

# CORRELAÇÃO ENTRE O IMPACTO DE CUIDAR E CAPACIDADE FUNCIONAL DE PACIENTES COM DOENÇA DE ALZHEIMER

## Ana Paula Serra de Araújo

---

Fisioterapeuta graduada na Universidade Paranaense – UNIPAR; Pós-graduada em Terapia Manual e Postural pelo Centro Universitário de Maringá – CESUMAR; Pós-graduada em Acupuntura pelo Instituto Brasileiro de Terapias e Ensino – IBRATE e Faculdade Estadual de Educação Física e Fisioterapia de Jacarezinho Paraná - FAEF/IJA. E-mail: anaps\_araujo@hotmail.com; anasaraujo@hotmail.com

## Raissa Carla Paulino Silva e Moreira

---

Fisioterapeuta graduada na Universidade Paranaense – UNIPAR; Pós-graduada em Gerontologia pelo Centro Universitário Positivo - UNICEMP. E-mail: raissa\_fisiodomiciliar@yahoo.com.br

## Renata Lu Slabcoushi

---

Fisioterapeuta graduada na Universidade Paranaense – UNIPAR; Pós-graduada em Gerontologia pelo Centro Universitário Positivo - UNICEMP. E-mail: renataslab@yahoo.com.br

**RESUMO:** O presente estudo teve por objetivo avaliar o impacto que o déficit da capacidade funcional de pacientes com doença de Alzheimer (DA) pode causar em seus cuidadores, mediante a utilização de um questionário de entrevista elaborado pelas autoras do estudo e composto pelos questionários do multidimensional estado funcional (BOMFAQ) e Zarit. Os resultados obtidos foram analisados e classificados conforme a sua frequência em porcentagem. Após análise dos resultados constatou-se que o nível de sobrecarga e estresse enfrentado pelos 21 (100%) cuidadores participantes do estudo é relativamente baixo e que as maiores dificuldades enfrentadas por estes cuidadores durante a prestação do serviço de cuidador de a um paciente com DA, são o fato não receberem auxílio por parte de familiares dos pacientes com DA ao qual prestam o serviço de cuidador e na hora de darem banho nos pacientes. Concluiu-se com o presente estudo que embora o nível de sobrecarga enfrentado pelos cuidadores participantes do estudo seja relativamente baixo. O nível de estresse desses cuidadores é influenciado o tempo todo por todas as dificuldades enfrentadas pelos pacientes com DA ao qual prestam o serviço de cuidador, bem como pela relação cuidador – paciente, que com o passar do tempo tende a gerar sintomas de sentimentos de sobrecarga e ressentimento que causam um enorme impacto sobre as vidas dos cuidadores.

**PALAVRAS-CHAVE:** Doença de Alzheimer; Capacidade Funcional; Cuidador.

## CORRELATION BETWEEN CARE IMPACT AND FUNCTIONAL CAPACITY OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

**ABSTRACT:** The impact that low functional capacity of patients with Alzheimer's disease (AD) may cause to caregivers was evaluated. An interview questionnaire developed by the authors of the study and composed from the multidimensional functional state questionnaires and Zarit was employed. Results were analyzed and classified in percentages according to frequency. Burden and stress level experienced by 21 (100%) caregivers in the study is relatively low and most difficulties faced by these caregivers in the service of AD patients is the lack of assistance from the patients' family, especially during bath time. Although the caregivers' burden level is relatively low, their stress level is influenced by all the difficulties faced by AD patients to whom they provide care and by the caregiver-

patient relationship which, during a long period of time, generates feelings of overburden and resentment that cause a great impact on the caregivers' lives.

**KEYWORDS:** Alzheimer's Disease; Functional Capacity; Caregiver.

## INTRODUÇÃO

Estamos em pleno século XXI, em um dinâmico processo de modernização e evolução técnico-científica tanto na área industrial como na área de saúde (CARVALHO; CABRAL, 2008). Na área de saúde, as pesquisas não param. Novas doenças são descobertas a todo o momento e, paralelamente a elas, novos tratamentos (medicamentosos, cirúrgicos e alternativos), têm surgido com a finalidade de proporcionar melhor qualidade de vida e sobrevida aos pacientes (CARVALHO; CABRAL, 2008). Porém, com todo este desenvolvimento, gerou-se um aumento da sobrevida mundial e, conseqüentemente, um maior índice de idosos no planeta, o que, por sua vez, resultou em maior incidência das doenças crônico- degenerativas relacionadas ao envelhecimento, dentre as quais podemos destacar as demências (CHAVES; ALVES-SILVA, 2007).

