM. JAMA patient page. Dementia. JAMA. 2008 Nov 19;300(19):2330. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/182921>>. Acesso em: 12 abr. 2021.

TOUSIGNANT, M., BOISSY, P., MOFFET, H., CORRIVEAU, H., CABANA, F., MARQUIS, F., SIMARD, J. (2011). Patients' Satisfaction of Healthcare Services and Perception with In-Home Telerehabilitation and Physiotherapists' Satisfaction Toward Technology for Post-Knee Arthroplasty: An Embedded Study in a Randomized Trial. **Telemedicine journal and e-health** : the official journal of the American Telemedicine Association. 17. 376-82. 10.1089/tmj.2010.0198.

TSEN, C., ANDREATTO, C. A. DE A., AILY, J. B., PELICIONI, P. H. S., NETO, D. B., MATTIELLO, S. M., GOMES, G. A. DE O., & DE ANDRADE, L. P. (2022). Effects of telehealth on functional capacity, mental health and quality of life among older people with dementia: LAPESI telehealth protocol for a randomized controlled trial. **Physiotherapy Research International**, e1981. <https://doi.org/10.1002/PRI.1981>

UNA-SUS: Universidade Aberta do SUS. **Saúde anuncia orientações para evitar a disseminação do coronavírus**. 16 de março de 2020. Disponível em: <<https://www.unasus.gov.br/noticia/saude-anuncia-orientacoes-para-evitar-a-disseminacao-do-coronavirus>>. Acesso em 23/04/2021.

ÜSTÜN, T. B. et al. (Ed.). Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0. World Health Organization, 2010.

VEIGA, B., PEREIRA, R. A. B., PEREIRA, A. M. V. B., & NICKEL, R. Evaluation of functionality and disability of older elderly outpatients using the WHODAS 2.0. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. Rev. bras. geriatr. gerontol., 2016 19(6), nov. 2016.

VITORIA, Aline Letícia da; ASSIS, Cleber Lizardo de. Vivências e estratégias de enfrentamento em acompanhantes de familiar hospitalizado em uma unidade hospitalar do município de Cacoal-RO. **Aletheia**, Canoas, n. 46, p. 16-33, abr. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942015000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 mar. 2023.

ZANINI, R. S. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. **Revista Neurociências**, v. 18, n. 2, p. 220-226, 30 jun. 2010.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA / PROGRAMA DE
PÓS GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 466/2012 do CNS)**

**TELERREABILITAÇÃO COMO ALTERNATIVA À PANDEMIA COVID-19 E
SEUS EFEITOS NA CAPACIDADE FUNCIONAL, SAÚDE MENTAL E
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: UM
ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO E CONTROLADO**

O (a) Senhor (a) e o seu familiar estão sendo convidados (a) para participarem da pesquisa “Telerreabilitação como alternativa à pandemia COVID-19 e seus efeitos na capacidade funcional, saúde mental e qualidade de vida de idosos com demência: um ensaio clínico randomizado e controlado”, desenvolvida no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos. Esse termo têm o objetivo de esclarecer informações sobre essa pesquisa e também explicar sobre as condutas que serão tomadas durante o estudo se o (a) senhor (a) e seu familiar estiverem de acordo.

O objetivo deste estudo é analisar os efeitos de um programa de telessaúde na funcionalidade, saúde mental e qualidade de vida de idosos com demência diante o distanciamento social frente à COVID-19. O (a) senhor (a) e seu familiar foram selecionados (a) por seu familiar ter idade igual ou superior a 60 anos, ter diagnóstico de demência no estágio leve ou moderado, pelo senhor conviver com o (a) seu familiar por pelo menos quatro dias por semana e ter familiaridade com celular e uso de aplicativos. A participação de vocês é voluntária, isto é, a qualquer momento o senhor (a) e seu familiar podem desistir de participar e retirar seus consentimentos. A recusa de vocês não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que ofereceu a avaliação e intervenção.

Em decorrência do cenário da pandemia da Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), também conhecida como COVID-19, O Ministério da

Saúde, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020), a fim de criar estratégias que visem achatar a curva de contágio recomendou o uso de máscaras e o distanciamento social para toda a população, principalmente aqueles considerados grupos de risco, dentre eles, os idosos (as). Diante disso, os pesquisadores buscaram na literatura científica estratégias de intervenção não farmacológica diante deste cenário, e a Telerreabilitação foi uma alternativa comumente utilizada internacionalmente. A seguir, será detalhada a intervenção proposta.

Inicialmente, os pesquisadores irão entrar em contato com o Senhor(a) por meio telefônico, em que explicarão de forma clara sobre a pesquisa e o seu objetivo, convidando o Senhor(a) para receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que possam ler e receber maiores informações sobre a pesquisa. Caso o Senhor(a) aceite, as pesquisadoras irão pedir o endereço de e-mail do Senhor(a) e/ou software, para o envio deste termo de Consentimento. Nessa mesma ligação, os pesquisadores irão agendar um dia e horário de preferência do Senhor (a) para que juntos possam ler as informações contidas no Termo de Consentimento.

Após este momento, FICA DE RESPONSABILIDADE DOS PESQUISADORES ENVIAR O TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO RUBRICADO EM TODAS AS PÁGINAS PELO PESQUISADOR, ONDE CONSTA TAMBÉM O TELEFONE E ENDEREÇO DO PESQUISADOR PRINCIPAL. O ENVIO SERÁ REALIZADO PELO ENDEREÇO ELETRÔNICO OU POR APLICATIVO QUE RECEBA ARQUIVOS, PREVIAMENTE COMBINADO E QUE SEJA DE FÁCIL ACESSO AO(A) SENHOR(A).

No dia e horário agendado, o pesquisador irá entrar em contato com o Senhor (a) para ler e esclarecer as potenciais dúvidas do Termo de Consentimento. Após total esclarecimento, pedimos que o (a) senhor (a) responda o e-mail ou por aplicativo que aceita para participar da pesquisa. A VIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO SERÁ ENCAMINADA E FICA SOB RESPONSABILIDADE DO SENHOR (A) ARQUIVAR EM SEUS DOCUMENTOS A VIA DO TERMO DE CONSENTIMENTO DO SENHOR (A) E ENVIAR A RESPOSTA ACEITANDO OU NÃO A PARTICIPAÇÃO DO SENHOR (A) E DO IDOSO (A) NA PRESENTE PESQUISA.

Caso o Senhor (a) e o seu idoso (a) aceitem participar da presente pesquisa, passarão inicialmente pela coleta de dados, que será composta por meio de contato telefônico em que será realizada a anamnese com informações sobre o idoso, bem como

a avaliação da gravidade da doença através dos instrumentos Escore de Avaliação Clínica de Demência (CDR) e aplicação dos questionários de distanciamento social e COVID-19 Loneliness and Social Connectedness Questionnaire.

Caso o idoso (a) esteja dentro dos critérios de inclusão da presente pesquisa, que são, idosos devem apresentar diagnóstico de demência, atestado pelo neurologista ou psiquiatra que faz o acompanhamento com o paciente e confirmados pela equipe de pesquisadores utilizando os critérios diagnósticos DSMV-TR; cuidadores e/ou familiares que passam a maior parte do dia com o idoso com demência - que conviva com o idoso por pelo menos metade do dia, quatro vezes por semana, obrigatoriamente; algum membro que resida na casa e que tenha familiaridade com celulares e aplicativos para viabilizar as avaliações e intervenção propostas; Idosos que estejam nos estágios leve e moderado da doença, avaliado pela Escore de Avaliação Clínica de Demência (CDR) (MORRIS, 1993; MONTAÑO & RAMOS, 2005).

Caso o Senhor (a) e o idoso (a) deseje continuar na pesquisa, os pesquisadores irão combinar o segundo dia de avaliação será realizada uma chamada de vídeo com avaliações tanto do idoso quanto também do cuidador. O cuidador responderá em relação ao idoso os seguintes questionários: Activities of Daily Living Questionnaire, World Health Organization Disability Assessment Schedule e o Inventário Neuropsiquiátrico e o Questionário Baecke Modificado para Idosos. O medo de quedas será questionado diretamente para o idoso por meio da Escala de eficácia de quedas iconográficas (Iconographical Falls Efficacy Scale – Icon-FES 10-item version), a saúde mental também será avaliada no idoso e serão utilizados os seguintes instrumentos: Mini-Exame do Estado Mental, Teste do desenho do relógio e Teste de fluência verbal semântica. e estes serão aplicados no cuidador em relação ao idoso.

O cuidador responderá as avaliações referentes a ele mesmo, são elas, Mini Exame do Estado Mental, Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), Escala de Qualidade de Vida para pacientes com Doença de Alzheimer – versão cuidador, Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit e Perceived Stress Scale Estes questionários avaliam o nível de cognição e de atividade física, a sobrecarga e o estresse do cuidador.

No terceiro dia de avaliação será realizada a segunda chamada de vídeo avaliando a funcionalidade do idoso com os testes Short Physical Performance Battery, Timed up and go, Timed up and go - dupla tarefa, Teste de Sentar e Levantar da Cadeira de 30 segundos.

As respostas do Senhor (a) e do idoso (a) serão tratadas de forma anônima e

confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos. No entanto, ainda assim, sua identidade será preservada e serão mostrados apenas os dados anonimamente.

O preenchimento destes questionários pode oferecer RISCOS ao (a) Senhor (a), pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder aos questionários, bem como nas avaliações de funcionalidade o idoso (a) poderá vir a sofrer queda e/ou situações de mal-estar. É importante salientar que para maior segurança do idoso (a), e do Senhor (a) serão recomendados os seguintes cuidados: um dos pesquisadores irá acompanhá-lo (a) o tempo todo pela chamada de vídeo e/ou contato telefônico; caso ocorra alguma intercorrência ou em caso de emergência decorrente da pesquisa, o pesquisador deverá ser acionado e, caso necessário, o pesquisador irá acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – número 192), auxiliando integralmente na resolução de complicações ou danos decorrentes da pesquisa.

Após as avaliações o Senhor (a) será randomizado de forma simples pelo software Random Allocation, que irá gerar uma lista no computador, cada voluntário será representado por um envelope negro, opaco e selado, numerado em ordem, contendo o grupo em que será alocado, seguindo a sequência da randomização. De acordo com a sequência gerada pela randomização, o Senhor (a) será distribuído para um dos grupos: treinamento de telereabilitação ou grupo controle. Este processo será realizado por um pesquisador sem vínculo com o estudo. Os dados referentes à lista de randomização serão mantidos em sigilo por parte dos responsáveis pela randomização e pela aplicação da intervenção. Assim, o pesquisador responsável pelas avaliações do estudo será cego, e, portanto, não estará ciente em relação à alocação de cada sujeito.

Separados os grupos, ambos receberão algumas orientações padronizadas contendo informações sobre a COVID-19, a doença de Alzheimer. O treinamento de telereabilitação terá duração de 12 semanas e após o término desta intervenção, será realizada a avaliação final. No grupo de telereabilitação serão realizadas dicas de manejo para lidar com os distúrbios neuropsiquiátricos e situação de enfrentamento do distanciamento social. As orientações serão oferecidas por uma psicóloga especializada em neuropsicologia (reabilitação).

Ainda, no grupo de intervenção de telereabilitação, serão realizados encontros

virtuais chamados de "Café com cuidado" - uma sala de bate papo virtual onde o grupo de cuidadores participantes terão a possibilidade de relatar as experiências, dificuldades, achados e dividir seus momentos. Essa estratégia possibilita que os cuidadores troquem experiências e tenham acolhimento e não se sintam sozinhos neste processo, sendo esta uma estratégia facilitadora, motivacional e determinante, para a permanência no programa.

Em ambos os grupos serão realizados uma avaliação de acompanhamento (Follow-up) após 3 meses do término dos três meses para verificar se os efeitos da intervenção persistiram. Vale ressaltar que durante o período de intervenção o (a) Senhor (a) receberá acompanhamento do pesquisador via telefone e, quando houver necessidade por lado do (a) senhor (a), também poderá entrar em contato com os pesquisadores para solicitar suporte.

Faz-se importante destacar que os pesquisadores assumem o compromisso de ao término da pesquisa divulgar os seus resultados de forma acessível à leitura do Senhor (a). Diante disso, as pesquisadoras agendarão uma última chamada de vídeo e passará os resultados, orientações e aconselhamentos necessários para o Senhor (a) e o idoso (a) de forma individualizada.

O senhor (a) não terá nenhuma compensação financeira ao participar do estudo. Caso o senhor (a) não tenha algum material para a realização do protocolo de exercício em casa, os pesquisadores fornecerão gratuitamente. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Os benefícios para os participantes cuidadores serão sobre o seu conhecimento no desempenho nos testes de saúde mental, nível de atividade física, qualidade de vida, estresse percebido e sobrecarga do cuidador. Os idosos terão benefícios referentes ao conhecimento no desempenho nos testes de funcionalidade, nível de atividade física e cognitivo, bem como os exercícios para os idosos que participaram do grupo treinamento.

Este trabalho poderá contribuir para a elaboração de medidas de intervenções clínicas, com o intuito de prevenir complicações debilitantes decorrentes da doença.

É importante destacar que o Senhor (a) e o idoso (a) têm a plena liberdade de decidir sobre a sua participação, podendo retirar seu consentimento, em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo algum, segundo Resolução CNS 510 de 2016, Artigo 17, Inciso III.

E em caso do Senhor (a) e o idoso (a) interromper a participação na pesquisa, esta será justificada e o Senhor (a) e o idoso (a), caso seja necessário, receberá a assistência

adequada, como consta na Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 2º, Inciso II; Artigo 17, Inciso V; Artigo 28, Inciso V).

No presente momento, se o Senhor (a) e o seu idoso (a) com demência no estágio leve e moderado aceitem participar da presente pesquisa, peço que declare que entendeu os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Declaro ainda que sei que poderei interromper as atividades a qualquer momento, sem que haja consequências para mim. Declaro ainda, que recebi uma via assinada desse documento assinado pelo pesquisador responsável e pelo pesquisador que realizou a avaliação. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Seres Humanos da UFSCar. Ele tem por finalidade cumprir e fazer cumprir as determinações da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde no que diz respeito aos aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, tendo como referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. O CEP da UFSCar 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) 3351-8028. O Horário de atendimento ao público é de segunda à sexta das 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:30. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br. Considerando que a pesquisa envolve análise ética pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (Conep) que é a avaliação dos aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil. Em cumprimento à sua missão, a Comissão elabora e atualiza as diretrizes e normas para a proteção dos participantes de pesquisa e também coordena a rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições – Sistema CEP/Conep. Desta forma, cabe à Conep avaliar eticamente e acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais como genética e reprodução humana, novos equipamentos, dispositivos para a saúde, novos procedimentos, população indígena, projetos ligados à biossegurança, dentre outros. O Conep fica localizado SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília – DF. O horário de funcionamento é das 08:00 às 19:00 hrs, o telefone é (61) 3315-5878 / (61) 33152951 e o e-mail é conep@saude.gov.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Larissa Pires de Andrade

Endereço: Departamento de Fisioterapia. Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565- 905 - São Carlos - SP – Brasil.

