CENTRO UNIVERSITÁRIO - UNIFIP
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

ELAYNE BATISTA PEREIRA

REPERCUSSÃO DO ALZHEIMER NA FAMILIA DE PACIENTES ACOMETIDOS PELA DOENÇA

PATOS - PB
2021

ELAYNE BATISTA PEREIRA

REPERCUSSÃO DO ALZHEIMER NA FAMILIA DE PACIENTES ACOMETIDOS PELA DOENÇA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário UNIFIP de Patos, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Orientador:

Prof. Ma. Samara Campos de Assis

PATOS - PB
2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER

Biblioteca Central - UNIFIP

Pereira, Elayne Batista.
P436r Repercussão do Alzheimer na família de pacientes acometidos pela doença./ Elayne Batista Pereira . – Patos – PB: UNIFIP, 2021.
59p.

Orientador (a): Profa. Me. Samara Campos de Assis Artio (Bacharelado em Fisioterapia) – Centro Educacional de Ensino Superior de Patos - CEESP/ UNIFIP

1. Doença de alzheimer 2.Família 3.Repercussão I.Título II. CEESP /UNIFIP

UNIFIP/BC CDU: 615.8

Laureno Marques Sales – Bibliotecário especialista. CRB 15/121

ELAYNE BATISTA PEREIRA

REPERCUSSÃO DO ALZHEIMER NA FAMILIA DE PACIENTES ACOMETIDOS PELA DOENÇA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário UNIFIP de Patos, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Aprovado em: 09 / 12 / 2021

Samara Campos de Assis

PROF. MA. SAMARA CAMPOS DE ASSIS
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP
(ORIENTADOR (A))

PROF. MA. GIGLIELLI MODESTO RODRIGUES
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP
(1° MEMBRO)

PROF. ME. CÉLIO DINIZ MACHADO NETO
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP
(2° MEMBRO)

A Deus, meus pais, irmãos e a todos que até aqui me ajudaram.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades enfrentadas nesses anos. Agradecer pelas bênçãos recebidas durante a minha caminhada, sempre me protegendo e iluminando todos os dias da minha vida.

Aos meus pais, Epitacio e Aparecida, pelo incentivo e educação que sempre me deram principalmente minha mãe, que na maior parte dos anos sempre esperou todas as noites minha volta pra casa nas estradas perigosas. Aos meus irmãos que constantemente me apoiaram e ajudaram nessa batalha, não me deixando desanimar em nenhum momento. A minha cunhada que foi minha companhia de trajeto para a faculdade. A minha sobrinha por todo amor dado sempre. Amo vocês!

Aos meus avós, Maria e Leônidas (in memorian), que sempre intercederam por mim em suas orações.

A minha orientadora, Samara, por sua dedicação de sempre, estando sempre à disposição e colaborar na realização dessa pesquisa.

A esta universidade, seu corpo docente, preceptores e funcionários que oportunizaram uma janela de conhecimentos amplos, onde pude seguir de forma íntegra em busca dos meus objetivos na vida acadêmica, profissional e pessoal.

Meus agradecimentos aos amigos e irmãos na amizade que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza.

A todos que de maneira direta ou indireta fizeram parte de minha formação, o meu muito obrigado.

"Gratidão é um sentimento sério. Quem não é grato aos alicerces que o precedem não é digno do sucesso que o sucede" (Augusto Cury).

"Por isso não tema, pois estou com você; não tenha medo, pois sou o seu Deus. Eu o fortalecerei e o ajudarei; eu o segurarei com a minha mão direita vitoriosa."

Isaías 41:10

RESUMO

A Doença de Alzheimer é a forma de demência mais comum entre idosos e tem aumentado de forma gradual com o envelhecimento da população. Conhecer a Doença de Alzheimer, a demanda de cuidados produzidos pela doença e seu impacto na vida do cuidador familiar, dão uma noção da dimensão dos problemas enfrentados no cotidiano das famílias. Trata-se de estudo de caso de caráter descritivo com abordagem qualitativa onde mostrou o impacto que a Doença de Alzheimer causa na família. Voltada para avaliar a repercussão que o diagnóstico da Doença de Alzheimer causa na família do paciente acometido, o estudo foi constituído por um voluntário com diagnóstico clínico de Doença de Alzheimer da cidade de Patos-PB e, respectivamente, pelos seus cuidadores. Utilizando como ferramenta para coleta de dados um questionário de atividades funcionais contendo perguntas sobre a repercussão do diagnóstico da doença e a sua convivência até os dias de hoje. Procurou-se mostrar a importância do estudo a respeito do tema. O resultado da pesquisa mostrou que a maior dificuldade encontrada pela cuidadora foi ter que dedicar seu tempo quase que integralmente, faltando tempo para realizar outras atividades pessoais, levando a uma sobrecarga, acarretando assim a doenças físicas e psicológicas devido a toda responsabilidade enfrentada.

Palavras chave: Doença de Alzheimer; Família; Repercussão.

ABSTRACT

Alzheimer's Disease is the most common form of dementia among the elderly and has gradually increased with the aging of the population. Getting to know Alzheimer's Disease, the demand for care produced by the disease and its impact on the family caregiver's life, give an idea of the dimension of the problems faced in the daily lives of families. This is a descriptive case study with a qualitative approach, which showed the impact that Alzheimer's disease causes in the family. Aimed at evaluating the impact that the diagnosis of Alzheimer's Disease causes in the affected patient's family, the study consisted of a volunteer with a clinical diagnosis of Alzheimer's Disease in the city of Patos-PB and, respectively, by his caregivers. Using as a tool for data collection a questionnaire of functional activities containing questions about the impact of the diagnosis of the disease and its coexistence until today. We tried to show the importance of the study on the subject. The research result showed that the greatest difficulty encountered by the caregiver was having to dedicate her time almost entirely, lacking time to perform other personal activities, leading to an overload, thus causing physical and psychological illnesses due to all the responsibility faced.

Keywords: Alzheimer's disease; Family; Repercussion.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Caracterização Sociodemográfica da amostra 32

TABELA 2: Dados complementares 33

TABELA 3: Questionário de Atividades Funcionais (Pfeffer) 35

LISTA DE ABREVIATURAS

AVDs- Atividades de Vida Diárias

CID10- Classificação Internacional das Doenças

DA – Doença de Alzheimer

IDH– Índice de Desenvolvimento Humano

MA- Mal de Alzheimer

MMSE- Mini-Mental State Examination

OMS– Organização Mundial da Saúde

QV – Qualidade de Vida

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13

2 OBJETIVOS 15
2.1 OBJETIVO GERAL 15

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 15

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 16
3.1 DOENÇA DE ALZHEIMER 16
3.1.1 CONCEITO..... 16
3.1.2 HISTÓRICO..... 17
3.1.3 CARACTERÍSTICAS..... 18
3.1.4 FASES 19
3.2 O CUIDADO E O CUIDADOR 20
3.2.1 O CUIDADOR FAMILIAR DA PESSOA COM DOENÇA DE ALZHEIMER 21
3.3 O IMPACTO DA DOENÇA NA VIDA DO FAMILIAR 21
3.3.1 OS FATORES DE IMPACTO NA VIDA DO CUIDADOR 22