Dentre os diferentes tipos de demências existentes, a Doença de Alzheimer (DA), ou Mal de Alzheimer, como é popularmente conhecida, é a demência senil que mais vem tendo destaque na área gerontológica (FREITAS et al., 2002; YUASO; SGUIZZATTO, 2002; CHAVES; ALVES-SILVA, 2007). Inicialmente foi identificada no ano de 1904 por um neuropatologista alemão de nome Alois Alzheimer, o qual a caracterizou como sendo uma afecção neurodegenerativa progressiva e irreversível de aparecimento insidioso, que acarreta em perda da memória e distúrbios cognitivos, cuja sua incidência tende a aumentar após os 60 anos de idade (SMITH, 1999; CALDEIRA; RIBEIRO, 2004; MOURA; MOURA, 2006; SILVA, 2007; CARNEIRO; PAIVA, 2005; CARVALHO; CABRAL, 2008; MOURA, 2008).

Na atualidade a DA vem sendo considerada como a demência senil de maior prevalência na população idosa (FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE; 2008), a qual compromete pelo menos três das seguintes atividades mentais: linguagem, memória, capacidade visoespacial, personalidade, cognição (abstração, cálculo), julgamento e solução de problemas (BLAY; RAMOS; MARI, 1988; DUARTE; DIOGO, 2000; ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005; CHAVES; ALVES-SILVA,

2007; CARVALHO; CABRAL, 2008).

Hoje já se sabe que a DA é ocasionada por um processo de degeneração neural de caráter progressivo, com duração média de 8,5 anos, entre o início do desenvolvimento dos primeiros sintomas clínicos da doença (perda memória) até a morte do indivíduo acometido (CALIMAN; OLIVEIRA, 2005; CHONG et al., 1999; DUARTE; DIOGO, 2000; CHAVES; ALVES-SILVA, 2007; ELY; GRAVE, 2008; FALCÃO; BUCHER-MALUSCHKE, 2008).

Dividida em três fases evolutivas para melhor caracterizar a sua evolução patológica, temos que na fase I ou inicial da DA ocorre o surgimento dos primeiros sintomas de déficit de memória recente, vagos e difusos, que podem perdurar por cerca de 2 ou 3 anos. Já a fase II ou intermediária, além dos sintomas da fase I, tem-se também a presença de déficits cognitivos (orientação, linguagem, memória, raciocínio e julgamento) que prejudicam significativamente as atividades instrumentais e operativas com indivíduo com DA. E por fim, na fase III ou final, além dos sintomas já apresentados nas demais fases, o indivíduo com DA passa a apresentar deterioração da capacidade intelectual, de iniciativa e funcional, chegando à imobilização no leito e conseqüentemente ao óbito (FREITAS et al., 2002; YUASO; SGUIZZATTO, 2002; CALDEIRA; RIBEIRO, 2004; CALIMAN; OLIVEIRA, 2005; CARNEIRO; PAIVA, 2005; ELY; GRAVE, 2008).

Devido ao seu quadro evolutivo, conforme vimos, não ser marcado exclusivamente pela deterioração gradual da função intelectual, mas também pelo declínio da capacidade de realizar atividades de vida diária (AVDs), o mesmo faz com que a DA seja uma doença que gera dependência de terceiros (cuidadores formais e/ou informais) principalmente nas fases mais tardas da sua evolução. Ou seja, todos os déficits neurológicos ocasionados pela doença contribuem para a perda hierárquica de todas as habilidades para realizar tarefas básicas da vida diária tais como: lidar com as finanças, dificuldade em vestir-se, alimentar-se e banhar-se (CARVALHO; CABRAL, 2008). E se associam com as alterações comportamentais dos doentes como: agitação, agressividade, questionamentos repetidos, reações catastróficas, distúrbios do sono, ideas delirantes, alucinações, alterações da postura, da marcha, aumento do tônus muscular e outros sintomas de parkinsonismos. Alterações estas que tendem a se agravar com a evolução da doença e ocasionar em um elevado índice de estresse no grupo familiar no qual o idoso com DA está inserido e também em seus cuidadores (BRAYNE et al., 1995; CARNEIRO; PAIVA, 2005).