Contato telefônico: (16) 3306-6883

e-mail: larissa.andrade@ufscar.br

Local e data:



Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

APÊNDICE B – Questionários de satisfação a intervenção

Questionário baseado no Short Assessment of Patient Satisfaction (SAPS)

Instruções: Depois de ler cada pergunta, circule a resposta que melhor descreve você. A ordem das respostas varia entre as perguntas, portanto reserve um momento para ler cada pergunta cuidadosamente. Sabemos que as vezes as respostas podem não descrevê-lo exatamente, então por favor escolha a resposta que melhor descreve você. Quando você terminar, por favor verifique se você respondeu todas perguntas.

1. Quão satisfeito você está com o efeito desse tratamento/cuidado?

Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
------------------	------------	---------------------------------	--------------	--------------------

2. Quão satisfeito você está com as explicações que o profissional de saúde lhe deu sobre os resultados desse tratamento/cuidado?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	---------------------------------	------------	------------------

3. O profissional de saúde foi muito cuidadoso ao checar tudo quando examinou o idoso.

Concordo plenamente	Concordo	Não tenho certeza	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	----------	---------------------

4. Quão satisfeito você está com as escolhas que você tomou nas decisões que afetam os cuidados de saúde do idoso?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	---------------------------------	------------	------------------

5. Quanto tempo você se sentiu respeitado pelo profissional de saúde?

O tempo todo	Na maioria das vezes	Cerca de metade do tempo	Algumas vezes	Nenhuma vez
--------------	----------------------	--------------------------	---------------	-------------

6. O tempo que você teve com o profissional de saúde foi muito curto.

Concordo plenamente	Concordo	Não tenho certeza	Discordo	Discordo totalmente
---------------------	----------	-------------------	----------	---------------------

7. Você está satisfeito com os cuidados que o idoso recebeu?

Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
------------------	------------	---------------------------------	--------------	--------------------

Questionário baseado no formulário de satisfação com a telerreabilitação de Dias et al. (2016)

8. Como você se sentiu ao participar desse tratamento?

Gostei, prefiro o tratamento pela Internet e não o presencial.	Não gostei, mas prefiro o tratamento pela Internet e não o presencial.	Gostei, mas prefiro o tratamento presencial e não o pela Internet.	Não gostei, prefiro o tratamento presencial e não o pela Internet.
--	--	--	--

9. Avalie sua satisfação geral com o tratamento pela Internet.

Muito satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito
------------------	------------	--------------	--------------------

10. Qual é a sua opinião sobre a qualidade do áudio (o que você conseguiu ouvir) durante as sessões?

Excelente	Adequada	Inadequada	Ruim
-----------	----------	------------	------

11. Qual é a sua opinião sobre a qualidade do vídeo (o que você conseguiu ver) durante as sessões?

Excelente	Adequada	Inadequada	Ruim
-----------	----------	------------	------

12. Como você classificaria os cuidados de saúde que o idoso recebeu nos últimos 3 meses? As pontuações variam de 0 (pior possível) a 10 (melhor possível).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. Sua expectativa em relação à intervenção foi alcançada? Comente sobre.

14. Qual foi a maior dificuldade encontrada no tratamento não presencial?

15. O (a) Sr. (Sra.) gostaria de adicionar mais alguma questão em relação à satisfação?

APÊNDICE C – Respostas abertas sobre a Satisfação com a Intervenção

ID	Grupo randomizado	13. Sua expectativa em relação à intervenção foi alcançada? Comente sobre.	14. Qual foi a maior dificuldade encontrada no tratamento não presencial?	15. O (a) Sr. (Sra.) gostaria de adicionar mais alguma questão em relação à satisfação?
01	GI	“Eu achei ótimo, porque antes de entrar essa intervenção pela internet, eu estava fazendo alguns exercícios com ela, mas não foi igual com vocês, seguindo esse planejamento certo”	“A maior dificuldade que eu tive foi com relação com a senhorinha que mora lá no fundo, porque ela achava que a gente estava brincando e acabava atrapalhando”	“Gostaria de parabenizar vocês pela dedicação. Trouxeram até um kit para mim, minha mãe ficou super feliz”
02	GC	“Sim, muitas coisas a gente já vinha fazendo,, mas outros quesitos foram reforçados. Muita coisa a gente sabe, mas não põe em prática, então foi importante para ressaltar essas coisas”	“Nenhuma”	“Não”
03	GI	“Para mim o que foi feito desde o começo até agora foi excelente, eu não tenho o que reclamar”	“Eu não tenho dificuldade”	“Minha satisfação está boa, está excelente, para mim está normal”
04	GI	“Então, quando eu entrei em contato, foi porque minha mãe reclama de muitas dores nas pernas e dificuldade de locomoção e continua. Ela continua com dores nas pernas. Eu não acho que o problema é da intervenção, eu acho que o problema é da cabeça mesmo, eu acho que é da demência. Acho que o quadro dela agravou muito rápido. Mas a gente foi muito bem atendida e eu não tenho do que reclamar da intervenção, não”	“Para mim a dificuldade foi fazer os exercícios, as orientações, passar direitinho e fazer com que ela fizesse o exercício certinho. Entender eu entendia, mas como eu não tenho conhecimento de fisioterapia, eu não me sentia segura para passar os exercícios. Às vezes minha mãe não conseguia fazer os exercícios, quando tinha a parte cognitiva ela ficava irritada. As meninas sempre conversavam comigo e tentavam encontrar uma maneira melhor, mas a minha maior dificuldade foi essa”	“Não, eu achei muito louvável o tratamento. Eu acho que seria melhor se fosse presencial, tanto para mim como cuidadora quanto para vocês, mas acho que foi bom, foi feito certinho”
05	GI	“Sim, foi totalmente alcançada. A gente notou a cada semana progresso, tanto em relação a condição física, quanto quanto a parte cognitiva. No início sempre era mais difícil, mas ao longo das sessões era tudo mais fluido. Nós vimos muito progresso com o decorrer do tratamento. Para mim e para a minha irmã foi além das minhas expectativas”	“Eu acho que quando a gente tentava usar o meet e minha mãe não estava comigo, era um pouco mais complicado. O que começamos a fazer, quando eu não estava no mesmo ambiente com ela, optamos por fazer pelo WhatsApp”	“Não, gostaria apenas de parabenizar toda a equipe. Foi excelente, até o meu pai estava fazendo. Para a disposição foi muito válido, nós gostamos muito.”
06	GC	“A gente sabe que o Alzheimer é uma doença que não tem cura, cada dia que passa ela piora. Então, eu não sei se	“Eu não tive dificuldades. O dia que eu tive mais	“Não”

		convém ser acompanhada por psicóloga e tudo... está sendo uma ajuda mais para vocês do que para ela. Toda ajuda é bem-vinda e a gente vai continuar fazendo o que vocês disserem”	dificuldades minha irmã me ajudou... a minha maior dificuldade foi com relação ao meu horário”	
07	GC	“Foi alcançada, né? Mas eu acho que se fosse como era antes, presencial, era melhor. Até por ela... ela gostava de ir lá, mas a gente sabe que está difícil e que tem que ser pela internet”	“Mais o tempo mesmo... eu precisei me dedicar mais para conseguir ajudá-la”	“Não, estou satisfeita”
10	GC	“Acho que sim, porque sempre vocês sempre estão conversando com a minha mãe e é bom para ela”	“Não tive dificuldade, porque estou ouvindo bem, vendo bem, tudo certinho”	“Não, está bom desse jeito”
11	GC	“Sim, através desse acompanhamento eu tirei muitas dúvidas. Para quem está vivendo esse cenário atual, essa acompanhamento foi muito bom, ajuda, esclarece, dá uma direção”	“As consultas presenciais pelo SUS demoram muito, sem contar que no dia para ser atendido precisa aguardar de 3 a 5h”	“Eu gostaria de adquirir mais conhecimento, então acho que acompanhamento com o neurologista online seria muito interessante”
12	GI	“A princípio, quando nós vimos a chamada no jornal, a gente teve a impressão que seria um tratamento via canabidiol. Porém, quando vimos que a pesquisa seria mais para o desenvolvimento cognitivo, mudamos a nossa impressão. Foi muito bom, porque tanto ele quando a minha sogra puderam aprender exercícios que eles podem fazer em casa, tanto físico como cognitivos. Também foi importante para sabermos a necessidade de trabalhar o nosso cognitivo desde a fase adulta”	“A gente não teve problemas. A maior dificuldade foi não conhecer vocês pessoalmente”	“Eu so gostaria de agradecer e me colocar à disposição para qualquer coisa que vocês precisarem”
13	GC	Para mim foi uma surpresa fazer essa pesquisa, é tudo novidade. A gente tem bastante expectativas e eu acho que correspondeu as minhas expectativas.	Não tive, para mim foi de boa.	Não, está tudo ótimo, muito bom, estou gostando.
14	GC	Eu não sei se é o modelo, mas eu acho que quando acontece isso com uma pessoa é normal que a gente tenha dúvidas e queira saber mais informações. Então eu acho que o ideal seria ter um momento para tirar dúvidas. Eu não tenho como esclarecer as dúvidas. A minha crítica com relação ao protocolo é que eu apenas sou perguntada, mas não tenho um momento para perguntar.	Não tive dificuldades não.	Não, só isso mesmo.
16	GC	Não foi alcançada porque nós não entendemos como funcionaria o processo ou não nos foi explicado como seria essa intervenção. Nós pensávamos que o programa forneceria atividades mais diretas para o idoso (com um frequência) e não apenas avaliações com intervalos tão longos.	O tempo de espera muito longo. Foi realizado apenas uma reunião on-line, um questionário e somente anteontem nós recebemos o questionário de agosto e setembro no mesmo dia.	Eu penso que por ser uma universidade um lugar tão sério, eu penso que a falta de esclarecimento foi um ponto bastante negativo.

17	GI	<p>“Eu acho que no caso do meu pai ajudou bastante. Também me tirou bastante da zona de conforto, então foi bom tanto para mim quanto para ele. A parte dos exercícios também foi super legal, eu notei que ele melhorou o equilíbrio e estamos tentando manter as três vezes por semana. Eu também posso dizer que os exercícios nos uniu mais, porque é um tempo nosso”.</p>	<p>“Olha, com sinceridade eu não achei que teve dificuldade. Agora para ele, acho que foi mais novidade, porque ele não tinha essa vivência... mas para mim como cuidadora, me ajudou bastante o formato online”.</p>	<p>“Eu queria agradecer a participação, o carinho com o meu pai e comigo. A gente se sente muito bem com esse cuidado com quem está cuidando”</p>
18	GI	<p>“Eu fiquei muito satisfeita com esse processo, então ele atendeu as minhas expectativas. Teve uma situação que eu não gostei: “vai ter essa avaliação e você pode continuar ou não”, eu achei que esse comentário não foi adequado, porque a pessoa deveria incentivar a gente a continuar. Eu fiquei sentida, até magoada... eu achei que tirou o brilho do projeto, acho que vocês tem que incentivar a pessoa a continuar. Eu achei o projeto muito interessante, porque além da questão motora... ele foi mais amplo que a questão motora, ele não é simplesmente motor. O projeto auxílio tanto no comportamento motor, cognitivo e até afetivo. O carinho que a minha mãe era tratada, o programa é muito humano. Eu fui acolhida sempre é isso foi super importante... essa amplitude do programa.”</p>	<p>“Quando eu não conseguia entrar no link, mas foi pontual”.</p>	<p>“Aquele café/encontro eu achei muito interessante. É bom ver a situação é a dificuldade de outras famílias... é bom para saber o quanto a gente é abençoado. Essas experiências com outras pessoas são muito importantes para a gente aprender e também ensinar alguma coisinha”.</p>
19	GI	<p>“Sim, porque eu nem sabia da existência desse programa e ele caiu em um momento oportuno. O diagnóstico do meu pai foi em março/abril, eu estava desesperada. A minha diretora recebeu o e-mail e ela encaminhou para todos nós. Quando eu recebi o e-mail, na hora eu me interessei. A expectativa foi atendida sim, eu fiquei muito feliz de ter passado pelo crivo na pesquisa e ter conseguido toda a orientação que eu tive. Eu sempre tive muita orientação, o meu pai gostou muito de participar. Às vezes me sinto até culpado por não ter conseguido fazer muito certinho”.</p>	<p>“Eu não encontrei dificuldade por ser um tratamento não presencial. Talvez se eu tivesse que levá-lo no tratamento presencial, talvez eu teria conseguido com que ele fizesse todas as sessões, porque nesse momento estamos em reforma e enfrentamos alguns problemas. Além disso, se fosse em São Carlos, eu não conseguiria participar. Então eu não tive nenhuma dificuldade.”</p>	<p>“Eu usei bem menos o material, por conta da hérnia discal do meu pai e também pela demora na entrega dos materiais.”</p>
20	GI	<p>“Eu não entendi no começo do programa o que eu ia ganhar, então a expectativa que eu tinha era melhorar a qualidade de vida da pessoa com Alzheimer. Eu também tinha a expectativa que a minha mãe melhorasse, e eu acho que ela melhorou, então a expectativa foi alcançada”.</p>	<p>“No começo foi super tranquilo, quando chegou o calor foi um pouco mais difícil porque o ambiente que temos é muito quente. Se fosse no presencial, talvez não tivéssemos esse problema porque</p>	<p>“Quando eu me inscrevi no programa, nós fizemos uma série de avaliação e fomos aceitas. Quando o programa iniciou percebi que tudo girava sobre Alzheimer. Inicialmente eu achava que o AVC tinha causado o Alzheimer, mas o neurologista me explicou que não. Ele me disse que a área</p>