4 MÉTODOS E TÉCNICAS 24
4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO 24
4.2 PIPULAÇÃO E AMOSTRAGEM 24
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 24
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS .. 24
4.5 ANÁLISE DOS DADOS 25
4.6 PROCEDIMENTO ÉTICO 25

5 ARTIGO: REPERCUSSÃO DO ALZHEIMER NA FAMILIA DE PACIENTES ACOMETIDOS PELA DOENÇA..... 26

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 35

REFERÊNCIAS..... 36

APÊNDICES 41

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 42
APÊNDICE B:Termo de Compromisso do Pesquisador 44
APÊNDICE C: Instrumento de Coleta de Dados 45

ANEXOS 47

ANEXO A: Termo de Autorização Institucional 48
ANEXO B: Questionário de atividades funcionais (Pfeffer) 49
ANEXO C Certidão de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa 50
ANEXO D: Instruções para Autores do Journal off Medicine and Health Promotion 53

1 INTRODUÇÃO

Envelhecimento é um conceito multidimensional que, embora geralmente identificado com a questão cronológica envolve aspectos biológicos ,psicológicos e sociológicos. Além disso, as características do envelhecimento variam de indivíduo para indivíduo (dentro de determinado grupo social) mesmo que exposto às mesmas variáveis ambientais (SANTANA,2008).

A qualidade de vida na terceira idade é importante para que os idosos possam viver bem e com saúde, sem sofrer tanto impacto com as alterações fisiológicas, psicológicas e cognitivas próprias do processo de envelhecimento e as modificações e intensificações sociais, físicas, políticas e morais que ocorrem ao mesmo tempo no ambiente familiar. Para garantir a qualidade de vida aos idosos é fundamental adotar hábitos saudáveis, praticar atividades físicas regulares e realizar uma alimentação equilibrada. Estas medidas precisam ser adotadas o quanto antes, pois contribuem para a melhoria das funções cardiovascular, endócrina, metabólica, músculo-esquelético e mental, prevenindo e adiando doenças debilitantes e demências como osteoporose, diabetes e doenças cardiovasculares (PLUGIA,2004).

A doença de Alzheimer, conhecida internacionalmente pela sigla D. A, recebeu esse nome em homenagem ao Dr. Alois Alzheimer, que observou e descreveu as alterações no tecido cerebral de uma mulher que mostrou os primeiros sintomas demências por volta dos 51 anos. Naquela época, a causa da morte foi considerada como sendo uma doença mental até então desconhecida. Havia a suposição de que a D.A estivesse restrita a uma categoria da doença chamada de demência pré-senil, pois afetava indivíduos com menos de 60 anos de idade. Com o tempo foi confirmado que as formas pré-senil e senil, apresentavam o mesmo substrato neuropatológico, indicando que o conceito da doença é o mesmo independente da idade em que ela possa ocorrer (PITTELLA,2005).

Conforme afirma Papalia e Feldman (2013), entre as demências mais estudadas e temidas, o Mal de Alzheimer é a que mais tem se destacado. Ele afeta atualmente 26 milhões de pessoas no mundo todo e faz com que a pessoas percam as memórias recentes e, aos poucos, as memórias antigas. Ocorre gradualmente, rouba dos pacientes a inteligência, a consciência e até mesmo a habilidade de controlar as funções de seu corpo, incluindo as Atividades da Vidas Diárias (AVDS)

que são atividades essenciais para sobrevivência, como se alimentar, vestir-se, banhar-se e realizar tarefas domésticas e finalmente leva a óbito (CUSTÓDIO *et al*., 2017; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Esta doença é dividida em quatro fases: inicial, intermediária, final e terminal. A fase inicial é caracterizada por alterações na afetividade e déficit de memória recente. Na fase intermediária, os déficits cognitivos (orientação, linguagem, memória, raciocínio e julgamento) estão altamente prejudicados, afetando as atividades instrumentais e operativas. Além disso, outra característica que marca a fase intermediária é o início das dificuldades motoras. A marcha pode estar prejudicada, com lentidão global dos movimentos, aumento do tônus muscular e, muitas vezes, apraxias (incapacidade de executar os movimentos apropriados para determinados fins) (YUASO, 1996).

O autor acima citado afirma também, que na fase final, a capacidade intelectual e a iniciativa estão deterioradas. Os estados de apatia e prostração serão responsáveis pelo confinamento ao leito ou à poltrona, as alterações neurológicas se agravam: a rigidez aumenta consideravelmente e os movimentos estarão lentificados e por vezes estereotipados. A fase terminal é caracterizada por restrição ao leito, praticamente durante o tempo todo, acabando por adotar a posição fetal. As contraturas dos membros inferiores tornam-se inextensíveis e irrecuperáveis. Os membros superiores adotam posição fletida junto ao tórax e a cabeça pende em direção ao peito; podem surgir lesões nas palmas das mãos, por compressão destas pelos dedos flexionados, e grandes úlceras de pressão, incontinência urinária e fecal, problemas pulmonares, total indiferença ao meio externo, mutismo e estado vegetativo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o impacto que a doença de Alzheimer causa na família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar os principais problemas enfrentados pela família do paciente com Alzheimer;
- Compreender as características e as fases da doença de Alzheimer;
- Descrever as mudanças ocorridas no ambiente familiar com o idoso com Alzheimer.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 DOENÇA DE ALZHEIMER

3.1.1 Conceito

Segundo Mendes (2005) envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do ser humano e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada.

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, e o aumento da expectativa de vida favorece o incremento das doenças crônico-degenerativas, dentre elas as demências. Um exemplo é a Doença de Alzheimer, que antes dos 60 anos é de baixa incidência, crescendo com o aumento da idade. Estudos em várias partes do mundo mostram que a prevalência das demências dobra a cada 5 anos depois dos 65 e mais de 50% delas são do tipo Alzheimer (RAMOS, 2002). O padrão central da demência é o prejuízo da memória. Além disso, a síndrome demencial inclui pelo menos um dos seguintes prejuízos cognitivos: afasia; agnosia; apraxia e perturbação nas funções de execução como planejamento, organização, sequência e abstração (MACHADO, 2000; CHAVES, 2000).

A Doença de Alzheimer (DA) é uma doença crônico-degenerativa, sendo o tipo mais comum de demência. Segundo Mendiondo (2002), é um dos tipos de demência que tem mais chances de se desenvolver nas idades mais avançadas. Kwentus (2002) afirma que a Doença de Alzheimer (DA) chega a alcançar 20% de prevalência por volta dos 80 anos de idade e afeta aproximadamente 4 milhões de norte-americanos. A previsão é de que ela afetará 8 milhões de pessoas no ano de 2040. O impacto econômico é assustador, ficando em torno de 58 bilhões de dólares ao ano.