Neste contexto, o presente estudo teve por objetivo avaliar o impacto que o déficit da capacidade funcional de pacientes com DA pode gerar em seus cuidadores.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado após aprovação do comitê de ética em pesquisa do centro universitário Positivo - UNICENP, protocolo: 114/2008.

Participaram do estudo 21 (100%) cuidadores formais e informais de indivíduos portadores de DA clinicamente diagnosticados, há mais de 6 meses, por um médico especialista de uma clínica neurogeriátrica da cidade de Curitiba, Paraná, Brasil, e que eram atendidos pelo sistema fisioterapia home care (em português "atendimento domiciliar") pelas pesquisadoras na cidade de Curitiba - PR.

Como critério de inclusão no estudo, optou-se pela seleção de cuidadores de pacientes com DA que atendessem às seguintes características: cuidadores de pacientes com DA diagnosticados previamente; indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos que atuassem como cuidadores de um mesmo paciente há pelo menos 6 meses com jornada semanal mínima de 5 diárias e carga horária de trabalho de 8 horas/dia; indivíduos que manifestassem o seu aceite em participar do estudo através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa; e, por fim, que respondessem todas as questões abordadas pelo instrumento de coleta de dados da pesquisa. Sendo excluídos, portanto, do estudo todos os cuidadores formais ou informais de pacientes com DA que não atendessem aos critérios supracitados.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um questionário de entrevista elaborado pelas próprias autoras do estudo composto por:

1) Identificação pessoal/profissional: nome (iniciais), idade, sexo, escolaridade, estado civil, grau de parentesco com o paciente, local de residência (no mesmo ambiente que o paciente ou não), tempo de prestação do serviço de cuidador e etc..

2) Questionário multidimensional do estado funcional (BOMFAQ): o qual avalia as dificuldades referidas pelo cuidador, na realização de 8 AVDs e 7 atividades instrumentais de vida diária. Neste questionário as atividades são apresentadas de forma hierárquica, partindo das atividades mais simples para atividades mais complexas. Além disso, tal questionário

conta com perguntas que devem ser respondidas pelo cuidador sobre a capacidade que o paciente de quem ele cuida tem para realizar 15 AVDs; e, posteriormente, se a resposta for positiva para a dificuldade, o mesmo deve responder qual o grau desta dificuldade (pouca ou muita). A resposta deverá ser em relação à capacidade atual referida e não se habitualmente realiza determinada atividade. Este questionário tem, portanto, o objetivo de saber se o indivíduo tem capacidade motora para a realização das atividades ou não (LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006).

3) Escala Zarit Burden Interview (ZBI): instrumento composto por 22 itens ou questões referentes a relação cuidador-paciente, as quais objetivam avaliar as condições de saúde, bem-estar psicológico, finanças e vida social. A escala de respostas varia de 0 a 4, de acordo com a presença ou a intensidade de uma resposta afirmativa (0= nunca, 1 raramente, 2= algumas vezes, 3= frequentemente e 4= sempre). A exceção é o último item da escala, pelo qual o entrevistado é questionado se está se sentindo sobrecarregado no papel do cuidador, sendo as possíveis respostas: 0= nem um pouco, 1= um pouco, 2= moderadamente, 3 = muito, 4= extremamente. Todos os itens devem ser pontuados. O escore total da escala é obtido adicionando a todos os itens da escala um valor que devem variar de 0 a 88, onde quanto maior o escore maior a sobrecarga (LEMOS; GAZZOLA; RAMOS, 2006; AMENDOLA; CAMPOS-OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Após cada cuidador responder ao questionário, os dados obtidos foram selecionados e analisados e mensurados através da sua frequência em percentagem (%) e posteriormente classificados e tabulados de forma descritiva, utilizando-se uma planilha do programa Microsoft Office Excel 2003.