			<p>haveria uma constância”.</p>	<p>afetada é a mesma encontrada na Doença de Alzheimer, no entanto ela não tem Alzheimer e o médico foi muito enfático em relação a isso. No entanto, eu entendo que as consequências são parecidas. O café com cuidado todo gira em torno do Alzheimer, os demais participantes era pacientes com Alzheimer e as conversas giravam em torno disso. Portanto, para edições futuras eu sugiro que deveria ter esse cuidado para olhar para cada patologia que acomete o paciente e não centralizar em apenas uma (ex. Alzheimer). Na última consulta com o neurologista achávamos que a perda de memória dela seria linear. No entanto são apenas alguns episódios, ela não esquece sempre, algumas coisas ela lembra e outras ela esquece. A expectativa do neurologista é que ela não fosse lembrar... isso intriga muito a gente”.</p>
22	GC	<p>“Eu esperava mais, sei lá, algo mais. Eu gostaria de entender melhor sobre a evolução da doença, se já tem algum tipo de tratamento que estacione ou deixe a doença mais lenta. Em relação a expectativa, eu queria mais, ainda mais sendo mãe... eu queria a cura. Estava esperando algum tipo de atividade, alguma outra alternativa para trabalhar a memória”</p>	<p>“O computador, porque eu e ele a gente não se combina muito. Agora ainda eu até que estou melhorzinha.”</p>	<p>“Não”</p>
24	GC	<p>“Olha, eu acho que sim! Eu entrei nesse programa para entender um pouco melhor... depois que eu tive essa demanda de cuidar, eu sempre procuro aprender mais. Quem está fora sempre acha que é fácil, mas não é. Conversar ajuda muito, ter alguém para perguntar as coisas é mais fácil”</p>	<p>“Ficar de frente com a câmera”</p>	<p>“Eu acho que se vocês pudessem disponibilizar mais palestras, não só na área da neurologia, mas na área da fisioterapia, da nutrição, seria muito melhor”</p>
25	GI	<p>“Olha, foi acima das minhas expectativas. Nos últimos dias que ele estava na minha casa, ele estava entrando muito em posição fetal. Quando comecei os exercícios eu comecei a observar ele em posições mais relaxada, com movimentos mais soltos. Também percebi que antes dos exercícios ele tinha bastante dificuldade para sentar e levantar e depois isso melhorou bastante”</p>	<p>“Eu acho que quando ele tinha dificuldade de fazer os exercícios, demorava um pouco mais para que eu conseguisse mostrar como ele estava fazendo e me certificar com a fisioterapeuta se estava certo ou errado. Porém, compensava porque não tinha perda de tempo de deslocamento”</p>	<p>“A única coisa que eu quero acrescentar é que infelizmente por questões familiares ele não está tendo a oportunidade de continuar fazendo os exercícios. Tenho certeza que seria uma vantagem a longo prazo para ele”</p>

26	GI	“Olha, no começo eu acho que foi mais, mas acho que agora ela deu uma definhada... foi uma coisa decrescente nos últimos meses. Eu gostei da intervenção, mas acho que o quadro dela deu uma acelerada.”	“Ela me ouvir. Quando a gente fazia exercício com a Carol, ela me ouvia e fazia, mas quando estávamos só ela e eu, ela não queria fazer. Isso me incomodava muito.”	“Não, realmente é mais relacionado ao tempo. Eu adorei o café com cuidado, porque foi uma troca muito boa. Eu particularmente achei que teríamos contato com algum médico e que ele falaria alguma coisa sobre essa condição.”
27	GI	“Sim, foi bem útil, a gente notou mudanças no aspecto físico da minha mãe, foi bem bom. A gente aprendeu bastante, podendo conversar no café do cuidador, aprendeu com os profissionais, com a experiência dos outros. Foi ótimo, eu gostei muito de ter participado”	“A maior dificuldade é que quando tinha algum outro familiar em casa, atrapalhava um pouco, porque a gente estava na sala, aí passava uma pessoa e tirava a atenção”	“Eu gostaria apenas de agradecer a oportunidade de ter participado, foi ótimo! Eu encontrei dificuldade porque a mãe não queria mais fazer os exercícios, mas eu fui muito ajudada por todos os profissionais, o apoio que eles deram foi excelente”
28	GI	“Eu não tinha uma clara noção de onde a gente queria chegar, então a minha expectativa era indefinida. Eu pessoalmente acho que não tenho referência para avaliar... com relação a melhora do quadro eu não saberia dizer se a Temis melhorou ou piorou nesses últimos 3 meses”	“Eu não vi dificuldade. No começo senti um pouco dificuldade para entender a dinâmica do exercício, mas depois da primeira semana já foi tranquilo”	“Essa iniciativa de vocês é muito interessante e eu gostaria muito de ver o resultado desse estudo”
29	GC	“Não, olha, eu esperava que durante esses três meses a gente fosse ser orientado sobre algumas dinâmicas do que fazer com a minha mãe. Eu também queria um norte, saber o que fazer com ela, entender melhor.”	“Incompatibilidade de agendas”	“Acho que a pergunta com relação a satisfação foi perfeita”
30	GC	“Sim, na verdade eu não tive muita expectativa, eu não sabia muito o que esperar do programa... mas achei eficaz! Fiquei satisfeita”	“Eu acho que é mais por parte da minha mãe, porque se fosse presencial ela teria mais facilidade em entender as perguntas. Acho que se estivesse frente a uma pessoa para ela seria mais fácil de entender as perguntas”	“Não, na verdade eu achei todos os profissionais bem atenciosos e todos explicaram muito bem o que ia acontecer nas sessões”
31	GC	“Olha eu não conhecia esse projeto, então pelo que eu participei eu gostei sim, foi alcançada, achei super interessante”	“Eu não tive dificuldade nenhuma”	“Não, está tudo satisfatório”
32	GC	“Então, não, eu esperei mais, eu tinha mais expectativa. A minha expectativa foi maior do que a que ofereceram. A avaliação foi ótima, as perguntas comigo e com a minha mãe. No entanto, o cuidado em si eu não gostei, porque achei que faltou muita coisa. Eu acho que foi mais palestra para mim do que o cuidado mesmo com a minha mãe. Minha mãe mesmo só teve contato com a avaliação.”	“Eu fui chamada para assistir a palestra uma vez nesse tempo, mas eu não consegui assistir. Essa dificuldade de não conseguir conciliar que foi o mais difícil”	“Não”
33	GC	“Eu nunca imaginei que tivesse um programa dessa qualidade. Se ele quisesse participar seria maravilhoso,	“O idoso não querer participar e eu não conseguir convence-lo”	“Não, tudo certinho, foi ótimo”

		eu achei a ideia excelente e o programa maravilhoso, mas o idoso tem que querer participar... não adianta a gente querer pelo outro”		
35	GI	“Em todas as gravações que eu fiz para o projeto, eu só tenho agradecer. Eu estava procurando um auxílio, uma ajuda e eu me senti super acolhida. Eu percebi uma melhora significativa da minha vô... ela vivia caindo, tropeçando e agora faz três meses que ela não cai mais. Com relação ao café com cuidado eu achei muito bom poder compartilhar as experiências, foi muito bom. Eu me sinto privilegiada por ter participado e eu sinto muito que tenha um prazo para terminar, porque eu gostei muito.”	“Eu não encontrei dificuldade nenhuma. Vocês sempre tem flexibilidade de horário, vocês estão sempre dispostos a tirar dúvidas, sempre mandam lembretes... até o material vocês enviaram.”	“Eu só gostaria de prolongar mais... todas vocês são ótimas! Eu só tenho a agradecer”
36	GI	“Sim. Eu vejo que o que foi proposto, foi realizado. Eu vejo que a gente poderia ter tido mais cafés... essa troca é muito importante... ver que outras pessoas estão na mesma situação que a gente é super legal!”	“A maior dificuldade foi da minha mãe não querer fazer os exercícios. No começo ela gostou, mas depois ela enjoou dos exercícios, então a maior dificuldade foi convence-lá”.	“Não”
37	GI	“Foi alcançada! Minha mãe fazia o acompanhamento em uma clínica e ela desanimou de ir até o local. Então, fazer os exercícios pela internet e ter acesso ao link facilitou muito. Eu já estou adaptada também para ajudá-la! Foi ótimo, foi excelente!”	“Foi o meu celular, o meu celular está muito ruim e eu ainda não troquei”	“Seria legal ter um material que fosse disponibilizado para a família, com o conteúdo do café com cuidado. Uma revistinha, algo que fosse fácil para outras pessoas lerem. Por exemplo, eu tenho meu pai idoso dentro de casa também que poderia ler e entender o que está acontecendo com a minha mãe. Também poderia ser um canal no YouTube, alguma coisa assim”
38	GI	“Minha expectativa foi parcialmente alcançada. Eu achei que tivesse mais orientação, mas eu percebi que a proposta era algo fechado”.	“Não tive dificuldades.”	“A gente sempre fica esperando mais orientação do que a gente pode melhorar, mas eu acho que isso é uma coisa difícil de acontecer em um prazo tão curto e sem ter um envolvimento maior. Foi uma experiência muito boa, esse tipo de orientação é muito importante para nós, porque tudo é muito novo... mas quanto mais informação melhor, porque a gente vai se sentindo mais seguro.”
39	GI	“Foi, eu gostei muito. Agora a gente está fazendo todos os dias, nós criamos o hábito. Porém, para quem está com ela o tempo todo é muito desgastante. Ela não aceita os comandos, ela reclama... então se fosse um profissional que viesse só 1h, seria	“A aceitação dela, os comandos. Às vezes ela questionava se era isso mesmo, se tínhamos certeza do que estávamos fazendo. Por vocês não serem	“A única coisa que eu acho que poderia melhorar é essa relação terapeuta paciente, porque o cuidador fica muito sobrecarregado e o paciente não aceita”

		melhor do que a gente que está sempre lidando ali com ela.”	profissionais, ela não aceitava”	
40	GI	<p>“Eu acho que o trabalho de intervenção superou as expectativas... a questão que eu tinha de achar que ela não conseguiria finalizar o protocolo. Só de ver ela sentando e levantando mais facilmente, ver a melhora funcional dela e também de vê-la fazendo os exercícios e sorrindo, já valeu a pena. Também achei que foi legal para unificar a família, porque todo mundo pergunta como está sendo feito os exercícios. Além disso, a minha mãe está fazendo os exercícios com a sogra da minha irmã, então foi um meio de encontrar um período de diversão”.</p>	<p>“A maior dificuldade foi conciliar a minha rotina com o tratamento... mas pelo fato de ser pela internet não foi uma dificuldade, foi uma facilidade”.</p>	<p>“Eu gostaria de destacar o aspecto do ineditismo que foi essa atividade para a minha mãe. Tanto pelo fato dela dificuldade de tirar um idoso de casa nessa condição, como pelo fato da minha mãe ter usado uma caneleira pela primeira vez. Foi a primeira vez que ela fez e ela teve um resultado muito bom. Assim, temos a intenção de darmos continuidade, mesmo com a finalização do programa.”</p>
41	GC	<p>“Não, porque eu não recebi nada, a única palestra que eu recebi foi sobre demência, com outros cuidadores. Foi boa, mas eu imagina mais. Eu esperava que uma vez por semana, ou pelo menos uma vez a cada 15 dias tivesse alguma atividade que enriquecesse o meu conhecimento ou de alguma interação com o meu pai, mas não aconteceu nada”.</p>	<p>“Nenhuma, eu não achei dificuldade”</p>	<p>“Eu esperava mais, mais atividades... que tivessem atividades que houvesse tanto a minha participação como cuidadora, quanto a do papai. Às vezes eu fico até sem vontade de participar de pesquisas...”</p>
42	GC	<p>“Nossa expectativa está para um tratamento efetivo e não de um grupo de acompanhamento só. O que a gente queria é um tratamento efetivo! Nós sabemos da importância da pesquisa, temos conhecimento, mas gostaríamos de um acompanhamento melhor.”</p>	<p>“Nenhuma”</p>	<p>“Não”</p>
43	GI	<p>“Sim, foi bem interessante... eu acho que principalmente para mim teve um acolhimento, aquele grupo que vocês tem eu achei super legal. Eu gostei”</p>	<p>“Acho que é só manter a disciplina. O tratamento não presencial exige mais da nossa disciplina, para não deixar passar”</p>	<p>“Acho que não... de uma forma geral, eu acho que esse projeto contribuiu bastante, tanto para as nossas reflexões, quanto para situações que a gente não sabia que poderia acontecer.”</p>
44	GC	<p>“Por partes, todas as palestras que vocês indicavam, eu consegui participar... foram super esclarecedoras e excelentes, mas eu achei pouco, porque foram apenas 2 ou 3 durante todo esse período.”</p>	<p>“Não achei nenhuma dificuldade, pelo contrário, facilitou muito”</p>	<p>“Não”</p>
45	GI	<p>“Eu não tinha uma expectativa na realidade... quando eu coloquei minha mãe no projeto era para entender mais sobre a doença e dar uma qualidade de vida melhor para ela. Então, não existiu uma expectativa... A expectativa estava dentro dos limites da doença. Dependendo do idoso e dos limites do idoso, tem expectativas que não poderão ser alcançadas, independente do tratamento, do remédio ou do profissional, porque é uma limitação do idoso. Porém, considerando a pandemia, foi algo a mais... algo que</p>	<p>“Implementar enquanto rotina. Quando você tem que ir presencialmente, se torna uma obrigação, mas quando é pela câmera, parece que a pessoa não tem a mesma obrigação”</p>	<p>“Eu acho que o projeto é um projeto muito bem organizado, ele teve a preocupação de fornecer todo o material... a atenção especial, mesmo fora dos horários das atividades. Eu também acho que teve informações novas, que eu não tinha... foi super importante para a compreensão e informação sobre a doença para quem cuida. O projeto está de parabéns, ele foi muito bem planejado... ele é muito</p>