Na Décima Revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID10) publicada pela Organização Mundial de Saúde, em 1992, define o Mal de Alzheimer (MA) e seus critérios diagnósticos como uma doença degenerativa cerebral primária, de etiologia desconhecida que representa características neuropatológicas e neuroquímicas características. O transtorno se inicia em geral de maneira insidiosa e lenta e evoluciona progressivamente durante um período de anos.

Segundo o autor supracitado, período evolutivo da Doença de Alzheimer (DA) pode ser curto, dois ou três anos, mas, em outros casos, pode ser mais longo, começando na idade madura ou antes (DA no início pré- senil). Em casos com início antes dos 65 a 70 anos, é possível que exista antecedentes familiares de demência similar. Em geral, nesses casos, a evolução é mais rápida e predominam sintomas de lesões nos lóbulos temporais e parietais, entre eles disfasia e a dispraxia. Nos casos de início do MA mais tardio, a evolução tende a ser mais lenta e se caracteriza por uma deterioração mais global das funções corticais superiores.

3.1.2 Histórico

A doença de Alzheimer, conhecida internacionalmente pela sigla D. A, recebeu esse nome em homenagem ao Dr. Alois Alzheimer, que observou e descreveu as alterações no tecido cerebral de uma mulher que mostrou os primeiros sintomas demências por volta dos 51 anos. Naquela época, a causa da morte foi considerada como sendo uma doença mental até então desconhecida. Havia a suposição de que a D.A estivesse restrita a uma categoria da doença chamada de demência pré-senil, pois afetava indivíduos com menos de 60 anos de idade. Com o tempo foi confirmado que as formas pré-senil e senil, apresentavam o mesmo substrato neuropatológico, indicando que o conceito da doença é o mesmo independente da idade em que ela possa ocorrer. (PITTELLA,2005).

O fato de não ser evidenciado um diagnóstico até 1907 não significa que a doença de Alzheimer não existia, já que, na maioria dos casos, era confundido com outras demências (CORREA, 1996).

Desde essa data ocorreu uma rápida proliferação de estudos e investigações sobre a Doença de Alzheimer (DA). Estudos realizados em 1977 falam que em 10% das pessoas maiores de 65 anos sofrem de lesões cerebrais orgânicas que se relacionam com a senilidade. Destas lesões em 75% se diagnostica como DA e em 25% do restante se corresponde com alterações cerebrais produzidas por infartos múltiplos (ARAÚJO, 2001).

3.1.3 Característica

Sabe-se que a Doença de Alzheimer (DA) afeta a memória em primeiro lugar fazendo com que o idoso esqueça gradativamente as coisas simples como objetos que esquece onde colocou, nomes de pessoas.Mas o passado fica muito latente no idoso contando história que viveu com riqueza de detalhes.E que com o passar do tempo o esquecimento gradativo é geral,onde o idoso esquece tudo até mesmo de fazer coisas simples. A parte mais importante do diagnóstico é a obtenção de dados sobre a história do paciente e sua família. Os pacientes podem negar ou encobrir problemas de memória, o que é muito frustrante para familiares (LISA 1985).

Essas manifestações vem de maneira lenta em que a família percebe mais acha que é da idade, coisas de idoso mais com o tempo vem acentuando e depois vem apraxia (que são perturbações motoras de natureza psíquica, caracterizadas pela incapacidade de realizar movimentos para determinada finalidade), agnosia (perda da capacidade normal de reconhecer os objetos) e afasia (condição mórbida neuropsíquica,que consiste na falta ou na imperfeição da linguagem) (LISA, 1985).

Alteração progressiva da memória e da ideação, suficientemente marcada para perturbar as atividades da vida diária, surgida há pelo menos seis meses e de uma perturbação de pelo menos uma das funções seguintes: linguagem, cálculo, julgamento, alteração do pensamento abstrato, praxia, gnosia ou modificação da personalidade (MAGNIE; THOMAS, 1998).

O seu diagnóstico é baseado em história clínica sugestiva, utilização de critérios sistematizados (DSM-IV, NINCDS-ADRDA), exames laboratoriais e de neuroimagem, permitindo finalmente, em vida, o diagnóstico mais próximo do correto que é de "doença de Alzheimer provável" (ENGELHARDT *et al*., 2001).

Montaño e Ramos (2005) referem que o diagnóstico clínico da Doença de Alzheimer (DA) segue os critérios: provável, possível e definitivo. No provável, a demência é estabelecida por: exame clínico e documentada pelo Mini-Mental State Examination (MMSE) ou Escala de Demência de Blessed, ou outro exame similar, confirmado por testes neurológicos; déficit em duas ou mais áreas da cognição; progressiva piora da memória e de outras funções, sem distúrbio de consciência; início entre 40 e 90 anos de idade, mais frequentemente acima dos 65 anos; e ausência de outros distúrbios sistêmicos ou cerebrais, que poderiam ser as causas dos déficits de memória e de cognição progressivos. No diagnóstico possível, há a

presença de uma síndrome demencial e ausência de anormalidades neurológicas, psiquiátricas ou sistêmicas suficientes para causar a demência; no entanto, há a presença de variações no início, na apresentação e no curso clínico ou ainda a presença de doença secundária sistêmica ou cerebral que poderia ser a causa do quadro, mas não é considerada a causa.

Já o diagnóstico definitivo de Doença de Alzheimer (DA) só pode ser feito mediante a análise histopatológica do tecido cerebral post-mortem (MONTAÑO; RAMOS, 2005).

3.1.4 Fases

Atualmente existem três formas mais conhecidas: A motora, que se manifesta pela incapacidade de articulação das palavras. A gráfica, pela incapacidade de escrever. A auditiva, pela incapacidade de compreender o significado das palavras ouvidas. Sabe-se que a Doença de Alzheimer (DA) diminui as capacidades laborativas e Atividades de vida diárias (AVD'S), esquecendo de ler e escrever, fazer contas por mais simples que seja. A doença de Alzheimer é uma demência senil terminal que causa deterioração geral à saúde ao longo dos tempos (SOUZA, 2003).

Segundo a ABRAZ (Associação Brasileira de Alzheimer) a evolução da Doença de Alzheimer (DA) se dá em três estágios hierárquicos que podem sofrer alterações ou não, são elas : leve, moderado e severo, mesmo considerando as diferenças individuais que possam existir.

O estágio leve tem duração de dois a três anos, com sintomas vagos e difusos, em que há perda de memória episódica e grande dificuldade de aprendizagem de novos eventos (GALLUCCI; TAMELINI; FORLENZA, 2005).

Nos estágios intermediários, com duração de dois a dez anos, ocorre progressivamente uma afasia fluente (alteração ou perda da capacidade de falar ou de compreender a linguagem falada e/ou escrita), agnosia (dificuldade na nomeação de objetos e na forma de expressar ideias e palavras), apraxia (incapacidade de executar movimentos voluntários coordenados, embora as funções musculares e sensoriais estejam conservadas) e anomia (dificuldade em nomear objetos). Sintomas extrapiramidais podem ocorrer como: alterações na postura, aumento no

tônus muscular, comprometimento da marcha e desequilíbrio (ALMEIDA, 1997; ARAÚJO; NICOLI, 2010).