## 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no estudo demonstraram predomínio de cuidadores do sexo feminino (76,19%), casados (52,38%), com faixa etária entre 50-55 anos (42,85%), com grau de escolaridade de ensino médio completo (42,85%); prevalência de cuidadores informais dos quais, 9 (42,85%) eram filhas do paciente com DA, 3 (14,28%) esposo, 1(4,76%) esposa, 1 (4,76%) nora, 1(4,76%) neta e 1 (4,76%) genro. Resultados estes condizentes com os obtidos por diversos estudos que também tiveram como foco de pesquisa os cuidadores de pacientes com DA como é o caso dos estudos realizados por Cavaleiro e Teixeira (1999), Caldeira e Ribeiro (2004), Lemos,

Gazzola e Ramos (2006) e Falcão e Bucher-Maluschke (2008).

No estudo de Cavaleiro e Teixeira (1999) assim como Caldeira e Ribeiro (2004), Lemos Gazzola e Ramos (2006) e Falcão e Bucher-Maluschke (2008), ao analisarem o perfil dos cuidadores de paciente com DA, assim como em nosso estudo também, observaram prevalência de cuidadores do sexo feminino, casados, na faixa etária acima dos 50 anos.

No quesito grau de escolaridade dos cuidadores, Cavaleiro e Teixeira (1999) e Falcão e Bucher-Maluschke (2008), ao analisarem este dado como no presente estudo, também observaram uma maior prevalência de cuidadores com grau de escolaridade de segundo grau completo. Ao passo que Caldeira e Ribeiro (2004) observaram a prevalência de cuidadores com ensino fundamental completo.

A maior prevalência de cuidadores informais em nossa pesquisa, dentre as quais se destacaram as filhas dos pacientes com DA, também foi observada no estudo de Falcão e Bucher-Maluschke (2008). Pelo que, os respectivos autores, ao investigarem o porquê das filhas serem os cuidadores de maior prevalência em seu estudo, acabaram verificando que a maioria das filhas que atuavam como cuidadoras apontavam mais de um motivo para cuidar de seus genitores com DA. E dentre estes principais motivos temos: sentimento de obrigação filial, gratidão, condições socioeconômicas e profissionais, o fato de que sempre exerceram o papel de cuidadoras na família, missão divina, amor, falta de opção, por ser mulher, oportunidade de rever os erros do passado do passado, características de personalidade, o fato de nunca ter saído de casa e posição que ocupava entre os demais irmãos, ou seja, ser a filha mais velha.

Além disso, conforme Falcão e Bucher-Maluschke (2008), no âmbito familiar a construção do papel de cuidador de um idoso com demência desenvolve-se à medida que a enfermidade evolui e os membros do sistema vivenciam a implementação dos cuidados. Nesse cenário, a posição de cuidador geralmente obedece a fatores hierárquicos tais como: parentesco (com frequência maior para os cônjuges e filhas); gênero (destacando-se o feminino); proximidade afetiva e física (considerando quem vive com o paciente); condições financeiras; personalidade dos envolvidos; disponibilidade de tempo ou preparo para lidar com a situação; e expectativa da família. O que poderia explicar os resultados observados em nosso estudo referente ao perfil dos cuidadores pesquisados.

Ao questionarmos os 21 cuidadores participantes do presente estudo sobre o motivo de estarem exercendo a função

de cuidador de paciente com DA, verificamos, conforme as respostas de cada um no questionário, que, 13 (61,90%) afirmaram que cuidam do paciente com DA por necessidade, pois não tem condições de contratar um cuidador formal, 4 (19,04%) cuidam por que gostam e 4 (19,04%) cuidam por que gostam e por que necessitam. Destes últimos 2 (22,22%) relataram os seguintes fatos:

O cuidador de nº 11 relatou: “No início eu cuidava por que gostava, mas agora com toda a sobre carga cuido por necessidade”. Já o cuidador de nº 15 referiu: “Cuido por necessidade, pois não tenho nenhuma qualificação para isto”.

Tais resultados e relatos acima expostos vão de encontro com os dizeres de Andersson, Yardley e Luxon (1998), que referem que no Brasil a grande maioria da população de cuidadores é formada por cuidadores informais que não possuem orientações nem suporte de assistência à doença e ao cuidado. O que, por sua vez, faz com que estes cuidadores acabem se tornando mais cedo ou mais tarde pacientes do sistema, devido a sobrecarga emocional ao qual são submetidos diariamente ao exercerem a atividade de cuidador (ANDERSSON; YARDLEY; LUXON, 1998). Coincide tal relato com os dizeres de Silva (2007), que afirma que em geral as pessoas que prestam o serviço de cuidador, principalmente os informais, são pessoas pouco preparadas para a responsabilidade e para a sobrecarga, que é cuidar de um portador de DA.