		adicionou, mas não é algo que vai alcançar alguma coisa que a gente gostaria. Mas pode melhorar a condição do processo de envelhecimento”		pedagógico, qualquer pessoa, independente do grau de escolaridade, consegue aplicar”.
46	GC	“Sim, foi alcançada, eu consegui ter um suporte e um direcionamento para lidar com as situações do dia a dia”	“Eu acho que eu não tive dificuldade nenhuma”	“Não, acho que nenhuma”
47	GC	“Sim, foi alcançada. A minha expectativa era somente analisar a minha relação com ela e se eu estou no caminho certo. Com as perguntas eu consigo avaliar se ela está estável, se não está, se está retrocedendo...”	“Eu não tive nenhuma dificuldade”	“Não, não tenho nada a adicionar”
48	GI	“Eu acho que é muito importante, foi muito legal... é algo gratuito e vocês foram muito cuidadosos. Porém, a minha expectativa era ter um atendimento multidisciplinar, com contato com o médico. Eu também tinha a expectativa que as fisioterapeutas iriam fazer junto o tempo todo.”	“Eu acho que no incentivo... porque quando você está presencial, a pessoa está ali e te incentiva mais a fazer”	“Acho que não... acho que foi muito bom o encontro, a psicóloga deu muitas dicas”.
49	GI	“O que eu queria mesmo é algo que desse alguma solução, que parasse de continuar afetando o idoso. Algum remédio alguma coisa... já que não tem a cura, algo que parasse. Mas a fisioterapia está sendo bom, as perninhas estão mais fortes, até a incontinência melhorou”	“Eu não tive muita dificuldade não”	“Não”
50	GC	Foi, sendo do grupo controle, a expectativa era só que as avaliações fossem acessíveis. A expectativa era achar uma solução para os problemas, mas não era uma coisa racional, porque não existe solução.	A maior dificuldade foi que diminui as chances dela (minha mãe) lembrar de vocês.	Não, foi ótimo.
52	GI	“Eu acho que foi, foi uma experiência... lógico que tudo o que você faz na vida tem uma experiência boa e ruim, mas eu acho que foi ruim. A única coisa que eu acho é que a fisioterapeuta não deveria ter falado sobre a finalização dos atendimentos, porque isso acabou bloqueando a vontade dela de participar das avaliações”	“Eu achava meio ruim na hora de posicionar o celular, e também porque era muito pequena para visualizar”.	“A única coisa realmente que eu gostaria de deixar é que vocês não falassem que seria o último dia, porque o idoso acaba sentindo muito”
53	GI	“Sim, foi alcançada, o problema é que a doença é muito difícil de lidar e não é um avanço muito grande. Mas eu gostei sim, e ainda estou gostando. Não dá para ver melhora de imediato, mas deu para perceber ela sorrindo, brincando...”	“Ah, eu tive problema com disponibilidade de tempo... como eu tive que conduzir, é diferente se você contrata uma fisioterapeuta e ela mesmo conduz... então a dificuldade foi do tempo mesmo.”	“Não, eu acho que o programa é bem interessante, foi bem conduzido. O problema é do lado de cá mesmo, as vezes a gente não tem tempo, paciência, mas o programa foi muito bom.”
55	GI	“Foi alcançada sim, acho que melhorou bastante a parte do humor dela. Talvez alguma coisa que poderia ser melhor,	“À disposição da minha vó”	“A Jasmine é uma excelente profissional, sempre muito respeitosa quanto aos limites do

		seria ter a presença da fisioterapeuta o tempo todo, porque como você sabe santo de caso não faz milagre. Mas o humor dela melhorou muito e esse era o maior desafio que eu tinha com ela”		idoso. Eu deixo meu super parabéns para ela”
57	GC	“Até o momento, não! Para mim eu só estou respondendo questionário, eu não tive nada de orientação”	“Eu acho assim... como eu não tive um relacionamento com vocês, eu não sei como eu posso dizer isso... eu não tive nada, eu não tenho como avaliar”	“Não”
58	GI	“Sim, porém meu esposo apresentou-se queixoso a partir da segunda fase, o qual ele tinha que exercitar a cognição enquanto realizava as atividades físicas; e também percebi a necessidade de acompanhamento da profissional de saúde com mais frequência. Fiquei muito satisfeita com o acompanhamento psicológico e as palestras online, foram excelentes”.	“Foi a motivação, quando não havia a presença da profissional de saúde.”	“Não”
59	GC	“Assim como o Alzheimer é aquela coisa gradativa, eu percebo que a parte cognitiva dela está pior, mas ela está mais ativa. Eu percebo que as atividades manuais e físicas estão boas”.	“Não tive dificuldades”	“Não”
62	GC	“Minha expectativa foi alcançada, o que eu quero é contribuir com pesquisas dessa temática. Além disso, existe um marcador de que a maioria dos cuidadores são familiares, que acabam se adoentando por conta disso. As oficinas de memória e canto, as cuidadores são muito caras. Assim, viabilizar esse contexto do cuidado de pacientes com Alzheimer e cuidadores é o primeiro passo para políticas públicas de saúde. Para mim foi muito importante participar dessa pesquisa! Hoje eu entendo um pouco mais da doença... essa é uma doença complexa que desestabiliza a família e o idoso envolvido.”	“Nenhuma”	“Não”
63	GI	“Quando a gente procurou o tratamento na UFSCar, a gente não tinha nenhum conhecimento... então ajudou muito, trouxe muito conhecimento, muitas explicações, muita experiência e isso tem ajudado muito a gente. A gente não quer parar não, a gente quer mais”	“Uma das dificuldades foi conciliar o tempo de mais pessoas poderem estar juntos... irmãos, neta, cunhada”	“Estamos super contentes com tudo o que está acontecendo e não queremos que termine, porque a gente precisa de auxílio”
64	GI	“Foi alcançada parcialmente, o primeiro motivo foi porque o meu pai esteve ausente por um período e em outro momento ele teve uma variação da frequência cardíaca associada a fortes emoções”	“Durante o dia eu trabalho e o meu pai fica com uma cuidadora, que cuida da minha filha, da casa e do meu pai. Em alguns momentos, como a	“Não”

			atividade era muito longa, a cuidadora não conseguia disponibilizar tanto tempo para acompanhá-lo durante os exercícios”	
66	GC	“Eu acho assim... da primeira vez eu não consegui ter essa visão, mas dessa vez, que ela está um pouco mais debilitada, eu senti muito... essas perguntas mexem na nossa ferida. Eu sugiro que depois de tocar nessas feridas, que tivesse uma terapia de aproximadamente 15 min. Essas perguntas são boas porque é um momento que você tem para parar e se auto-avaliar”	“Nenhuma”	“Não, está perfeito”
67	GI	“Eu gostei, porque foi um momento que eu passei com a minha mãe. Ela se sentiu importante, mas ela queria que fosse uma pesquisa para consertar a cabeça dela. Achei que foi bom, foi muito bom para ela”	“Eu acho que foi bom não ser presencial, porque os meus horários são uma loucura e eu não estou em São Carlos”	“Não, foi tudo bem”
68	GI	“Eu não consigo avaliar ainda se houve uma melhora... nós participamos na medida do possível, mas eu não consigo ver melhora ainda na saúde dele. A minha expectativa era que ele ativasse mais a memória, mas eu ainda não consegui ver isso ainda. Acho que o falta para ele é ele colocar a cabeça para pensar, sair do comodismo... eu acho que um atividade como essa demanda mais tempo para ter um resultado. Também acho que deveria ter uma variação maior dos exercícios... faz umas 4 semanas que são sempre os mesmos”.	“Não tive dificuldades”	“Não”
69	GC	“Ela não foi alcançada porque a gente não fez nada... a gente só expôs o que estamos fazendo. Eu acho que se fosse presencial seria mais fácil”	“Eu não tive”	“Não”
70	GC	“Bom, para mim não mudou absolutamente nada. Não gostei, para nós foi três meses perdido”.	“Não tive dificuldade”	“É triste para nós que perdemos esse tempo de três meses, porque a gente vê esse atraso de 3 meses”
71	GC	“Não, na verdade a gente entende que é uma doença... talvez até por falta de conhecimento da minha parte... eu não vi melhora nenhuma, então no frigar dos ovos eu não vi nada”.	“A falta do olho no olho que eu acho que é super importante, embora a situação online seja muito mais fácil... mas existem algumas doenças que é necessário o olho no olho”	“Não”
72	GC	“Eu esperava que tivesse mais interação, que vocês apresentassem mais exercícios... atividades mensais ou semanais para ele ir fazendo. Eu	“Um pouco... dificuldade de entender as perguntas, não teve nenhuma pergunta e	“Não”

		esperava que tivesse um acompanhamento mais frequente, para saber como ele está avançando... se está melhorando ou piorando...”	pergunta a mesma pergunta”	
73	GC	“Sim, foi interessante e bem informativo. Baseado nas perguntas dos questionários e na sessão do COVID, eu comecei a prestar mais atenção. No quesito informação foi muito bom”.	“Eu acho que para a minha mãe foi muito complicado, por conta da tecnologia... e a cuidadora dela também não é muito boa com tecnologia”	“Ter uma equipe que você possa contar, isso é muito bom. Saber que você tem esse suporte”
74	GI	“Fisicamente para o meu pai foi muito bom. Eu senti que fisicamente foi muito importante. Agora com relação a memória, eu não sei o quanto isso foi efetivo... De uma maneira geral foi muito importante para o meu pai, principalmente porque durante as sessões foi detectado uma alteração na pressão. Então com relação ao humor, melhorou muito. Ele está mais feliz!”	“A única coisa é saber se está sendo feito da forma correta ou não... mas essa dificuldade é superará quando tem a presença do profissional”	“Não.... Foi muito importante, teve muitos pontos positivos. Principalmente esse olhar de preocupação quando a pressão do meu pai estava alta, foi super importante! Eu gostei demais”
76	GI	“Eu achei o projeto muito interessante. No meio do projeto a minha mãe teve um problema de saúde o que dificultou a participação dela no projeto. Por conta disso, a minha mãe precisou se ausentar do projeto. Outra dificuldade foi que no final ela acabou perdendo um pouco o interesse”	“A dificuldade foi de fazer minha mãe querer participar”	“Achei muito legal participar, acho que valeu muito a pena. Talvez o erro do projeto foi de nós não conseguirmos passar os exercícios para ela, por falta de tempo nosso ou até mesmo falta de interesse dela em fazer os exercícios”
77	GC	“Na minha visão, tem uma parte que é a nossa contribuição, com esse relato do caso e do que está acontecendo. Mas eu tinha a expectativa de receber mais orientações, mais explicações... minha expectativa era ter uma orientação/recomendação mais específica através dos dados que nós fornecemos.”	“Não destaquei nenhuma dificuldade. As entrevistas são objetivas”	“Não”

APÊNDICE D – Manual psicoeducação – GRUPO CONTROLE



MANUAL PSICOEDUCAÇÃO – GRUPO CONTROLE



Comissão Editorial

Profa. Dra. Larissa Pires de Andrade – Docente Universidade Federal de São Carlos UFSCar

Andréa Rodrigues De Amorim Molina – Aluna de doutorado do Programa de Pós Graduação em Fisioterapia da UFSCar

Carolina Tsen – Aluna de doutorado do Programa de Pós Graduação em Fisioterapia da UFSCar

Maria Jasmine Gomes da Silva – Aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Fisioterapia da UFSCar

Renata Carolina Gerassi – Aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Gerontologia da UFSCar

APRESENTAÇÃO

Com a pandemia passamos por situações de

MEDO & **INSEGURANÇA**



- Dentre os grupos etários mais afetados, os idosos são os mais suscetíveis ao desenvolvimento de quadros clínicos severos.
- Idosos com demência podem ter alterações comportamentais mais significativas diante o distanciamento social.



COVID-19 E O DISTANCIAMENTO SOCIAL

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo mais recente coronavírus, que foi descoberto em dezembro de 2019. Em geral, ela age penetrando as mucosas da boca, olhos e nariz, afetando as vias respiratórias.



Distanciamento Social

Além das medidas de higiene e proteção, o distanciamento social tem sido adotado por diversos países.

Significa a redução da interação entre as pessoas para diminuir a velocidade do contágio.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO



Lavar bem as mãos (dedos, unhas, punhos, palma e dorso) com água e sabão;



Limpar os objetos necessários para a atividade com álcool gel;



Manter os ambientes de casa limpos e bem ventilados;



**A principal recomendação é:
VACINAR-SE**

MEDIDAS DE PREVENÇÃO



As vacinas contra COVID-19 funcionam?

Sim, as vacinas autorizadas contra a COVID-19 forneceram informações – provenientes de seus ensaios clínicos – sobre sua eficácia em prevenir a doença.

Em seguida, as autoridades reguladoras nacionais (ARN) analisam esses dados para tomar uma decisão sobre as vacinas. A OMS também avalia os dados, caso a informação seja submetida para revisão.

A efetividade das vacinas continua sendo monitorada de perto, mesmo depois de terem sido introduzidas em um país. Somente vacinas que se mostraram seguras e eficazes para prevenir a doença serão aprovadas para uso na população.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

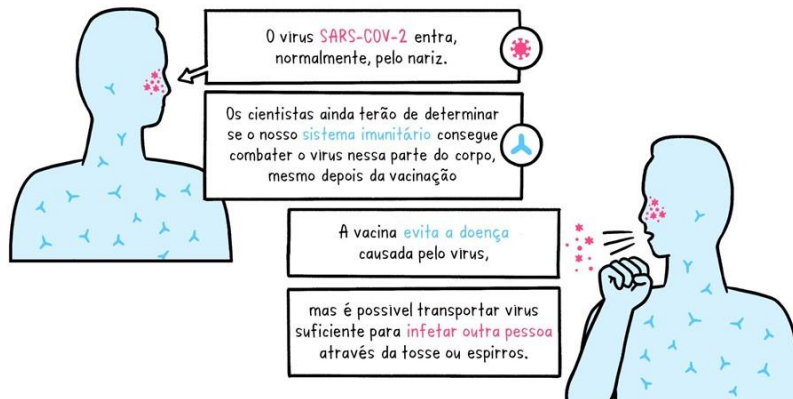


Mas mesmo quando estiver totalmente vacinado(a), continue tomando as mesmas medidas preventivas, pois nenhuma vacina é 100% eficaz, e fazer tudo isso ajuda a proteger você e os outros.

Fique a pelo menos um metro de distância de outras pessoas, use uma máscara bem ajustada ao rosto, evite locais e ambientes mal ventilados, lave as mãos com frequência, fique em casa se não se sentir bem, faça o teste se possível e mantenha-se informado sobre a quantidade de vírus circulando nas áreas onde você vive, trabalha e viaja.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

O uso de máscara ainda salva vidas, mesmo depois de se ser vacinado



DEMÊNCIA

- De (ausência), mente (mente), ia (condição).
- Síndrome (conjunto de sinais e sintomas): ocorre em muitas doenças ou condições patológicas.
- Declínio cognitivo persistente
- **Deve interferir nas atividades sociais ou profissionais**
- Causada por processo que acomete o SNC
- Não necessariamente é progressiva e irreversível.