Nos estágios terminais, de oito a doze anos, todas as funções cerebrais estão amplamente afetadas, verificando-se alterações marcantes no ciclo sono-vigília, alterações comportamentais, irritabilidade, agressividade, sintomas psicóticos, incapacidade para deambular, falar, e realizar cuidados pessoais. Com a progressiva deterioração da memória e da execução das atividades de vida diária (AVDs), a Doença de Alzheimer (DA) se insere entre os quadros progressivos irreversíveis, podendo ainda aparecer sinais e sintomas neurológicos grosseiros, como hemiparesia espástica, rigidez importante e a deterioração corporal que é surpreendentemente rápida, ainda que o apetite esteja preservado (ARAUJO, NICOLI, 2010; MANSUR, CARTHERY, CARAMELLI, NITRINI, 2005; XIMENES, 2014).

Enfim, a Doença de Alzheimer (DA) é caracterizada por prejuízos de funções neuropsiquiátricas e cognitivas superiores com manifestações de alterações de comportamento e de personalidade, interferindo nas habilidades do indivíduo em desempenhar suas atividades normais do dia a dia e, somente nos estágios finais da doença, ele se torna apático, apresentando sua função motora inteiramente prejudicada (DAILY, 2004).

3.2 O CUIDADO E O CUIDADOR

Embora existam várias definições do que seja um cuidador, Garrido e Almeida (1999) dizem que ele é o principal responsável por prover ou coordenar os recursos de que o paciente necessita. Ele se envolve em todas as tarefas que permeiam a vida do paciente. Ele ou ela é escolhido (a) ou conduzido (a) a esta função dentro do núcleo familiar, de forma que em torno de 80% dos cuidados são propiciados por esta pessoa (CRUX E HAMDAN, 2008).

Estudos apontam que geralmente a função de cuidador é assumida por uma única pessoa a quem cabe a tarefa de cuidar do idoso e, na maioria dos casos, esse papel cabe a uma mulher que é cônjuge ou filha (CERVENY, 1997). Isto reflete o padrão cultural de que prestar cuidados é uma função feminina. Outro fator importante é que o familiar cuidador pode chegar a dispender oito vezes mais horas

por mês de dedicação aos cuidados, ou o equivalente há 60 horas semanais, quando comparado a um cuidador profissional (SELMES E DEROUSENÉ, 2008).

Por sua vez, a sobrecarga faz com que os cuidadores desempenhem funções além de suas capacidades, resultando em uma forma de cuidado desequilibrada, sendo freqüentemente acompanhada de resultados insatisfatórios para o atendimento das necessidades do seu familiar (Fernandes & Garcia, 2009). Outro aspecto importante no processo de cuidar é que a qualidade de vida do paciente está relacionada ao bem-estar do cuidador (DANG, BADIYE E KELKAR, 2008).

3.2.1 O cuidador familiar da pessoa com Doença de Alzheimer

De acordo com Pelzer e Fernandes (1997), a Doença de Alzheimer pode ser considerada uma doença familiar por mudar profundamente o cotidiano das famílias. Para Anderson (1998), cuidar de um idoso com DA pode ser uma das tarefas mais difíceis para a família, razão pela qual o cuidador necessita não só de informações sobre a doença e suas manifestações, mas, sobretudo, que suas limitações e inseguranças sejam conhecidas e valorizadas pela equipe de saúde.

Os cuidadores ainda se deparam com numerosos fatores, que incluem desde a aceitação do diagnóstico, o lidar com um estresse cada vez maior, administrar o conflito dentro da família e até mesmo planejar o futuro. Tudo isso gera uma vulnerabilidade a doenças físicas, depressão, perda de peso, insônia, a abusar física e verbalmente do paciente, de álcool e de medicamentos psicotrópicos (PENDLEBURY E SOLOMON, 1996).

O cuidar não é apenas aliviar um desconforto e auxiliar na cura de uma doença,mas procurar ir além,captar o sentido mais amplo: o cuidado como uma forma de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo,enfim, como uma forma de viver plenamente. De se doar cuidar resgatando valores e sentimentos para o bem estar do próximo (WALDOW,2001).

3.3 O IMPACTO DA DOENÇA NA VIDA DO FAMILIAR

A sobrecarga dos cuidadores é um dos mais importantes problemas causados pela demência (GRAFSTROM *et al*., 1992). Estes aspectos dizem respeito à presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam

significativamente a vida dos responsáveis pelo paciente nos âmbitos físico, financeiro e emocional (DUNKIN; HANLEY, 1998).

A sobrecarga dos cuidadores de um portador de demência é um problema que os afeta emocionalmente, fisicamente e até mesmo, muitas vezes, no âmbito financeiro. “Esses cuidadores possuem maiores sintomas psiquiátricos, maiores problemas de saúde, maior frequência de conflitos familiares e problemas no trabalho do que outras pessoas que não exercem esse papel” (NERI; CARVALHO, 2002).

Sabe-se que poucas pessoas estão preparadas para lidar com a responsabilidade e sobrecarga que é cuidar de um idoso demenciado, pois em geral, existe um desconhecimento sobre a doença, como agir, como entender a pessoa afetada e seus próprios sentimentos, produzindo desgastes de ordem emocional, física e psicológica para o cuidador e a família, pelo fato de o tratamento ser longo e de o paciente perder gradualmente suas funções cognitivas e evoluir para quadros de total dependência, exigindo cada vez mais a dedicação daqueles que com ele convivem (INOUYE; PEDRAZZANII; PAVARINI, 2008).

O impacto na vida do cuidador familiar pode ser classificado como objetivo e subjetivo. Poulshock e Deimling (1984) referem como impacto objetivo os problemas de ordem prática, ocorridos no cotidiano dos cuidadores, tais como: dificuldades financeiras, problemas de saúde e com a vizinhança. Garrido (2001) descreve como componentes do impacto subjetivo os sentimentos de sobrecarga, ressentimento, exclusão e embaraço.

3.3.1 Os fatores de imacto na vida do cuidador

De acordo com Goldfarb & Lopes (1996), o primeiro fator a ser considerado é o posicionamento da família diante da doença. Assim como a doença passa por vários estágios, a família passa por diferentes etapas. A princípio, a família não sabe o que está acontecendo diante das manifestações de déficit do paciente, gerando sentimentos de hostilidade e irritação. Do outro lado, o paciente pode perceber as próprias deficiências, correndo o risco de deprimir-se.

À medida que a doença vai evoluindo, ocorre a busca por um diagnóstico, porém, nem sempre os familiares o aceitam rapidamente, podendo negá-lo, na tentativa de recuperar a “pessoa de antes”. Após a aceitação do diagnóstico, pode

haver uma sensação de catástrofe. As famílias reagirão de maneiras diferentes, dependendo das próprias características (GOLDFARB; LOPES, 1996).