Quando se questionou os cuidadores participantes do estudo sobre o seu local de residência e sobre o tempo em que vinham prestando o serviço de cuidador ao paciente com DA, verificou-se que 16 (76,19%) dos cuidadores participantes do estudo referiram residir no mesmo domicílio em que o paciente com DA ao qual presta o serviço de cuidador, a +/- 1,8 anos. O tempo mínimo referido é o de 8 meses e máximo de 4 anos. Tais resultados são condizentes com os dizeres Berg e colaboradores (1992), Lemos, Gazzola e Ramos (2006) e Silva (2007), que relatam que, na maioria das vezes, os cuidadores de pacientes com DA residem nos mesmos domicílios que os dos doentes, pois em geral são membros da família (cuidadores formais) e que o tempo da prestação do serviço de cuidador variável.

Ao questionarmos se os cuidadores participantes do estudo recebiam algum tipo de auxílio pelos cuidados com os pacientes com DA aos quais prestam o serviço de cuidador, verificamos que 10 (47,61%) dos cuidadores relataram receber algum tipo de auxílio pelos cuidados prestados ao paciente

com DA que atendem. Na maioria dos casos este auxílio é prestado por algum familiar do doente e na maioria das vezes relacionado aos hábitos de higiene do mesmo (dar banho e fazer a limpeza da casa). Ao passo que os demais cuidadores entrevistados referiram não receber nenhum tipo de auxílio durante a prestação do serviço de cuidador do paciente com DA. Estes resultados são semelhantes aos observados por Lemos, Gazzola e Ramos (2006), que também observaram que, quando os cuidadores recebem algum tipo de auxílio durante o ato de cuidar do paciente com DA, este auxílio quando existente é realizado por algum membro da família do doente, normalmente está relacionado aos hábitos de higiene do paciente.

No que se refere especificamente ao ato de cuidar, os resultados obtidos no presente estudo demonstraram que para 8 (38,09%) cuidadores a maior dificuldade enfrentada durante a prestação do serviço de cuidador ocorre na hora de dar banho no paciente com DA, para 3 (14,28%) é a teimosia do paciente, para outros 3 (14,28%) está na hora de realizar as mudanças de decúbito e fazer o paciente andar, para 2 (9,52%) está na hora de alimentar o paciente, para 1 (4,76%) está na hora de medicá-lo e para 1 (4,76%) está no fato de não receber nenhum tipo de auxílio ao cuidar do paciente com DA, o que faz com esses cuidadores se sintam sobrecarregados. Ao contrário, 3 (14,28%) cuidadores relataram não enfrentar nenhuma dificuldade em cuidar do paciente com DA ao qual prestam o serviço de cuidador.

Tais resultados vão de encontro aos relatos de Berg e

**Tabela 1** Grau de dificuldade e de necessidade de ajuda do doente de Alzheimer conforme o cuidador de acordo com o questionário multidimensional do estado funcional.

ATIVIDADES*	GRAU DE DIFICULDADE		
	Pouca	Muita	Sem Dificuldade
1. Deitar e levantar da cama	8	8	4
2. Comer	11	5	4
3. Cuidar da aparência	6	9	5
4. Andar no plano	6	11	4
5. Tomar banho	5	13	3
6. Vestir-se	8	10	3
7. Ir ao banheiro em tempo	7	9	4
8. Subir um lance de escadas	4	11	4
9. Mediar-se na hora	5	13	3
10. Andar perto de casa	8	11	2
11. Fazer compras	4	14	2
12. Preparar refeições	7	9	3
13. Cortar as unhas do pé	3	13	4
14. Sair de condução	2	13	5
15. Fazer limpeza na casa	3	14	4

Conforme Berg e colaboradores (1992) e Chong e colaboradores (1999) todas estas dificuldades enfrentadas pelos pacientes com DA, apresentadas na tabela 1, influenciam

colaboradores (1992) e aos relatos de Carneiro e Paiva (2005), que dizem que as maiores dificuldades enfrentadas pelos cuidadores de pacientes com DA estão relacionadas especificamente aos transtornos de comportamento e as dificuldades de realização de atividade rotineiras e instrumentais de vida diária que os pacientes com DA apresentam. Dificuldades estas que, segundo estes mesmos autores, representam um importante foco de impacto sobre o nível de estresse e de sobrecarga enfrentados por estes cuidadores.