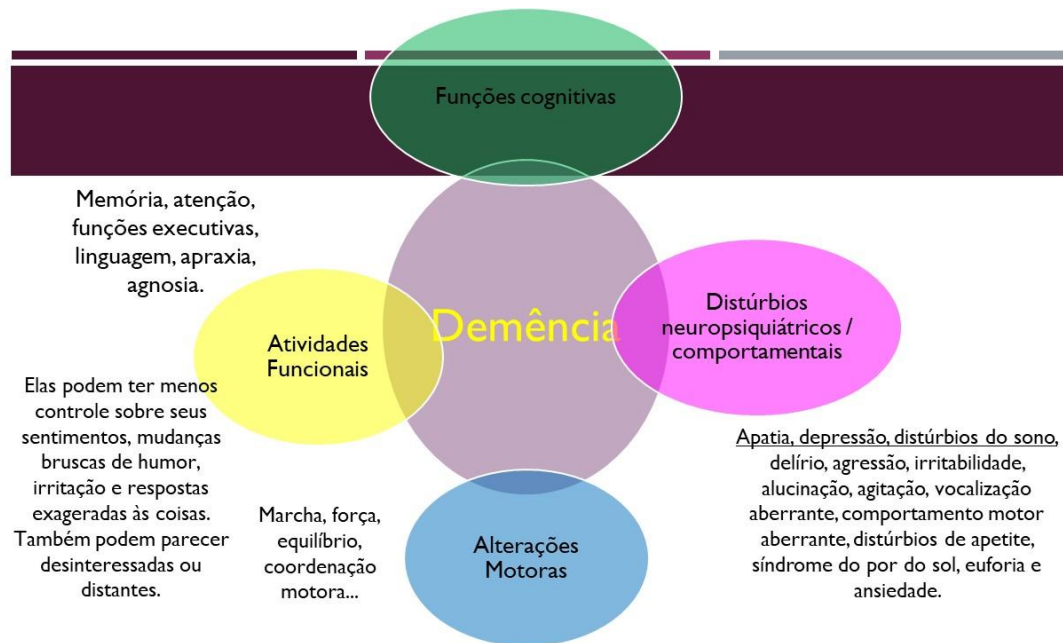


DEMÊNCIA

- Doença de Alzheimer
- Demência Vascular
- Demência Mista
- Demência Frontotemporal
- Demência por corpos de Levy
- Demência de Parkinson



- Acomete o Sistema Nervoso Central (SNC);
- Caracterizada pela perda gradual das funções cognitivas, alterações comportamentais e pelo impacto significativo na funcionalidade;
- Afeta as atividades de vida diária.



DIAGNÓSTICO

- ✓ Investigação do Médico especialista com o idoso e o familiar;
- ✓ Exames específicos como Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada AJUDAM no diagnóstico;
- ✓ Avaliação Neuropsicológica (avaliações cognitivas e comportamentais).



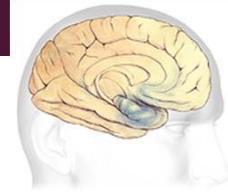
ESTÁGIOS DA DEMÊNCIA

Leve

Moderado

Avançado

ESTÁGIO LEVE



- Alteração da **memória recente**;
- Alterações da linguagem;
- Desorientação relação ao tempo espaço;
- Diminuição da concentração atenção;
- Esquecimentos constantes que afetam as atividades de vida diária;
- Dificuldade para resolver problemas;
- Comprometimento da aprendizagem;

Como lidar ?

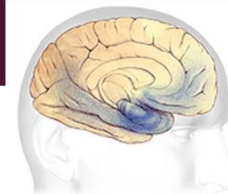
Criar uma rotina para o idoso

Organizar as atividades do dia a dia junto com o idoso (café da manhã, arrumar a casa, preparar o almoço, etc)

Manter um horário para acordar

Ligar para os parentes mais próximos e quando possível fazer chamada de vídeo

ESTÁGIO MODERADO



- Alterações visuo-espaciais e construtivas;
- Piora expressiva da linguagem (afasia);
- Perda da capacidade de reconhecer objetos (agnosia);
- Diminuição da capacidade de julgamento;
- Aumento progressivo da perda de memória;
- Prejuízo nas funções executivas.

Como lidar ?

Reforçar as dicas da fase anterior

Divida a execução da atividade prejudicada em etapas para ajudar o idoso

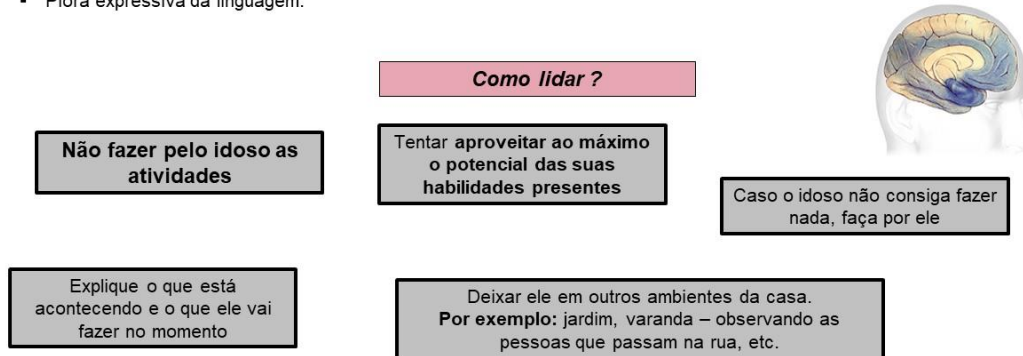
Procure sempre observar as atividades que são mais prazerosas ao idoso, e repeti-las em outros dias

Supervisão nas atividades com prejuízo

A simplificação será a melhor estratégia para deixá-lo mais envolvido. **Por exemplo:** parte das refeições – ajuda para cortar uma verdura, temperar uma carne, etc

ESTÁGIO AVANÇADO

- Agravamento de todas as funções cognitivas, tais como incapacidade para reconhecer familiares e espaços;
- Piora expressiva da linguagem.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NUNES, E.D.; SANTOS, R.R. Demência Irreversíveis. In: Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia. 1 ed. Belo Horizonte: Coopmed, p. 313-342, 2008.

AALTEN, P. et al. Neuropsychiatric syndromes in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. Basel, v.24, p. 457-463, 2007.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL Relatório sobre a doença de Alzheimer no mundo. Alzheimer's Disease International, Associação Brasileira de Alzheimer (ABRaz) Dicas para o idoso com Alzheimer em isolamento social. Disponível em: <http://abraz.org.br/web/2020/03/27/dicas-para-o-idoso-com-alzheimer-em-isolamento-social/>,

Associação Brasileira de Alzheimer (ABRaz) O impacto da pandemia do coronavírus nos cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. Disponível em: <http://abraz.org.br/web/2020/03/27/dicas-para-o-idoso-com-alzheimer-em-isolamento-social/>

Cuidados com portadores da doença de Alzheimer. Um manual para cuidadores e casas especializadas Lisa P. Disponível em: [Gwyther / Alzheimer's Association • www.alz.org](http://www.alz.org)

BERTOLUCCI, P.H.F. Manual para cuidadores com doença de Alzheimer na fase moderada e grave, 2007.

BRUCKI, S. M.D.; FERRETITI, C.; NITRINI, R. Manual para cuidadores da doença de Alzheimer. Centro de referência em Distúrbios Cognitivos. Faculdade de Medicina de São Paulo USP.

BERTOLUCCI, P.H.F. Manual para cuidadores com doença de Alzheimer na fase inicial. 2006

WHO. **Recebendo a vacina COVID-19. Recebendo a vacina COVID-19.** Disponível em: <https://www.who.int/pt/news-room/feature-stories/detail/getting-the-covid-19-vaccine>



OBRIGADA !!!

APÊNDICE E – Manual psicoeducação – GRUPO INTERVENÇÃO



MANUAL PSICOEDUCAÇÃO – GRUPO INTERVENÇÃO



Comissão Editorial

Profa. Dra. Larissa Pires de Andrade – Docente Universidade Federal de São Carlos UFSCar

Andréa Rodrigues De Amorim Molina – Aluna de doutorado do Programa de Pós Graduação em Fisioterapia da UFSCar

Carolina Tsen – Aluna de doutorado do Programa de Pós Graduação em Fisioterapia da UFSCar

Maria Jasmine Gomes da Silva – Aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Fisioterapia da UFSCar

Renata Carolina Gerassi – Aluna de mestrado do Programa de Pós Graduação em Gerontologia da UFSCar

APRESENTAÇÃO

Com a pandemia passamos por situações de

MEDO & **INSEGURANÇA**



- Dentre os grupos etários mais afetados, os idosos são os mais suscetíveis ao desenvolvimento de quadros clínicos severos.
- Idosos com demência podem ter alterações comportamentais mais significativas diante o distanciamento social.



COVID-19 E O DISTANCIAMENTO SOCIAL

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo mais recente coronavírus, que foi descoberto em dezembro de 2019. Em geral, ela age penetrando as mucosas da boca, olhos e nariz, afetando as vias respiratórias.



Distanciamento Social

Além das medidas de higiene e proteção, o distanciamento social tem sido adotado por diversos países.

Significa a redução da interação entre as pessoas para diminuir a velocidade do contágio.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO



Lavar bem as mãos (dedos, unhas, punhos, palma e dorso) com água e sabão;



Limpar os objetos necessários para a atividade com álcool gel;



Manter os ambientes de casa limpos e bem ventilados;



**A principal recomendação é:
VACINAR-SE**

MEDIDAS DE PREVENÇÃO



As vacinas contra COVID-19 funcionam?

Sim, as vacinas autorizadas contra a COVID-19 forneceram informações – provenientes de seus ensaios clínicos – sobre sua eficácia em prevenir a doença.

Em seguida, as autoridades reguladoras nacionais (ARN) analisam esses dados para tomar uma decisão sobre as vacinas. A OMS também avalia os dados, caso a informação seja submetida para revisão.

A efetividade das vacinas continua sendo monitorada de perto, mesmo depois de terem sido introduzidas em um país. Somente vacinas que se mostraram seguras e eficazes para prevenir a doença serão aprovadas para uso na população.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

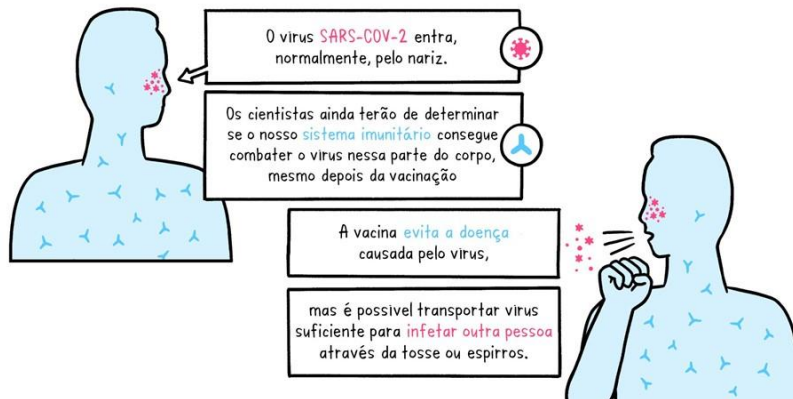


Mas mesmo quando estiver totalmente vacinado(a), continue tomando as mesmas medidas preventivas, pois nenhuma vacina é 100% eficaz, e fazer tudo isso ajuda a proteger você e os outros.

Fique a pelo menos um metro de distância de outras pessoas, use uma máscara bem ajustada ao rosto, evite locais e ambientes mal ventilados, lave as mãos com frequência, fique em casa se não se sentir bem, faça o teste se possível e mantenha-se informado sobre a quantidade de vírus circulando nas áreas onde você vive, trabalha e viaja.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

O uso de máscara ainda salva vidas, mesmo depois de se ser vacinado



DEMÊNCIA

- De (ausência), mente (mente), ia (condição).
- Síndrome (conjunto de sinais e sintomas): ocorre em muitas doenças ou condições patológicas.
- Declínio cognitivo persistente
- **Deve interferir nas atividades sociais ou profissionais**
- Causada por processo que acomete o SNC
- Não necessariamente é progressiva e irreversível.

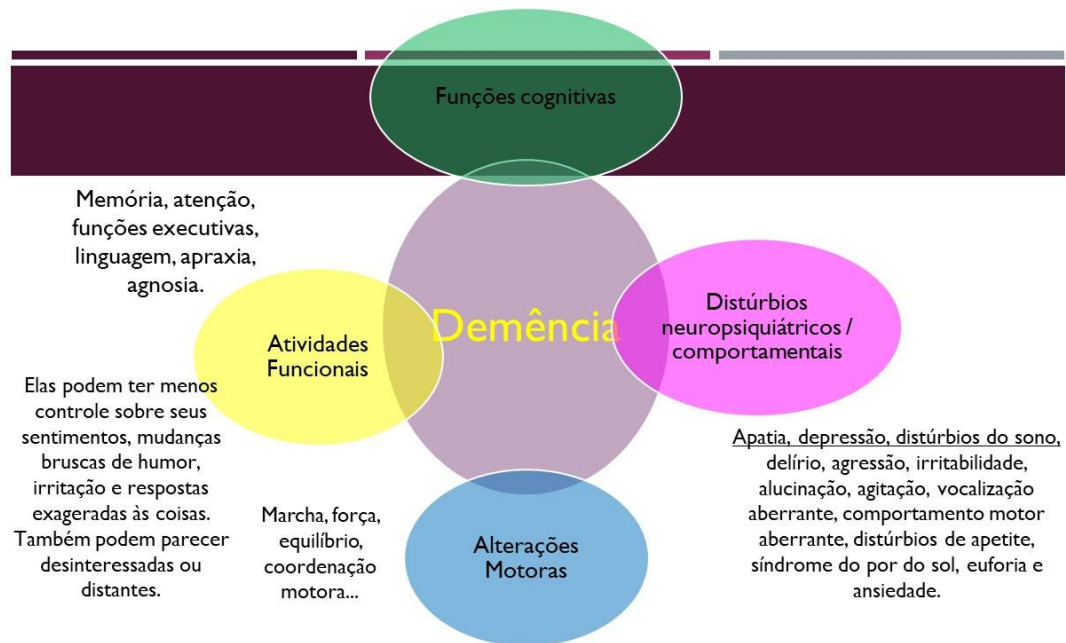


DEMÊNCIA

- Doença de Alzheimer
- Demência Vascular
- Demência Mista
- Demência Frontotemporal
- Demência por corpos de Levy
- Demência de Parkinson



- Acomete o Sistema Nervoso Central (SNC);
- Caracterizada pela perda gradual das funções cognitivas, alterações comportamentais e pelo impacto significativo na funcionalidade;
- Afeta as atividades de vida diária.



DIAGNÓSTICO

- ✓ Investigação do Médico especialista com o idoso e o familiar;
- ✓ Exames específicos como Ressonância Magnética e Tomografia Computadorizada AJUDAM no diagnóstico;
- ✓ Avaliação Neuropsicológica (avaliações cognitivas e comportamentais).



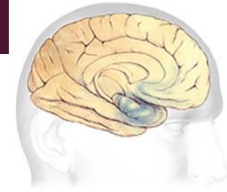
ESTÁGIOS DA DEMÊNCIA

Leve

Moderado

Avançado

ESTÁGIO LEVE



- Alteração da **memória recente**;
- Alterações da linguagem;
- Desorientação relação ao tempo espaço;
- Diminuição da concentração atenção;
- Esquecimentos constantes que afetam as atividades de vida diária;
- Dificuldade para resolver problemas;
- Comprometimento da aprendizagem;

Como lidar ?