Os cuidadores ainda se deparam com numerosos fatores, que incluem desde a aceitação do diagnóstico, o lidar com um estresse cada vez maior, administrar o conflito dentro da família e até mesmo planejar o futuro. Tudo isso gera uma vulnerabilidade a doenças físicas, depressão, perda de peso, insônia, a abusar física e verbalmente do paciente, de álcool e de medicamentos psicotrópicos (PENDLEBURY; SOLOMON, 1996).

Neri (2010) refere que o cuidador, ao longo do cuidado, experimenta sensações simultâneas de cansaço, depressão, ansiedade, solidão, e ainda se sente prisioneiro de um papel e de tarefas que competem fortemente com o que antes tinha liberdade de fazer. Mesmo assim, tem que oferecer ajuda para a realização de atividades de vida diária, orientar o idoso na realização de tarefas cognitivas, envolvendo memória, orientação e atenção, atender a eventos agudos como quedas e infecções, dar conforto emocional, conduzir o idoso aos serviços de saúde, interagir com profissionais e, não raro, até lidar com conflitos familiares.

Silveira, Caldas e Carneiro (2006) concordam que cuidar de um idoso com doença crônica mobiliza sentimentos diversos e opostos num espaço de tempo curto, tais como: amor e raiva, paciência e intolerância, carinho e tristeza, irritação, desânimo, pena, revolta, medo, insegurança, solidão, dúvida, medo da morte do idoso. Ou seja, dilemas e conflitos interpessoais.

Dessa forma, a necessidade de dividir com outras pessoas o desgaste provocado pelas situações de enfrentamento de eventos negativos indica a necessidade de suavizar os efeitos provocados pela carga de tarefas (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006).

O cuidador precisa, e merece, um tempo para cuidar de si e para realizar atividades de lazer que aliviem sua tensão. É importante criar uma rotina pessoal – para não deixar que a do idoso tome conta de todo o seu dia – e procurar algo que dê prazer e relaxamento, o que, aliás, trará de volta o ânimo e a calma necessários para prosseguir com os cuidados ao paciente (LENARDT 2010).

4 MÉTODOS E TÉCNICAS

4.1TIPO E LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo tratou-se de estudo de caso de caráter descritivo com abordagem qualitativa referente a repercussão do Alzheimer na família do paciente acometido pela doença, realizada na cidade de Patos no Estado da Paraíba.

A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população foi formada por um idoso do sexo masculino da cidade de Patos no estado da Paraíba e a amostragem foi constituída pelo idoso diagnosticado com Alzheimer, junto com seu cuidador, formado por sua filha no qual aceitaram fazer parte da pesquisa, considerando tal amostragem equivalente a 100% do total proposto

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão do voluntário na pesquisa foi necessário como pré-requisito, ter diagnóstico comprovado da Doença de Alzheimer, não ter diagnóstico de outra patologia (neurológica nem psiquiátrica), aceitar participar da pesquisa e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A).

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu com a aplicação de questionário com variáveis sociodemográficas e de condições de saúde. A segunda parte do questionário foi

composta por perguntas norteadoras que questionam todos os aspectos relacionados aos objetivos de pesquisa. (APENDICE B), e o questionário de Pfeffer (ANEXO B). O Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (Functional Activities Questionnaire FAQ) é uma das ferramentas mais comumente empregadas em estudos sobre envelhecimento cognitivo patológico.

O Questionário de Atividades Funcionais (Functional Activities Questionnaire – FAQ), desenvolvido por Pfeff *et al*. (1982) é o instrumento de avaliação das Atividades de vida diária, AVDs mais amplamente utilizado em estudos brasileiros envolvendo a população com demência (NITRINI *et al*., 2004).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados e tabulados e utilizando o software Microsoft Excel.

4.6 PROCEDIMENTO ÉTICO

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 510/16do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos - UNIFIP. Após a concessão de sua aprovação, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram ao TCLE, que foi impresso em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador. A preservação da privacidade do voluntário será garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE C).

Para a segurança do participante foi utilizado o protocolo de biossegurança para covid-19, onde o participante obrigatoriamente teve que fazer o uso de Máscara e Higienizar as mãos ao chegar no ambiente com álcool a 70%. Já o pesquisador esteve devidamente paramentado com capote, máscaras, luvas, toucas, e face should. O participante e o pesquisador mantiveram uma distância mínima de 1,5 para uma maior segurança

5 ARTIGO A SER SUBMETIDO À JOURNAL OFF MEDICINE AND HEALT PROMOTION

REPERCUSSÃO DO ALZHEIMER NA FAMILIA DE PACIENTES ACOMETIDOS PELA DOENÇA

Faculdades Integradas de Patos
Curso de Medicina
v. 1, n. 1, mês./mar 2016, p. XX-XX.
ISSN: XXXXXXXXXXXXXXX
DOI: 10.3895/S2175-085820130001000XX

Journal of Medicine and Health Promotion

REPERCUSSÃO DO ALZHEIMER NA FAMILIA DE PACIENTES ACOMETIDOS PELA DOENÇA

REPERCUSSION OF ALZHEIMER IN THE FAMILY OF PATIENTS AFFECTED BY THE DISEASE

Elayne Batista Pereira.
Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba – Brasil
elayne_sntana2007@hotmail.com

Samara Campos de Assis
Centro Universitário de Patos – UNIFIP – Patos – Paraíba – Brasil
Samaracamposde Assis@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Doença de Alzheimer é a forma de demência mais comum entre idosos e tem aumentado de forma gradual com o envelhecimento da população. A vida da família e da pessoa destinada a cuidar do paciente muda de maneira significativa.

Objetivos: Identificar o impacto que a doença de Alzheimer causa na família.

Métodos: O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo de caráter descritivo com abordagem qualitativa referente a repercussão do Alzheimer na família do paciente acometido pela doença, realizada na cidade de Patos no Estado da Paraíba. A população foi formada por um idoso do sexo masculino da cidade de Patos no estado da Paraíba e a amostragem será constituída pelo idoso diagnosticado com Alzheimer, voluntário que aceitou fazer parte da pesquisa, considerando tal amostragem equivalente a 100% do total proposto. Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados e tabulados utilizando o software Microsoft Excel.

Resultados: O resultado da pesquisa mostrou que a maior dificuldade encontrada pela cuidadora foi ter que dedicar seu tempo quase que integralmente, faltando tempo para realizar outras atividades pessoais, levando a uma sobrecarga, acarretando assim a doenças físicas e psicológicas devido a toda responsabilidade enfrentada.

Conclusão: Com isso, conclui-se que a doença de Alzheimer causa grande impacto na vida da família e do cuidador, pois muda a rotina deixando sua vida sobrecarregada.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Família; Repercussão.