Quando no presente estudo buscou-se avaliar o grau de dificuldade enfrentado pelo paciente com DA e o grau de necessidade de ajuda para a realização de atividades de autocuidado (levantar da cama, comer, pentear o cabelo, vestir-se, tomar banho e andar) de que os pacientes com DA necessitam, segundo o seu próprio cuidador através da utilização do questionário BOMFAQ, os resultados obtidos pelo presente estudo podem ser observados na tabela 1, onde é evidente que as maiores dificuldades enfrentadas pelos pacientes com DA, conforme os seus cuidadores, estão relacionadas ao ato de fazer compras e limpar a casa, já as menores dificuldades estão no ato de comer.

diretamente o grau de estresse dos seus cuidadores. Com o passar do tempo estas dificuldades associadas a outros fatores e problemas enfrentados pelos cuidadores em seu cotidiano

(problemas familiares, financeiros e etc.), acabam constituído eventos estressores significativos que ocasionam sentimentos de sobrecarga, ressentimento, exclusão e embaraço.

No que diz respeito ao impacto que o ato de cuidar causa nos cuidadores de pacientes com DA, avaliados no presente

estudo, através do uso da Escala Zarit. Os resultados obtidos são demonstrados na tabela 2, onde é possível observar o número de respostas que cada questão da Escala Zarit teve, seguida da pontuação total que cada cuidador obteve conforme o número do paciente.

**Tabela 2** Resultados referentes ao o impacto que o ato de cuidar causa nos cuidadores de DA, segundo a Escala Zarit

QUESTAO – ZARIT	Número de Respostas																				
	N	R	AV	F	S																
1. O (a) Sr(a) sente que o Sr(a) pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?	9	3	8	1	0																
2. O (a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o(a) Sr(a) gasta com o Sr(a) não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?	8	3	4	3	1																
3. Sente-se estressado(a) em cuidar do(a) Sr(a) e com as suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	5	6	4	2	2																
4. O (a) Sr(a) se sente envergonhado (a) com o comportamento do (a) Sr(a)?	12	6	3	0	0																
5. O (a) Sr(a) se sente irritado(a) quando o sujeito esta por perto?	16	5	3	0	0																
6. Sente que Sr(a) afeta negativamente seus relacionamentos com os outros membros da família ou amigos?	17	2	0	3	0																
7. O (a) Sr(a) sente receio pelo futuro de Sr(a)?	8	2	2	5	5																
8. O (a) Sr/(a) sente que depende do (a) Sr(a)?	6	1	4	5	6																
9. Sente-se tenso quando Sr(a) está por perto?	15	0	3	1	0																
10. Sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com o (a) Sr(a)?	13	4	3	0	1																
11. O (a) Sr(a) sente que o (a) Sr(a) não tem tanta privacidade como gostaria por causa de S?	14	3	3	0	1																
12. O (a) Sr(a) sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o (a) Sr(a) está cuidando do (a) Sr(a)?	9	10	0	1	1																
13. O (a) Sr(a) não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa do (a) Sr(a)?	16	2	2	1	0																
14. O (a) Sr(a) sente que o (a) Sr(a) espera que o (a) Sr(a) cuide dele(a), como se o Sr(a) fosse a única pessoa de quem ele (ela) pode depender?	8	4	6	2	2																
15. O (a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar do (da) Sr(a), somando-se as suas outras despesas?	14	4	1	0	0																
16. O (a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar do (a) Sr(a) por muito mais tempo?	15	1	4	0	0																
17. O (a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença do (a) Sr(a) ?	15	3	2	1	0																
18. O Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de Sr(a)?	12	7	2	0	1																
19. O (a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por S ?	16	3	1	0	0																
20. O (a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por S ?	16	3	1	1	0																
21. O (a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de S ?	12	6	3	1	0																
22. De uma maneira geral, quanto o S(a) se sente sobrecarregado (a) por cuidar de Sr(a) ?	7	4	4	2	1																
<b>ESCORE TOTAL DE PONTUAÇÃO DO QUESTIONARIO ZARIT CONFORME O PACIENTE</b>																					
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
T	43	11	6	10	11	27	26	33	28	26	21	4	19	9	21	8	5	6	28	9	19

Nº= Paciente; T= Valor total da pontuação no questionário Zarit por cuidador conforme o paciente; N= Nunca; R= Raramente; AV= Às vezes; F= Frequentemente; S= Sempre.