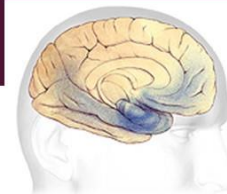
Criar uma rotina para o idoso

Organizar as atividades do dia a dia junto com o idoso (café da manhã, arrumar a casa, preparar o almoço, etc)

Manter um horário para acordar

Ligar para os parentes mais próximos e quando possível fazer chamada de vídeo

ESTÁGIO MODERADO



- Alterações visuo-espaciais e construtivas;
- Piora expressiva da linguagem (afasia);
- Perda da capacidade de reconhecer objetos (agnosia);
- Diminuição da capacidade de julgamento;
- Aumento progressivo da perda de memória;
- Prejuízo nas funções executivas.

Como lidar ?

Reforçar as dicas da fase anterior

Divida a execução da atividade prejudicada em etapas para ajudar o idoso

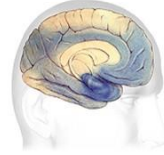
Procure sempre observar as atividades que são mais prazerosas ao idoso, e repeti-las em outros dias

Supervisão nas atividades com prejuízo

A simplificação será a melhor estratégia para deixá-lo mais envolvido. **Por exemplo:** parte das refeições – ajuda para cortar uma verdura, temperar uma carne, etc

ESTÁGIO AVANÇADO

- Agravamento de todas as funções cognitivas, tais como incapacidade para reconhecer familiares e espaços;
- Piora expressiva da linguagem.



Como lidar ?

Não fazer pelo idoso as atividades

Tentar aproveitar ao máximo o potencial das suas habilidades presentes

Caso o idoso não consiga fazer nada, faça por ele

Explique o que está acontecendo e o que ele vai fazer no momento

**Deixar ele em outros ambientes da casa.
Por exemplo: jardim, varanda – observando as pessoas que passam na rua, etc.**

O QUE SÃO OS DISTÚRBIOS NEUROPSIQUIÁTRICOS ?



- Como lidar?
- Na casa do idoso (com o cuidador)?

DISTÚRBIOS NEUROPSIQUIÁTRICOS

São sintomas muito comuns na demência, podendo ocorrer em qualquer estágio da doença.

Note o horário e em quais situações eles costumam acontecer e relate ao médico.

➤ Comportamentos inadequados, às vezes, estão associados à alguma necessidade:

- ✓ **Puxar a blusa (pode ser calor)**, veja sempre se as vestimentas estão adequadas para o clima;
- ✓ **Leve o idoso ao banheiro em intervalos regulares (puxar a calça ou tirá-la pode ser um sinal).**



17

DISTÚRBIOS NEUROPSIQUIÁTRICOS

Para quase todos os distúrbios vale um conselho:

DISTRAIA A ATENÇÃO DO IDOSO PARA OUTRO ASSUNTO, OUTRO ESTÍMULO



18

FICA AGITADO OU AGRESSIVO – QUANDO É CONTRARIADO

Como lidar ?

Identifique a causa

Respeite os hábitos dos idosos

Fale com calma e analise o tom de voz com quem se dirige a ele



Mantenha o em ambiente tranquilo

Dê instruções simples. Evite muitas escolhas

Preocupações, alegrias e tristezas em excesso podem deixá-lo mais confuso e agitado

Mude o foco da atenção

Evite situações de confusão

Procure fazer perguntas claras e explicativas, que exijam respostas simples

Paciência, paciência, muita paciência!

RECUSA

Como lidar ?

Não confrontar

Estabelecer rotina

Mudar o foco da atenção



Verificar a possibilidade da atividade ser realizada em outro horário

Preste atenção ao que o idoso gosta e tente oferecer durante a atividade

FALA COISAS IMPRÓPRIAS; FALA PALAVRÕES; QUER TIRAR A ROUPA EM PÚBLICO; MANIPULA AS GENITAIS

Como lidar ?

Procure o médico ou o Psicólogo para identificação do problema e busca de soluções

Verifique se não há nada de errado (roupas apertadas)



Evitar ocasiões que possam favorecer a estimulação sexual, com especial cuidado nas situações que envolvem a higiene do paciente

Converse com as crianças, amigos e vizinhos sobre isso

Evite colocá-lo em situação de ridículo

Com calma e naturalidade contorne a situação

21

OUVE COISAS, VÊ COISAS, RELATA HISTÓRIAS QUE NÃO SÃO REAIS, FICA DESCONFIADO DE TUDO, CULPA VOCÊ POR ROUBO

Como lidar ?

Mantenha objetos familiares espalhados pela casa

Cuide do ambiente: sombras, cortinas, espelhos, objeto de decoração em uma sala mal iluminada ou planta que balance com o vento e produz sombra.



O que para você é uma alucinação ou delírio, para ele é realidade

Não responda as acusações

Não discuta com o paciente sobre a veracidade do que ele está vendo ou ouvindo

Mantenha postura calma e voz tranquila e, se nada parecer funcionar, tente distrair o idoso com assunto ou atividade agradável e de seu interesse

Procure ajuda médica

22

DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E NO ESPAÇO

Como lidar ?

Conversar sobre o clima e as estações do ano

Informá-lo que dia é hoje e o que fazer

Sinalizar o ambiente

Usar calendário e agendas

Usar relógio simples e grandes

Estabelecer rotinas



23

PERDER-SE COM FACILIDADE / FOGUE DE CASA

Como lidar ?

Deixar o ambiente o mais familiar possível

Manter o ambiente iluminado

Não o deixe sozinho em lugares de muita movimentação

Utilize medidas de segurança

Comunique o fato aos vizinhos, porteiros e seguranças

Mantenha a porta da casa sempre fechada

Esconda as chaves do carro e da casa

Identificação nas roupas

Avise a delegacia mais próxima



24

SEGUE O CUIDADOR POR TODA A PARTE

Como lidar ?

Divida a tarefa de cuidar

Centro dia – serviço alternativo

Não deixe o idoso ocioso

Proporcione atividades,
distração, ocupação

Caminhar com o idoso



PROBLEMAS COM O SONO

Como lidar ?

Tente evitar que o idoso durma durante o dia envolvendo-o em atividades agradáveis que afastem o sono

Reveja com o médico as medicações do idoso

Evitar cochilos e deitar na cama ou no sofá durante parte do dia

Certifique-se que a cama e as roupas usadas pelo idoso para dormir sejam as mais confortáveis, para que ele não se sinta apertado e não passe frio ou calor

Procure deixar o ambiente do quarto o mais repousante possível (silencioso e com pouca luz)

Procure motiva-lo a caminhar e fazer outras atividades físicas durante o dia



ANSIEDADE, MEDO

Como lidar ?

Ofereça segurança e contato físico

Atenda aos sentimentos que vão sendo expressos

Se possível, arranje uma distração, ou elimine a causa da preocupação

Pode ser de antecipação (o idoso fica muito ansioso antes de horários, encontros, consultas); de separação (em geral, do familiar/cuidador mais próximo), de ser deixado sozinho, de morte.



Para esses sintomas transmita segurança, fale calmamente, explique o horário do compromisso, demonstre que falta muito tempo, explique que se ausentará por pouco tempo e mostre que ficará uma outra pessoa com ele.



APATIA

Como lidar ?

Não obrigue o idoso a fazer alguma coisa, quando ele já deu a entender que não tem vontade

Estimule-o a fazer algo que esteja ao alcance das suas capacidades

Dê-lhe os parabéns pelo que consegue fazer

Deixe que pare quando já se cansou

Procure mantê-lo ativo

Tente estimular o interesse da pessoa (atividades agradáveis, passeios, etc)



SÍNDROME DO PÔR DO SOL

A síndrome do pôr do sol caracteriza-se por um aumento da confusão mental, deambulação e agitação no período vespertino

Como lidar ?

Mantenha o ambiente claro

Fechar as janelas para o idoso não perceber o entardecer

Ascenda as luzes antes de anoitecer



MANTENHA TUDO O MAIS NORMAL POSSÍVEL

Não trate o idoso como se fosse uma criança

Não o culpe pelos comportamentos apresentados

Organize o ambiente de forma que fique seguro, simples e familiar

Mantenha a rotina

Simplifique

Mantenha o senso de humor

Reconheça seus limites e não se culpe



AMBIENTE DOMICILIAR



Adaptação no ambiente do idoso

31

ADOTAR MEDIDAS PREVENTIVAS É A MANEIRA MAIS EFICAZ DE OFERECER SEGURANÇA AO IDOSO COM DEMÊNCIA

Faça adaptações deixando o ambiente familiar ao idoso

Deixe moveis e objetos pelo qual o idoso gosta sempre no mesmo lugar

Estimule o idoso a ajudar em tarefas simples

Objetos perigosos devem ser removidos do alcance do idoso

Os eletrodomésticos devem ser guardadas em locais seguros

Não deixe o idoso sozinho na cozinha, ele pode esquecer o gás ligado, queimar panela e se machucar

Observe o esquecimento de equipamentos eletrônicos ligados, e do gás aberto, mantenha-o sempre desligado no botijão

Use tomadas com tampa de proteção


Produtos de limpeza devem ser trancados e fora do alcance dos idosos

Nunca deixe janela aberta quando o idoso estiver sozinho no ambiente. Observe a necessidade de telas

32

MEDICAÇÃO

O PACIENTE RECUSA-SE A TOMAR QUALQUER MEDICAÇÃO ou **QUER TOMAR ALGUM REMÉDIO A TODA HORA** são situações que podem acontecer.

- ✓ Evite a auto medicação
 - ✓ Se atente a dosagem e a validade da medicação
 - ✓ Mantenha a lista de medicação atualizada com as doses e os horários
 - ✓ Não divida medicação com outras pessoas
 - ✓ Deve ser prescritos pelo médico
 - ✓ Não divida medicação com outras pessoas
 - ✓ Certifique-se que o paciente tomou a medicação
 - ✓ Informe o paciente sobre o tipo de remédio ele irá tomar
 - ✓ Mantenha sempre por perto o número do médico e da emergência
- 

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NUNES, E.D.; SANTOS, R.R. Demência Irreversíveis. In: Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia. 1 ed. Belo Horizonte: Coopmed, p. 313-342, 2008.

AALTEN, P. et al. Neuropsychiatric syndromes in dementia. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. Basel, v.24, p. 457-463, 2007.

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL Relatório sobre a doença de Alzheimer no mundo. Alzheimer's Disease International, Associação Brasileira de Alzheimer (ABRaz) Dicas para o idoso com Alzheimer em isolamento social. Disponível em: <http://abraz.org.br/web/2020/03/27/dicas-para-o-idoso-com-alzheimer-em-isolamento-social/>,

Associação Brasileira de Alzheimer (ABRaz) O impacto da pandemia do coronavírus nos cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. Disponível em: <http://abraz.org.br/web/2020/03/27/dicas-para-o-idoso-com-alzheimer-em-isolamento-social/>

Cuidados com portadores da doença de Alzheimer. Um manual para cuidadores e casas especializadas Lisa P. Disponível em: [Gwyther / Alzheimer's Association • www.alz.org](http://www.alz.org)

BERTOLUCCI, P.H.F. Manual para cuidadores com doença de Alzheimer na fase moderada e grave, 2007.

BRUCKI, S. M.D.; FERRETITI, C.; NITRINI, R. Manual para cuidadores da doença de Alzheimer. Centro de referência em Distúrbios Cognitivos. Faculdade de Medicina de São Paulo USP.

BERTOLUCCI, P.H.F. Manual para cuidadores com doença de Alzheimer na fase inicial, 2006



OBRIGADA !!!

APÊNDICE F – Descrição dos exercícios

Programa de telereabilitação	1-2 semanas	3-4 semanas	5-6 semanas	7-8 semanas	9-10 semanas	11-12 Semanas
Sinais Vitais 2 min	Aferição de PA, FC e SpO2					
Aquecimento 6 min	Treino 1 sentado: exercício respiratório; flexão quadril sentado; círculo com a perna; bater as asas;			Treino 3 em pé: exercício respiratório; flexão quadril em pé; círculo com a perna; bater as asas;		
	Treino 2 sentado: exercício respiratório; agachamento; abraço; rotação do tronco.			Treino 4 em pé: exercício respiratório, abdução horizontal, rotação interna de quadril e rotação de tronco		
Fortalecimento (3x12) 15 min	<p>Treino A</p> <p>Subir e descer escada; abdução MI em pé; extensão MI em pé; passar a toalha no dorso (secar as costas); ab/ad de ombro</p> <p>Treino B</p> <p>Adutor MI (apertar bola/almofada cheia); sentar e levantar da cadeira; ficar na ponta do pé; alcançar garrafas sobre mesa e levar em sentido à boca mantendo o tronco alinhado; colocar roupa no varal</p>					
Carga	Sem carga	MS: Garrafa de 1L MI: 1 kg de alimento	MS: Garrafa de 1L MI: 1 kg de alimento	MS: Garrafa de 1,5L MI: sacola contendo 1,5kg de alimento	MS: Garrafa de 2L MI: sacola contendo 2kg de alimento	MS: Garrafa de 2L MI: sacola contendo 2 kg de alimento

<p>Equilíbrio (3x cada) 15 min</p>	<p>Marcha entre duas linhas, com base confortável, com olhos abertos; Transposição e desviode 3 obstáculos; Equilíbrio bipodal compés separados; Alcance anterior e lateral sentado.</p>	<p>Marcha em uma linha, sob 1 edredom, com olhos fechados; Transposição e desviode 5 obstáculos; Equilíbrio bipodal com pés unidos; Alcance anterior e lateral sentado.</p>	<p>Marcha em tandem sob 2 edredons, associado a tarefa cognitiva motora; Transposição e desviode 5 obstáculos; Equilíbrio bipodal compés unidos e olhos fechados; Alcance anterior e lateral sentado.</p>	<p>Marcha em tandem sob 2 edredons, associado a tarefa cognitiva motora; Transposição e desviode 5 obstáculos; Equilíbrio em semi tandem; Alcance anterior e lateral sentado.</p>	<p>Marcha em tandem sob 2 edredons, associado a tarefa cognitiva; Transposição e desviode 5 obstáculos; Equilíbrio em tandem com olhos abertos + mov. de MS; Alcance anterior e lateral em pé.</p>	<p>Marcha em tandem sob 2 edredons, associado a tarefa cognitiva; Transposição e desvio de 5 obstáculos; Equilíbrio em tandem com olhos abertos + mov. de MS; Alcance anterior e lateral em pé.</p>
<p>Carga</p>	<p>Sem carga</p>	<p>Garrafa de 500mL</p>	<p>Garrafa de 1L</p>	<p>Sacola contendo 1kg de alimento + garrafa de 500mL</p>	<p>Sacola contendo 2kg de alimento</p>	<p>Sacola contendo 2kg de alimento + garrafa de 500mL</p>
<p>Atividades sensoriais 5 min</p>	<p>Propriocepção 1: em pé empurra a bola na parede e mov. circulares; Em pé sobre disposto em um desenho no formato de cruz deve pisar nas pontas de acordo com o comando; Propriocepção 2: Sentado pressionar a bola com os pés em diversas direções; mov. de peça com os pés sob uma toalha; rotação interna/externa e dorsiflexão/plantiflexão de tornozelo</p>					
<p>Flexibilidade 5 min</p>	<p>Alongamento de ísquios tibiais, quadríceps, abdutores, bíceps e tríceps braquial.</p>					
<p>Sinais Vitais 2 min</p>	<p>Aferição de PA, FC e SpO2</p>					

Fonte: autor (2020)

Legenda: min = minutos; PA= pressão arterial; FC = frequência cardíaca; SpO2 = saturação arterial da oxi-hemoglobina; mL = mililitros; kg = quilogramas; ab = abdutor; ad = a dutor; MS = membro superior; MI = membro inferior; mov. = movimento.