ABSTRACT

ABSTRACT- Alzheimer's Disease is the most common form of dementia among the elderly and has gradually increased with the aging of the population. Getting to know Alzheimer's Disease, the demand for care produced by the disease and its impact on the family caregiver's life, give an idea of the dimension of the problems faced in the daily lives of families. This is a descriptive case study with a qualitative approach, which showed the impact that Alzheimer's disease causes in the family. Aimed at evaluating the impact that the diagnosis of Alzheimer's Disease causes in the affected patient's family, the study consisted of a volunteer with a clinical diagnosis of Alzheimer's Disease in the city of Patos-PB and, respectively, by his caregivers. Using as a tool for data collection a questionnaire of functional activities containing questions about the impact of the diagnosis of the disease and its coexistence until today. We tried to show the importance of the study on the subject. The research result showed that the greatest difficulty encountered by the caregiver was having to dedicate her time almost entirely, lacking time to perform other personal activities, leading to an overload, thus causing physical and psychological illnesses due to all the responsibility faced.

Keywords: Alzheimer's disease; Family; Repercussion.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, e o aumento da expectativa de vida favorece o incremento das doenças crônico-degenerativas, dentre elas as demências. Um exemplo é a Doença de Alzheimer, que antes dos 60 anos é de baixa incidência, crescendo com o aumento da idade. Estudos em várias partes do mundo mostram que a prevalência das demências dobra a cada 5 anos depois dos 65 e mais de 50% delas são do tipo Alzheimer.[1]

O seu diagnóstico é baseado em história clínica sugestiva, utilização de critérios sistematizados (DSM-IV, NINCDS-ADRDA), exames laboratoriais e de neuroimagem, permitindo finalmente, em vida, o diagnóstico mais próximo do correto que é de "doença de Alzheimer provável" [2].

A evolução da Doença de Alzheimer se dá em três estágios hierárquicos que podem sofrer alterações ou não, são elas: leve, moderado e severo, mesmo considerando as diferenças individuais que possam existir[3].

O estágio leve tem duração de dois a três anos, com sintomas vagos e difusos, em que há perda de memória episódica e grande dificuldade de aprendizagem de novos eventos [3].

Nos estágios intermediários, com duração de dois a dez anos, ocorre progressivamente uma afasia fluente (alteração ou perda da capacidade de falar ou de compreender a linguagem falada e/ou escrita), agnosia (dificuldade na nomeação de objetos e na forma de expressar idéias e palavras), apraxia (incapacidade de executar movimentos voluntários coordenados, embora as funções musculares e sensoriais estejam conservadas) e anomia (dificuldade em nomear objetos). Sintomas extrapiramidais podem ocorrer como: alterações na postura, aumento no tônus muscular, comprometimento da marcha e desequilíbrio[4].

Nos estágios terminais, de oito a doze anos, todas as funções cerebrais estão amplamente afetadas, verificando-se alterações marcantes no ciclo sono-vigília, alterações comportamentais, irritabilidade, agressividade, sintomas psicóticos, incapacidade para deambular, falar, e realizar cuidados pessoais. Com a progressiva deterioração da memória e da execução das atividades de vida diária (AVDs), a Doença de Alzheimer(DA) se insere entre os quadros progressivos irreversíveis, podendo ainda aparecer sinais e sintomas neurológicos grosseiros, como hemiparesia espástica, rigidez importante e a deterioração corporal que é surpreendentemente rápida, ainda que o apetite esteja preservado[5].

Sabe-se que poucas pessoas estão preparadas para lidar com a responsabilidade e sobrecarga que é cuidar de um idoso demenciado, pois em geral, existe um desconhecimento sobre a doença, como agir, como entender a pessoa afetada e seus próprios sentimentos, produzindo desgastes de ordem emocional, física e psicológica para o cuidador e a família, pelo fato de o tratamento ser longo e de o paciente perder gradualmente suas funções cognitivas e evoluir para quadros de total dependência, exigindo cada vez mais a dedicação daqueles que com ele convivem[6].

A sobrecarga dos cuidadores é um dos mais importantes problemas causados pela demência. Estes aspectos dizem respeito à presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam significativamente a vida dos responsáveis pelo paciente nos âmbitos físico, financeiro e emocional[7].

O cuidador, ao longo do cuidado, experimenta sensações simultâneas de cansaço, depressão, ansiedade, solidão, e ainda se sente prisioneiro de um papel e de tarefas que competem fortemente com o que antes tinha liberdade de fazer. Mesmo assim, tem que oferecer ajuda para a realização de atividades de vida diária, orientar o idoso na realização de tarefas cognitivas, envolvendo memória, orientação e atenção, atender a eventos agudos como quedas e infecções, dar conforto emocional, conduzir o idoso aos serviços de saúde, interagir com profissionais e, não raro, até lidar com conflitos familiares[6].

Visto que o Alzheimer muda profundamente o cotidiano das famílias, o presente estudo tem como objetivo identificar o impacto que a doença de Alzheimer causa na família.

2. Metodologia

Tratou-se de um estudo de caso de caráter descritivo com abordagem qualitativa referente a repercussão do Alzheimer na família do paciente acometido pela doença.

A população foi formada por um idoso do sexo masculino da cidade de Patos no estado da Paraíba e a amostragem foi constituída pelo idoso diagnosticado com alzheimer, junto com seu cuidador, formado por sua filha no qual aceitaram fazer parte da pesquisa, voluntário que aceitou fazer parte da pesquisa, considerando tal amostragem equivalente a 100% do total proposto.

O instrumento de pesquisa foi a coleta de dados que se deu com aplicação de questionário com variáveis sociodemográficas e de condições de saúde. A segunda parte do questionário foi composta por perguntas norteadoras que questionam todos os aspectos relacionados aos objetivos de pesquisa, e o questionário de Pfeffer.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, foi seguida a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)[9], onde a submissão do projeto foi feita por meio da Plataforma Brasil, que é uma base nacional e unificada de registro das pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Participou da pesquisa um paciente diagnosticado com Doença de Alzheimer junto com seus cuidadores da cidade de Patos-PB. O quadro 1 apresenta os aspectos sociodemográficos da amostra.

Quadro 1 Caracterização Sociodemográfica da amostra

Idade	86 anos
Sexo	Masculino
Estado Civil	Casado
Raça	Pardo
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto
Profissão (antes da doença)	Agricultor (aposentado)
Renda Familiar	De 1 a 3 salários mínimos
Condição de moradia	Casa própria, mora com a família

Fonte- Dados da pesquisa, 2021.

O quadro 2 a seguir caracteriza os dados complementares da amostra. Observou-se que o cuidador de pacientes com Doença de Alzheimer geralmente são pessoas da

família, onde ficam a cargo de todas as responsabilidades de vida do portador da doença. Essa sobrecarga acarreta geralmente algumas doenças físicas e psicológicas tais como hipertensão e ansiedade.

Como o cuidador passa quase que seu tempo integral cuidando do paciente, sobra pouco tempo para atividades pessoais tais como algum lazer.