Ao analisarmos os dados expostos na tabela 2, é possível verificarmos que a maioria dos cuidadores participantes do estudo sentem que os pacientes com DA, ao qual prestam o serviço de cuidador sempre precisam deles; frequentemente

sentem receio pelo futuro do paciente; às vezes sentem que os pacientes pedem mais ajuda do que realmente necessitam. Além disso, a maioria dos cuidadores entrevistados acreditam que a sua vida social raramente é prejudicada pelo ato de cuidar

do paciente com DA e que, na maioria dos casos, não se sentem sobrecarregados e também não acreditam que os pacientes com DA aos quais prestam o serviço de cuidadores os afetem negativamente.

Ao analisarmos a média de pontuação da Escala Zarit, no estudo, observa-se que a média de pontuação entre os cuidadores participantes do estudo foi de 17,61 pontos, sendo a pontuação mínima obtida a de 4 pontos e a máxima de 43 pontos. Indicando assim que o nível de sobrecarga enfrentado por estes cuidadores é relativamente baixo. Fato este que pode estar relacionado ao tempo de prestação do serviço de cuidador que, no presente estudo, foi de +/- 1,8 anos, o que contribuiria também para o fato da maioria dos cuidadores entrevistados acreditarem que a sua vida social não é prejudicada pelo ato de cuidar e que os pacientes aos quais prestam o serviço de cuidador não os influenciam negativamente. Embora tenha ficado evidente que os cuidadores participantes do estudo já vêm apresentando sintomas de sobrecarga e estresse. Sintomas estes que, com a prorrogação do tempo de serviço de cuidador de um único paciente com DA, tende a aumentar o nível de sobrecarga e estresse nestes cuidadores.

Embora a literatura sobre o tema abordado neste estudo aponte que os cuidadores de pacientes com DA apresentam altos índices de estresse e que o ato de cuidar de um paciente com DA representa um enorme impacto negativo sobre a vida pessoal, profissional e social destes cuidadores, isso não foi observado em nosso estudo, já que estes níveis foram relativamente baixos.

Autores como Lemos, Gazzola e Ramos (2006) explicam que, na maioria dos casos, a tensão geral dos cuidadores (formais ou informais) possui uma associação direta com o número de tarefas realizadas pelos mesmos. Existe uma série de evidências científicas que comprovam que, quanto maior o número de atividades que eles desenvolvem, maior o esforço demandado e, consequentemente, maior o cansaço e estresse físico e mental. Além, é claro, da associação de outros fatores como: nível de escolaridade do cuidador e o grau de dependência física e funcional e de parentesco com o doente. Pois os cuidadores que apresentam maior nível de estresse e de impacto são aqueles cujos pacientes estão restritos ao leito e aqueles que são parentes do doente. Pois normalmente estes assumem não só a responsabilidade de cuidar do doente como também assumem a responsabilidade de lidar e realizar as demais tarefas domésticas. O que nos faz ressaltar que os cuidadores informais, ou seja, os parentes dos doentes não são os cuidadores ideais para estes, uma vez que já possuem

envolvimento afetivo com o paciente e com o lar do mesmo. O que, por sua vez, tende a não ocorrer com os cuidadores formais, que são pessoas preparadas e contratadas exclusivamente para prestar o serviço de cuidador.

#### 4 CONSIDERAÇÃO FINAIS

Conclui-se com o presente estudo que, embora o nível de sobrecarga enfrentado pelos cuidadores de pacientes com DA, participantes deste estudo, seja relativamente baixo, o nível de estresse desses é influenciado o tempo todo por todas as dificuldades enfrentadas pelos pacientes com DA aos quais prestam o serviço de cuidador, bem como pela relação cuidador-paciente, que, com o passar do tempo, tende a gerar sintomas de sentimentos de sobrecarga, ressentimento, exclusão, entre outros sintomas que causam um enorme impacto sobre as suas vidas.