Atividade	Descrição da atividade	Material para a tarefa	Estímulo concomitante	Comando verbal	Cuidados
Exercício respiratório	Sentado numa cadeira firme, com o cabo de vassoura nas mãos, irá puxar o ar pelo nariz realiza flexão dos ombros, em seguida, soltar pela boca e realizar extensão dos ombros.	Cabo de vassoura.	Levantar e abaixar os braços segurando o cabo de vassoura.	Puxe o ar pelo nariz e levante os braços para frente e solte pela boca, abaixando os braços.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Flexão quadril sentado	Sentado numa cadeira firme, com o quadril, joelho e tornozelo em 90°, realizar flexão de quadril apenas seguida de extensão do quadril.	Cadeira.	Puxe o ar pelo nariz e solte pela boca. Realizar o movimento apenas quando soltar o ar pela boca.	Traga o joelho para cima desencostando a coxa da cadeira. Em seguida, abaixe as pernas encostando na cadeira novamente.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Agachamento	Em pé, será realizado flexão dos MMII com movimento de agachar. Em seguida, voltar a posição ortostática.	-	Puxe o ar pelo nariz e solte pela boca. Realizar o movimento apenas quando soltar o ar pela boca.	Vamos agachar, como se fosse sentar na cadeira, mas não pode encostar e depois levantar.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.

Bater as asas	Em pé, será realizada abdução seguida de adução do ombro.	-	Puxe o ar pelo nariz e eleve os braços lateralmente e solte pela boca, abaixando os braços. Realizar o movimento apenas quando soltar o ar pela boca.	Levante os braços para o lado e depois abaixe. Como se fosse bater as asas.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Abraço	Em pé, será realizado abdução horizontal seguida de adução horizontal do ombro.	-	Puxe o ar pelo nariz e solte pela boca. Realizar o movimento apenas quando soltar o ar pela boca.	Abra e feche os braços como se fosse abraçar alguém.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Rotação do tronco	Em pé, com os MMSS em flexão e segurando um cabo de vassoura, será realizado rotação do tronco para os dois lados.	Cabo de vassoura	Puxe o ar pelo nariz e solte pela boca. Realizar o movimento apenas quando soltar o ar pela boca.	Segure o cabo de vassoura com as mãos, estenda os braços e leve o cabo para os lados rodando a coluna.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Círculo com a perna	Em pé, será realizado o desenho de um círculo, no sentido horário, com um MI. Em seguida, realizado o mesmo com o outro MI.	-	Puxe o ar pelo nariz e solte pela boca. Realizar o movimento apenas quando soltar o ar pela boca.	O(a) sr/sra irá desenhar um círculo com sua perna.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.

Legenda: MMSS = membros superiores; MMII = membros inferiores; MI = membro

inferior; sr = senhor; sra = senhora; **FORTALECIMENTO de MMSS e MMII**

Atividade	Descrição da atividade	Material para tarefa	Estímulo cognitivo concomitante	Comando verbal	Cuidados
Subir e descer escada	<p>Posicionado a frente de uma escada, o indivíduo deve segurar no corrimão e subir um degrau e, em seguida, descer.</p> <p>Obs.: Caso não tenha escada, substituir com algo que tenha desnível e que o idoso possa subir e descer, simulando um degrau de escada.</p>	Degrau.	Contagem progressiva iniciada em 1.	Suba um degrau apenas e depois desça.	O indivíduo irá segurar no corrimão ou o cuidador deve se posicionar ao lado.
Sentar e levantar da cadeira	Sentado numa cadeira firme, o indivíduo deve levantar e sentar novamente na cadeira. Incentive a não usar as mãos durante o movimento.	Cadeira ou poltrona firme ou encostada na parede.	Falar 5 nomes de animais.	Levante-se totalmente da cadeira e agora sente-se novamente.	A cadeira/poltrona deve ser firme ou encostada na parede. Tome cuidado para o idoso “não desabar” no movimento de sentar-se. É importante realizar os movimentos com calma, e se necessário o idoso pode usar as mãos.
Ficar na ponta do pé	Em pé com uma cadeira firme à sua frente, irá apoiar as mãos no encosto da cadeira e fazer a plantiflexão do tornozelo (ponta dos pés) e, em seguida, realizar a dorsiflexão, voltando à posição inicial.	Cadeira.	Falar nome de 5 ingredientes de tempero.	Fique na ponta dos pés e agora encoste os pés totalmente no chão.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Abdução MI em pé	Em pé com as mãos apoiadas numa cadeira firme, realizar abdução do MI contra a gravidade, em seguida, voltar à posição inicial.	Cadeira.	Falar o nome de 5 itens da cozinha.	Abra uma perna e leve para o lado o máximo que conseguir e agora abaixe a perna.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo. Cuidado com a postura do idoso, ele deve estar alinhado e não fazer compensações com o tronco.

<p>Adutor MI (apertarbola)</p>	<p>Sentado numa cadeira firme, será posicionado uma bola entre os joelhos. Será solicitado que o participante aperte a bola o mais forte que conseguir e depois relaxe sem deixar a bola sair do lugar.</p>	<p>Cadeira e bola, almofada ou traveseiro.</p>	<p>Citar 5 ingredientes para bolo.</p>	<p>Aperte a bola o máximo que conseguir e relaxe sem deixar a bola cair.</p>	<p>Cuidar para quando “relaxar”, não soltar a bola.</p>
<p>Extensão MI em pé</p>	<p>Em pé com as mãos apoiadas numa cadeira firme, realizar extensão do MI contra a gravidade, em seguida, voltar à posição inicial.</p>	<p>Cadeira.</p>	<p>Citar 5 objetos encontrados no escritório.</p>	<p>Levante a perna lá trás e agora volte.</p>	<p>O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo e não deixar que ele não compense o movimento de extensão do MI (não envolver a pele).</p>
<p>Passar a toalha no dorso (secar as costas)</p>	<p>Sentado mais na borda de uma cadeira firme, passar a toalha nas costas como se fosse secar o dorso, realizando movimento para cima e para baixo.</p>	<p>Cadeira, toalha e cabode vassoura.</p>	<p>Falar o nome de 5 utensílios encontrados no banheiro.</p>	<p>Coloque as mãos nas costas, uma por cima e outra por baixo e seque as suas costas.</p>	<p>A cadeira/poltrona deve ser firme ou encostada na parede e o participante deve sentar mais a frente para ter espaço atrás das costas.</p>

<p>Alcançar garrafas sobre mesa e levar em sentido à boca</p>	<p>Sentado numa cadeira firme, realizar flexão do tronco e extensão dos MS para alcançar um prato sobre a mesa e levar o mesmo em direção à boca. Em seguida, colocar o prato novamente sobre a mesa.</p>	<p>Cadeira, garrafas emesa.</p>	<p>Citar 5 nomes de pessoas com aletra M.</p>	<p>Alcance a garrafa e leve para perto da boca como se fosse tomar água. Depois, coloque de volta sobre a mesa.</p>	<p>A cadeira/poltrona deve ser firme ou encostada na parede.</p>
<p>Colocar roupa no varal</p>	<p>Em pé a frente de um varal, deve estender as roupas sobre o varal realizando flexão de ombro.</p>	<p>Garrafa ou saco defeijão.</p>	<p>Citar 5 móveis de casa.</p>	<p>O(a) sr./sra. Irá levar a garrafa para cima como se fosse estender roupa no varal.</p>	<p>O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.</p>

AB/AD de ombro	Sentado numa cadeira firme, realizar abdução do ombro seguida de adução.	Garrafa.	Citar 5 utensílios de roupa.	Abra os braços até a altura do ombro e depois abaixe-os.	O cuidador deve se posicionar na frente ou atrás do indivíduo.
-----------------------	--	----------	------------------------------	--	--

Legenda: MS = membro superior; MI = membro inferior; sr = senhor; sra = senhora; **Obs.** = observação.

EQUILÍBRIO

Atividade	Descrição da atividade	Material para tarefa	Estímulo cognitivo concomitante	Comando verbal	Cuidados
Marcha entre duas linhas, com base confortável, com olhos abertos	Com duas linhas distanciadas 50cm uma da outra, será solicitado ao participante que caminha confortavelmente até o fim, porém sem ultrapassar as linhas laterais.	Fita crepe.	Citar 5 nomes de cidades.	Ande até o fim sem ultrapassar as linhas laterais.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Marcha em uma linha, sob 1 edredom, com olhos fechados;	Disposto um edredom no chão, será solicitado que caminhe em linha reta com os olhos fechados.	Fita crepe e edredom.	Citar 5 nomes de animais aquáticos.	Ande em linha reta até o fim com os olhos fechados.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Marcha em tandem sob 2 edredoms, associado a tarefa cognitiva motora;	Disposto 2 edredoms no chão, será solicitado que caminhe em tandem (um pé na frente do outro).	Fita crepe e edredom.	Citar 5 objetos encontrados no guarda roupa.	Ande em linha reta colocando um pé na frente do outro e cite 5 objetos encontrados no guarda roupa.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Transposição e desvio de 3 obstáculos	Disposto 3 obstáculos, será solicitado que caminhe passando por cima dos obstáculos, em seguida, retorne no início realizando o mesmo movimento de transposição.	3 calçados como obstáculos.	Contagem regressiva começando em 20.	Ande até o outro lado e volte aqui no início passando por cima dos obstáculos.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Transposição e desvio de 5 obstáculos	Disposto 5 obstáculos, será solicitado que caminhe passando por cima dos obstáculos, em seguida, retorne no início realizando o mesmo movimento de transposição.	3 calçados como obstáculos.	Citar 7 cores.	Ande até o outro lado e volte aqui no início passando por cima dos obstáculos.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.

Equilíbrio bipodal compés separados	Em pé com os pés separados (alinhados com o quadril), será solicitado que permaneça na posição durante 1 minuto.	-	Citar o nome de 5 países.	Mantenha nessa posição por 1 minuto sem cair.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Equilíbrio bipodal compés unidos	Em pé com os pés unidos, será solicitado que permaneça na posição durante 1 minuto.	-	Citar o nome de 5 cidades.	Mantenha nessa posição por 1 minuto sem cair.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Equilíbrio bipodal compés unidos e olhos fechados	Em pé com os pés unidos e os olhos fechados, será solicitado que permaneça na posição durante 1 minuto.	-	Citar o nome de 5 cidades.	Mantenha nessa posição por 1 minuto sem cair e sem abrir os olhos.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Equilíbrio em semi tandem	Em pé com os pés em semi tandem (um mais na frente e outro mais atrás) será solicitado que permaneça na posição durante 1 minuto.	-	Citar as cores da bandeira do Brasil.	Mantenha nessa posição por 1 minuto sem cair.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
Equilíbrio em tandem com olhos abertos	Em pé com os pés em tandem (um na frente e outro logo atrás) e com os olhos abertos, será solicitado que permaneça na posição durante 1 minuto.	-	Citar 5 nomes de pessoas com a letra A.	Mantenha nessa posição por 1 minuto sem cair.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
- Equilíbrio em tandem 1min com olhos abertos + movimento de MS	Em pé com os pés em tandem (um na frente e outro logo atrás) e com os olhos abertos, será solicitado que permaneça na posição durante 1 minuto enquanto realiza abdução e adução de ombros.	-	Citar 5 nomes de animais encontrados no sitio.	Mantenha nessa posição por 1 minuto, sem cair, enquanto levanta e abaixa os braços.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.

Alcance anterior e lateral	Em pé e com uma garrafa em cada mão, será realizado flexão e extensão de MS e abdução e adução de MS, simulando levar a garrafa para o cuidador que estará a frente e, em seguida, ao lado.	garrafas de 0,5kg, 1kg, 1.5kg e 2kg de acordo com a semana de realização, conforme tabela 1.	Citar 5 ingredientes usados no café da manhã.	Alcance essa garrafa e entregue para seu cuidador a sua frente e depois para o lado.	O cuidador deve se posicionar ao lado do indivíduo.
-----------------------------------	---	--	---	--	---

Legenda: cm = centímetro; kg = quilogramas; MS = membro superior.

ATIVIDADES SENSORIAIS

Atividade	Descrição da atividade	Material para tarefa	Estímulo cognitivo concomitante	Comando verbal	Cuidados
Propriocepção I	Em pé com extensão de um MS e apertando uma bola sobre a parede, realizar movimentos em círculos com a bola, porém sem deixá-la cair. Em seguida, realizar o mesmo com o braço oposto.	Bola ou almofada e cadeira.	Citar o nome de 5 plantas de jardim.	Aperte a bola/almofada contra a parede e faça círculos em sentido horário.	O cuidador deve permanecer ao lado do indivíduo.
Propriocepção II	Disposto um formato de uma cruz com a fita crepe colado no chão. Em pé no ponto de cruzamento da fita, o indivíduo deve pisar nas pontas da cruz de acordo com o cuidador solicitar.	Fita crepe.	Citar 5 ingredientes que vão na feijoada.	O(a) sr/sra irá ouvir o seu cuidador dar os comandos e irá pisar onde ele disser (Frente, trás, direita ou esquerda).	O cuidador deve permanecer ao lado do indivíduo e dar os comandos sobre a direção que o indivíduo deve ir.
Propriocepção III	1 - Sentado sobre uma cadeira firme e disposto uma bola abaixo do pé, será realizado movimentos em todos os sentidos pressionando a bola. 2 - Sentado sobre uma cadeira firme, será disposta uma toalha ou papel toalha abaixo dos pés e solicitado que faça movimento de pinça e leve a toalha para o lado (5cm de distância).	Cadeira, garrafa, toalha e papel toalha.	Citar 5 ingredientes de ervas para fazer chás.	1 - Pressiona a garrafa e deslize para todos os lados (frente, trás, direita e esquerda). 2 - Com toalha ou papel toalha de baixo dos pés, faça movimento de pinça com os dedos dos pés e transfira a toalha/papel toalha para o lado (5cm de distância).	