Quadro 2 Dados complementares

Qual sua maior dificuldade em relação ao cuidado?	Dedicar a maior parte do meu tempo inteiramente para os cuidados, sem muito tempo para realizar outras tarefas.
O que faz para tentar superar as dificuldades em torno do cuidado?	Passar tempo com a família.
O processo de cuidado é partilhado com outras pessoas?	Sim, com uma irmã que ajuda durante a semana e nos fins de semana toma conta integralmente.
Como é feita a divisão de horários entre os que participam do cuidado?	Tomo conta integralmente durante a semana, com ajuda parcial de uma Irma que vem a noite, e no sábado e domingo minha irmã cuida integralmente.
Desenvolveu algum problema de saúde durante o processo de cuidado?	Sim, hipertensão e ansiedade.
Se sim, quais orientações recebeu de profissionais de saúde para solucionar o problema?	Tomar a medicação de maneira correta, praticar algum exercício e ter alguma atividade de lazer quando possível.
Qual seu sentimento em relação ao cuidado?	Obrigação e sobrecarga
Cite e descreva quais os sentimentos que já sentiu durante o processo de cuidado.	Angústia, ansiedade, medo, perturbação, nervosismo.
Qual foi a pior fase da doença? Por quê?	Essa ultima fase, por causa da total dependência do paciente.
O tempo oferecido ao cuidado permite que você tenha tempo de lazer?	Pouquíssimo, apenas de vez em quando aos finais de semana.

Fonte- Dados da pesquisa, 2021.

O quadro 3 mostra a funcionalidade do paciente, onde o mesmo já se encontra em uma fase avançada da doença de Alzheimer, sendo totalmente dependente do seu cuidador, não conseguindo realizar nenhuma atividade.

O Questionário de Atividades Funcionais (Functional Activities Questionnaire – FAQ), desenvolvido por Pfeff *et al*. (1982) é o instrumento de avaliação das Atividades de vida diária, AVDs mais amplamente utilizado em estudos brasileiros envolvendo a população com demência (NITRINI *et al*., 2004).

Quadro 3 Questionário de Atividades Funcionais (Pfeffer)

Ele é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?	Não é capaz
Ele é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?	Não é capaz

Ele é capaz de manusear seus próprios remédios?	Não é capaz
Ele é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta pra casa?	Não é capaz
Ele pode ser deixado sozinho de forma segura?	Não é capaz

Fonte- Dados da pesquisa, 2021.

DISCUSSÃO

De acordo com os resultados alcançados na pesquisa, observou-se que à medida que a expectativa de vida se torna mais elevada, pode ser observado um aumento da prevalência das demências, sendo a de maior ocorrência a Doença de Alzheimer (DA). O curso da doença pode variar entre 5 e 10 anos, além disto a expectativa de vida pode reduzir em 50% (FERNANDES JSG, ANDRADE MS, 2017).

A incidência da DA é cerca 3% dos indivíduos que se encontram na faixa etária entre 60 e 65 anos, quando observada a população com 80 anos ou mais, este contingente atinge 30% destes indivíduos, em âmbito mundial e no Brasil (MIRANDA GMD, et al., 2016).

Aproximadamente 80% dos cuidados com os pacientes com DA são providos por membros da família (Haley, 1997). No contexto das famílias que assumem o cuidado da pessoa com DA, geralmente esta tarefa é delegada a uma pessoa que possui outras tarefas e necessita conciliá-las, e na maioria das vezes é realizada por uma mulher (filha, esposa, irmã). O acúmulo de tarefas e papéis sociais e familiares, exercidos pelo cuidador impactam diretamente em sua saúde, e assim consequentemente em sua qualidade de vida, não podendo ofertar muitas vezes um cuidado com qualidade, devido à sobrecarga a que está exposto, o que irá manifestar também na qualidade de vida do idoso a que está submetido aos seus cuidados (PEREIRA LSM, SOARES SM, 2015).

Pesquisas demonstram que os cuidadores apresentam uma piora na saúde física (Garrido & Menezes, 2004), um prejuízo no sistema imunológico, que pode persistir até quatro anos após o falecimento do paciente (Haley, 1997). Em decorrência do impacto, até 60% dos cuidadores podem desenvolver sintomas físicos e psicológicos. Os sintomas físicos mais comuns são: hipertensão arterial, desordens digestivas, doenças respiratórias e propensão a infecções. Sintomas psicológicos freqüentes são: depressão, ansiedade e insônia (Engelhardt et al., 2005).

Uma característica do paciente com DA é a necessidade de supervisão crescente, originando fatores de estresse para o cuidador. Pearlin (1990), citado por Engelhardt et al. (2005) sugere alguns estressores primários para os cuidadores, dividindo-os em subjetivos e objetivos. Os estressores objetivos vão se modificando ao longo da evolução da DA e incluem nível de dependência em AVDs e presença de distúrbios do comportamento. Os estressores subjetivos correspondem ao modo pelo qual os

estressores objetivos são experimentados pelo cuidador. Estes dois estressores podem levar a conflitos familiares, problemas econômicos e a uma sensação de aprisionamento no papel de cuidador.

Com relação ao tempo de cuidado, não há consenso na literatura quanto à relação entre impacto e tempo. Um estudo mostrou que o impacto no cuidador tende a melhorar ao longo do tempo (Hinrichsen & Niederehe, 1994). Outro evidenciou que quanto maior o tempo de cuidado maior é também o impacto no cuidador (Garrido & Menezes, 2004), possivelmente porque, com o passar do tempo, ocorre uma maior sobrecarga do cuidador (Garrido & Menezes, 2004; Engelhardt et al., 2005).

O idoso torna-se dependente de outra pessoa para cuidados básicos, de modo a suprir sua incapacidade funcional e assim pode afetar sua qualidade de vida (BORGHI AC, et al., 2011).

O cuidador desempenha um papel essencial na vida diária dos pacientes com DA, envolvendo-se em praticamente todos os aspectos do cuidado e assumindo responsabilidades adicionais de maneira crescente (Engelhardt, Dourado & Lacks, 2005). À medida que a demência vai progredindo, o cuidador, além de se envolver em atividades da vida diária (AVD) instrumentais, como administrar finanças e medicamentos, aumenta suas responsabilidades em AVDs básicas, como tarefas de cuidado pessoal de higiene, banho e alimentação (Haley, 1997).

CONCLUSÕES

O objetivo deste estudo de caso foi realizar um estudo sobre o impacto da doença de Alzheimer na família de um paciente acometido pela doença, tentando mostrar desde a repercussão do diagnóstico, enfatizando as fases da doença, explicando todo o processo e mudanças ocorridos na vida do paciente, família e cuidador.

O primeiro passo foi identificar através de estudo as principais características da doença de Alzheimer, tentando mostrar de maneira clara o objetiva o processo de desenvolvimento da doença e o que acontece em suas fases. Buscou-se ressaltar principalmente as mudanças ocorridas na vida dos cuidadores, que na maioria das vezes esse papel fica a cargo de algum membro da família, mostrando os principais problemas enfrentados no cuidado e no dia a dia.

Para aqueles parentes realmente envolvidos emocionalmente e comprometidos surge a necessidade de aprender a lidar e administrar a situação readaptando suas vidas em função do cuidado e assistência ao paciente com doença de Alzheimer na tentativa de diminuir seu sofrimento. Tudo em busca do conhecimento mais profundo da doença e preparo psicológico para desempenhar bem sua árdua e amorosa função de cuidar.