#### REFERÊNCIAS

- ABREU, I. D. de; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. de. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 131-136, 2005.
- AMENDOLA, F.; CAMPOS-OLIVEIRA, M. A. de; ALVARENGA, M. R. M.. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-272, 2008.
- Andersson, G.; Yardley, L.; Luxon, L. A dual-task study of interference between mental activity and control of balance. **The American Journal of Otology**, Philadelphia v. 19, n. 5, p. 632-637, 1998.
- BERG, K. O. et al.. Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Chicago, v. 73, n. 11, p. 1073-1080, 1992.
- BLAY, S. L.; RAMOS, L. R.; MARI, J. J. Validity of brazilian version of older americans resources and services (OARS) mental health screening questionnaire. **Journal of the American Geriatrics Society**, Los Angeles, v. 36, n. 8, p. 687-692, 1988.
- BRAYNE, C. et al. Cognitive decline in an elderly population – a two wave study of change. **Psychological Medicine**,

Cambridge, v. 25, n. 4, p. 673-683, 1995.

CALDEIRA, A. P. S.; RIBEIRO, R. C. H. M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Arquivos de Ciência da Saúde**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 2-6, 2004.

CALIMAN, G. T.; OLIVEIRA, R. M. W. Novas Perspectivas no Tratamento da Doença de Alzheimer. **Iniciação Científica CESUMAR**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 141-162, 2005.

CARNEIRO, Alessara Machado; PAIVA, Thaís Cristine. **Intervenção terapêutica ocupacional junto ao idoso com Alzheimer**. 2005. 70fls. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional) - Centro Universitário Claretiano. Batatais, SP: Centro Universitário Claretiano, 2005.

CARVALHO, K. R. de; CABRAL, R. M. C.. Demétrio Antonio Gonçalves da S. Gomes; Adriano Bueno Tavares. O método Kabat no tratamento fisioterapêutico da doença de Alzheimer. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 181-195, 2008.

CAVALEIRO, A. M.; TEIXEIRA, J. A. C.. Satisfação dos cuidadores de doentes de Alzheimer em relação à qualidade dos cuidados de saúde hospitalares. **Análise Psicológica**, v. 17, n. 2, p. 369-373, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v17n2/v17n2a14.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2009.

CHAVES, L. L.; ALVES-SILVA, M.. Sistematização do atendimento de enfermagem a idoso portador da doença de Alzheimer em domicílio. **Revista Meio Ambiente e Saúde**, Manhauçu, v. 2, n. 1, p. 60-75, 2007.

CHONG, R. K. et al. Sensory organization for balance: specific deficits in Alzheimer's but not in Parkinson's disease. **Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, Baltimore, v. 54, n. 3, p. 122-128, 1999.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento Domiciliar: Um Enfoque Gerontológico**. São Paulo, SP: Athneu, 2000.

ELY, J. C.; GRAVE, M.. Estratégias de intervenção fisioterapêutica em indivíduo portador de doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 5, n. 2, p. 124-131, 2008.

FALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Filhas que cuidam de pais/mães com provável/possível Doença de Alzheimer. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 13, n. 3, p. 245-256, 2008.

FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2002.

LEMOS, N. D.; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, L. R.. Cuidando do Paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 170-179, 2006.

MOURA, M. Á. P.; MOURA, M. Á. P. **O cuidado prestado pela enfermagem aos portadores de Alzheimer**. Disponível em: <<http://www.novafapi.com.br/eventos/jic2006/trabalhos/ENFERMAGEM/Oral/24%20-%20O%20CUIDADO%20PRESTADO%20PELA%20ENFERMAGEM%20AOS%20PORTADORES%20DE%20ALZHEIMER.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2009.

MOURA, S. M.. **Contribuições de quatro instrumentos de triagem para o diagnóstico de déficits cognitivos no envelhecimento no Brasil: validade de critério e normas de desempenho**. 2008. 222fls. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: UFMG, 2008.

SILVA, M. B. M. da. **Gritos de silêncio: na voz dos familiares cuidadores de portadores da doença de Alzheimer**. 2007. 110fls. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG: UFMG, 2007.

SMITH, M. A. C.. Doença de Alzheimer. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 03-07, 1999.

YUASO, D. R.; SGUIZZATTO, G. T. Fisioterapia em pacientes idosos. In: PAPALETTO, M.. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo, SP: Atheneu, 2002.

Recebido em: 08 Maio 2010

Aceito em: 21 Setembro 2010