Mobilidade do tornozelo na posição sentada	Sentado sobre uma cadeira firme, o indivíduo deve posicionar o pé em plantiflexão cujo apenas os dedos do pé estão em contato com o chão e realizar a rotação do tornozelo em sentido horário e depois anti-horário. Em seguida, realizar o mesmo com o pé oposto.	Cadeira.	Citar 5 ingredientes para cozinhar.	Na ponta do pé, faça movimento em círculo com o tornozelo, sem tirar o pé do chão.	O cuidador deve permanecer ao lado do indivíduo.
---	--	----------	-------------------------------------	--	--

Legenda: MS = membro superior; sr = senhor; sra = senhora; cm = centímetro; kg = quilogramas.

FLEXIBILIDADE

Atividade	Descrição da atividade	Material para a tarefa	Número de repetição e tempo	Estímulo cognitivo concomitante	Cuidados
Alongamento de quadríceps	Em pé com uma mão apoiada numa superfície sólida, realizar flexão de um joelho e a mão homolateral irá segurar no pé homolateral.	Edredom.	1x30segundos.	Citar o nome de 5 objetos encontrados na cozinha.	O cuidador deve manter-se próximo e auxiliar o idoso nesta atividade.
Alongamento de isquiotibiais	Sentado com os MMII em extensão, realizar flexão do tronco e dos ombros e MMSS em extensão, em direção aos pés.	Edredom.	1x30segundos.	Citar o nome de 7 materiais escolares.	O cuidador deve manter-se próximo e auxiliar o idoso nesta atividade.
Alongamento de abdutor de quadril	Sentado com o MI direito em extensão e o MI contralateral cruzado sobre o MI em extensão, o MS direito fletido e abraçando a perna cruzada, realizar rotação do tronco para o lado esquerdo. Em seguida, realizar o mesmo exercício com o membro contrário.	Edredom.	1x30segundos.	Citar 7 cores do arco-íris.	O cuidador deve manter-se próximo e auxiliar o idoso nesta atividade.

Alongamento de adutor de quadril	Sentado com os MMII em abdução, realizar flexão do tronco e dos ombros e MMSS em extensão, em direção aos pés.	Edredom.	1x30segundos.	Citar o nome de 5 aves.	O cuidador deve manter-se próximo e auxiliar o idoso nesta atividade.
Alongamento de bícepsbraquial	Em pé ou sentado, com um MS em extensão, a mão do MS contralateral irá forçar a extensão do MS.	Edredom.	1x30segundos.	Citar o nome de 5 ingredientes que vão na sopa.	O cuidador deve manter-se próximo e auxiliar o idoso nesta atividade.
Alongamento de trícepsbraquial	Em pé ou sentado com flexão do MS atrás da cabeça, encostando a mão na região escapular, o MS contrário auxilia o movimento segurando a região do cotovelo.	Edredom.	1x30segundos.	Citar o nome de 7 peças de roupa.	O cuidador deve manter-se próximo e auxiliar o idoso nesta atividade.
Alongamento de deltóide	Em pé ou sentado com adução horizontal de um ombro, o MS contralateral realiza flexão e auxilia o movimento segurando a região do cotovelo.	Edredom.	1x30segundos.	Citar o nome de 5 animais domésticos.	O cuidador deve manter-se próximo e auxiliar o idoso nesta atividade.

Legenda: MMII = membros inferiores; MMSS = membros superiores; MI = membro inferior; MS = membro superior.

ANEXOS

**ANEXO A – Aprovação pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da
Universidade Federal de São Carlos/SP (CAAE: 34696620.0.0000.5504)**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: TELERREABILITAÇÃO COMO ALTERNATIVA À PANDEMIA COVID-19 E SEUS EFEITOS NA CAPACIDADE FUNCIONAL, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO E CONTROLADO

Pesquisador: Larissa Pires de Andrade

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 34696620.0.0000.5504

Instituição Proponente: Departamento de Fisioterapia

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.382.900

Apresentação do Projeto:

"Tramitação prioritária por solicitação da Conep - SARS-CoV-2/Covid-19".

Objetivo da Pesquisa:

.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.382.900

Considerações Finais a critério do CEP:

"Tramitação prioritária por solicitação da Conep - SARS-CoV-2/Covid-19".

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1658078_E1.pdf	03/11/2020 11:25:57		Aceito
Outros	Justificativa_Emenda.pdf	03/11/2020 11:24:58	Larissa Pires de Andrade	Aceito
Outros	APENDICE5.pdf	03/11/2020 11:14:39	Larissa Pires de Andrade	Aceito
Outros	APENDICE6_BARREIRAS.pdf	03/11/2020 11:11:01	Larissa Pires de Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	emenda_CEP_Projeto_Regular.pdf	03/11/2020 11:04:49	Larissa Pires de Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/11/2020 11:02:08	Larissa Pires de Andrade	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP_28_08.pdf	28/08/2020 07:56:52	Larissa Pires de Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_21_FINAL.pdf	21/08/2020 17:46:12	Larissa Pires de Andrade	Aceito
Outros	Declaracao.docx	28/07/2020 10:56:01	Larissa Pires de Andrade	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_AJUSTADO.pdf	28/07/2020 10:54:33	Larissa Pires de Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_28.pdf	28/07/2020 10:53:15	Larissa Pires de Andrade	Aceito
Outros	ANEXOS.pdf	28/07/2020 10:46:55	Larissa Pires de Andrade	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	03/07/2020 08:39:10	Larissa Pires de Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9685

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.382.900

Sim

SAO CARLOS, 05 de Novembro de 2020

Assinado por:
ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA
UF: SP **Município:** SAO CARLOS **CEP:** 13.565-905
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br

ANEXO B – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL
(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()

(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)


EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

SCORE: (____/30)



Fonte: FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P.R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of psychiatric research**, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

ANEXO C – Inventário Neuropsiquiátrico (INP)

Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA)

Item	NA	Aus	Freq (F)	Int (I)	F X I	Desgaste
Delírios	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Alucinações	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Agitação	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Depressão/Disforia	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Ansiedade	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Euforia/Elação	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Apatia/Indiferença	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Desinibição	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Irritabilidade/Labilidade	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Comp. motor aberrante	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5
Comportamentos noturnos	X	0	1 2 3 4	1 2 3		1 2 3 4 5

(CUMMINGS et al., 1994)

Fonte: CUMMINGS, J. L. et al., The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. **Neurology**, v. 44, n. 12, p. 2308-2308, 1994.

ANEXO D – WHODAS

Avaliação Mundial de Deficiência em Saúde (WHODAS 2.0)



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Versão com 12 itens, administrada ao proxy

Este questionário pergunta sobre dificuldades decorrentes de condições de saúde vivenciadas pela pessoa por quem você está respondendo em sua posição como amigo, parente ou cuidador. Condições de saúde incluem doenças ou enfermidades, outros problemas de saúde de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais, e problemas com álcool ou drogas.

Pense nos últimos 30 dias e, com o conhecimento que você tem, responda essas questões pensando em quanta dificuldade seu amigo, parente ou pessoa que é cuidada por você teve enquanto fazia as seguintes atividades. (Nota: o questionário usa o termo "parente" com significado de "amigo", "parente" ou "pessoa que é cuidada"). Para cada questão, por favor, marque somente uma resposta.

H4*	Eu sou o(a) _____ (escolha uma) dessa pessoa.	1 =	Marido ou esposa	5 =	Outro parente
		2 =	Pai ou mãe	6 =	Amigo(a)
		3 =	Filho ou filha	7 =	Cuidador(a) profissional
		4 =	Irmão ou irmã	8 =	Outro (especifique) _____

* Questões H1-H3 aparecerão no final do questionário.

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade o seu parente teve em:						
S1	Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S2	Cuidar das responsabilidades domésticas dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S3	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S4	Quanta dificuldade seu parente teve ao participar em atividades comunitárias (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S5	Quanto seu parente tem sido emocionalmente afetado(a) pela condição de saúde dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Por favor continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

12

Proxy

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade o seu parente teve em:						
S6	Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S7	Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro.	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S8	Lavar o corpo inteiro?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S9	Vestir-se?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S10	Lidar com pessoas que ele(a) não conhece?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S11	Manter uma amizade?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
S12	No dia-a-dia de trabalho dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, por quantos dias essas dificuldades estiveram presentes?	Anote o número de dias _____
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias seu parente esteve completamente incapaz de executar as atividades usuais ou de trabalho dele(a) por causa de qualquer condição de saúde?	Anote o número de dias _____
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que seu parente esteve totalmente incapaz, por quantos dias seu parente diminuiu ou reduziu as atividades usuais ou de trabalho dele(a) por causa de alguma condição de saúde?	Anote o número de dias _____

Isto completa o questionário. Obrigado.

**ANEXO E – Escala de Qualidade de vida para pacientes com Doença de Alzheimer
– Versão do cuidador**

Versão do cuidador							
Número do entrevistado		Número da avaliação		Data da entrevista			
<p>Instruções: Por favor, avalie o quanto cada item é importante para sua qualidade de vida como um todo e em seguida avalie sua atual situação, como você a vê. Indique suas escolhas colocando um X no quadrado apropriado. No último item, por favor, avalie sua qualidade de vida com um todo como você a vê.</p>							
Muito	Razoável	Nada		Ruim	Regular	Bom	Excelente
			1. Saúde Física				
			2. Disposição				
			3. Humor				
			4. Moradia				
			5. Memória				
			6. Família				
			7. Casamento				
			8. Amigos				
			9. Você em geral				
			10. Capacidade para fazer tarefas				
			11. Capacidade para fazer atividades de lazer				
			12. Dinheiro				
			13. Vida em geral				

Versão do familiar					
Número do entrevistado		Número da avaliação		Data da entrevista	
<p>As questões a seguir são sobre a qualidade de vida de seu parente. Quando você pensa sobre a qualidade de vida de seu parentes, existem diferentes aspectos, alguns dos quais são listados abaixo. Por favor, pense sobre cada item e avalie a qualidade de vida de seu parente em cada área usando uma das quatro palavras: Ruim, Regular, Bom ou Excelente. Por favor, avalie estes itens baseado na vida de seu parente no presente momento (ex. durante as duas últimas semanas). Se você tiver dúvidas sobre qualquer item, por favor, peça ajuda a pessoa que lhe deu o formulário. Faça um círculo ao redor da resposta.</p>					
1. Saúde Física		Ruim	Regular	Bom	Excelente
2. Disposição		Ruim	Regular	Bom	Excelente
3. Humor		Ruim	Regular	Bom	Excelente
4. Moradia		Ruim	Regular	Bom	Excelente
5. Memória		Ruim	Regular	Bom	Excelente
6. Família		Ruim	Regular	Bom	Excelente
7. Casamento		Ruim	Regular	Bom	Excelente
8. Amigos		Ruim	Regular	Bom	Excelente
9. Você em geral		Ruim	Regular	Bom	Excelente
10. Capacidade para fazer tarefas		Ruim	Regular	Bom	Excelente
11. Capacidade para fazer atividades de lazer		Ruim	Regular	Bom	Excelente
12. Dinheiro		Ruim	Regular	Bom	Excelente
13. Vida em geral		Ruim	Regular	Bom	Excelente

Fonte: NOVELLI, M.M.P.C.; CARAMELLI, P. Validação da escala de qualidade de vida (QdV-DA) para pacientes com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores familiares. [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina/USP; 2006.

ANEXO F – Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit

Inquérito ao familiar cuidador segundo a escala de Zarit

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga do familiar cuidador.

Leia atentamente cada uma das questões e indique de que modo reflecte a sua experiência enquanto prestador de cuidados colocando um círculo (0) no espaço que melhor corresponder á sua opinião.

Não existem respostas certas ou erradas.

Faça um círculo na resposta que mais se aproxima daquilo que sente relativamente ao seu familiar.

	Nunca	Raramente	Às vezes	Muito Frequentemente	Quase sempre
1. Sente que o seu familiar lhe pede mais ajuda do que aquela que precisa?	0	1	2	3	4
2. Sente que devido ao tempo que passa com o seu familiar não dispõe de tempo suficiente para si próprio/a?	0	1	2	3	4
3. Sente-se enervado quando tenta conciliar os cuidados ao seu familiar com outras tarefas relacionadas com a sua família ou com a sua profissão?	0	1	2	3	4
4. Sente-se incomodado/a pelo modo como o seu familiar se comporta?	0	1	2	3	4
5. Sente-se irritado quando está com o seu familiar?	0	1	2	3	4
6. Sente que o seu familiar afecta as suas relações com outros membros da família ou com amigos, de forma negativa?	0	1	2	3	4
7. Tem receio sobre o que pode acontecer ao seu familiar no futuro?	0	1	2	3	4
8. Sente que o seu familiar está dependente de si?	0	1	2	3	4
9. Sente-se constrangido quando está ao pé do seu familiar?	0	1	2	3	4

10. Sente que a sua saúde está a sofrer por causa do seu envolvimento com o seu familiar?	0	1	2	3	4
11. Sente que não dispõe de tanta privacidade como gostaria de ter por causa do seu familiar?	0	1	2	3	4
12. Sente que a sua vida social foi afectada pelo facto de estar a cuidar do seu familiar?	0	1	2	3	4
13. Sente-se pouco à vontade para convidar os seus amigos a virem a sua causa por causa do seu familiar?	0	1	2	3	4
14. Sente que o seu familiar parece esperar que cuide dele/a como se fosse a única pessoa de quem ele pode depender?	0	1	2	3	4
15. Sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar enquanto suporta ao mesmo tempo as suas restantes despesas?	0	1	2	3	4
16. Sente que não pode continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	0	1	2	3	4
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	0	1	2	3	4
18. Gostaria de poder transferir o trabalho que tem com o seu familiar para outra pessoa?	0	1	2	3	4
19. Sente-se inseguro sobre o que fazer quanto ao seu familiar?	0	1	2	3	4
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	0	1	2	3	4
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?	0	1	2	3	4
22. Finalmente, sente-se muito sobrecarregado por cuidar do seu familiar?	0	1	2	3	4

Fonte: SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de psiquiatria**, v.24, n.1, p. 12-17, 2002.

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