Através da pesquisa, observou-se que o papel do cuidador é de suma importância na vida do paciente, pois ele é o responsável pelo bem estar do mesmo, buscando sempre melhorias pra o dia a dia da família. Mostra-se também que esse cuidador fica sempre sobrecarregado, pois o mesmo também possui tarefas fora o cuidar do paciente, havendo assim uma carga maior nas suas responsabilidades, podendo na maioria das vezes desenvolver doenças físicas e psicológicas.

É esperado que essa pesquisa sirva de apoio para futuros trabalhos que possam avaliar populações distintas, em outros ambientes e realidades.

REFERÊNCIAS

1. MACHADO, JCB. Doença de Alzheimer. In: Freitas EV et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 133-47.
2. ENGELHARDT, E. (2005). Tratamento da Doença de Alzheimer - recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Arq Neuropsiquiatr, 63(4), 1104-1112.
3. GALLUCC,NETO, J., TAMELINI, M.G.G. & FORLENZA, O.V. Diagnóstico diferencial das demências. Rev. Psiquiatr. Clín., 32(3), 119-130.
4. ARAÚJO, C.L.O. & NICOLI, J.S. Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira. Revista Kairós Gerontologia, 13(1), 231-44.ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. URL: http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4872/3458.
5. XIMENES, M.A. Doença de Alzheimer: o cuidado no diagnóstico. Revista Portal de Divulgação, 41 (Ano IV). Disponível em: www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista.
6. NERI, A.L. (Org.). (2010). Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do FIBRA. Campinas (SP). In: Camarano, A. A. (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro (RJ): Ipea.
7. DUNKIN, J. J. & HANLEY, C. A. (1998). Dementia caregiver burden: A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. Neurology, 51(Supl. 1), 53-60.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidade: Patos – PB, Informações completas. 2020. [Internet] https://www.ibge.gov.br/cidades-eestados/pb/patos/pb.html. Acesso em: Março, 2021.
9. Resolução Nº 510 do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de Abril de 2016 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 07 Abr 2016.
10. FERNANDES JSG, ANDRADE MS. Revisão sobre a doença de alzheimer: diagnóstico, evolução e cuidados. Psic., Saúde & Doenças. 2017; 18(1): 131-140.
11. MIRANDA GMD, et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras**.** Rev. bras. geriatr. gerontol. 2016; 19(3): 507-519
12. HALEY, W. (1997). The family caregivers role in Alzheimers disease. Neurology, 48(5), 25-29.

13. PEREIRA LSM, SOARES SM. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(12):3839-3851.
14. GARRIDO, R. & ALMEIDA, O.P. (1999). Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto na vida do cuidador. Arquivos de Neuropsiquiatria, 57(2B), 427- 434.
15. HINRICHSEN, G. A. & NIEDIEREHE, G. (1994). Dementia Management Strategies and Adjustment of Family Members of older patients. The Gerontologist, *34*(1), 95-102.
16. NITRINI, Ricardo *et al*. Incidence of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population. Alzheimer Disease and Associated Disorders, Hagerstown, v. 18, n. 4, p. 241-246, Oct./Nov./Dec. 2004.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como intercorrência o óbito do paciente estudado, com aproximadamente 3 meses após a coleta e organização dos dados. O paciente já estava em estágio avançado da doença. Teve uma limitação pela família enlutada.

Sobre o estudo, é de fundamental importância para dispor de uma melhor qualidade de vida que familiares e cuidadores sejam orientados e saibam a maneira que a doença progride, de modo a agir estimulando o idoso cognitivamente e funcionalmente, para que possa ter maior independência para suas atividades de vida diária, em todas as fases de evolução da doença de Alzheimer. Notou-se que o idoso, a família e cuidador também necessitam de cuidados, pois sua saúde física e emocional refletirá diretamente na sua função de cuidador.

Há uma necessidade de uma maior participação do poder público no que se refere ao cuidado, atenção ao idoso, programas e atividades que estimulem a família nesses cuidados, tendo total assistência, informação e principalmente acompanhamento por parte dos profissionais de saúde para um melhor bem estar do paciente e sua família.

Espera-se que esse estudo possa auxiliar com parâmetros e base para novas pesquisas. É importante a realização de novos estudos, com uma população em maior quantidade, local distintos e nova determinantes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O.P. **Biologia molecular da doença de Alzheimer: uma luz no fim do túnel?** Rev. Assoc. Med. Bras., 43(1), 77-81.

ANDERSON, M. I. P. In: CALDAS, C. P.**A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70,1977.

ARAÚJO, P. B. **Alzheimer: o idoso, a família e as relações humanas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: WSK; 2001.

ARAÚJO, C.L.O. & NICOLI, J.S. **Uma revisão bibliográfica das principais demências que acometem a população brasileira**. Revista Kairós Gerontologia, 13(1), 231-44.ISSN 1516-2567. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. URL: http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/4872/3458.

Brasil. Ministério da Saúde. **Proporção de idosos na população**. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/a14uft.htm. Acesso em: 11 de novembro de 2020.

BORGHI AC, et al. **Qualidade de vida de idosos com doença de alzheimer e de seus cuidadores.** Rev. Gaúcha Enferm. 2011; 32(4): 751-758.

CERVENY, C.M. (1997). **Família e o ciclo vital: nossa realidade em pesquisa***.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

CHAVES MLF. **Diagnóstico diferencial das doenças demenciantes**. In: Forlenza. O V, Caramelli P. Neuropsiquiatria Geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2000. p.81-106.

CORREA, A. C. de O. **Envelhecimento, Depressão e Doença de Alzheimer**. Belo Horizonte: Health, 1996.

CRUZ, M. N. & HAMDMAM, A. C. (2008). **O impacto da doença de Alzheimer no cuidador**. Psicologia em Estudo*,* 13(2).223-229.

CUSTÓDIO, N. et al. **Mixed dementia**: A review of the evidence. Dementia & Neuropsychologia, São Paulo, v.11, n.4, p.364-370, dez. 2017.

DAILY, M.P. (2004). **20 problemas + comuns em geriatria**. Adelman, A.M. & Fioravanti I., Trads., 220-240. (Orig.: 20 common problems in Geriatrics). Rio de Janeiro (RJ): Revinter.

DANG, S., BADIYE, A., & KELKAR, G. (2008). **The dementia caregiver, a primary care approach**. Southern Medical Journal*,* 101(12),1246-1251.

DUNKIN, J. J. & HANLEY, C. A. (1998). **Dementia caregiver burden: A review of the literature and guidelines for assessment and intervention**. Neurology, 51(Supl. 1), 53- 60.

ENGELHARDT, E. (2005). **Tratamento da Doença de Alzheimer - recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia**. Arq Neuropsiquiatr, 63(4), 1104-1112.

ENGELHARDT, E., Dourado, M. & Lacks, J. (2005). **A Doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores.** Revista Brasileira de Neurologia, 14(2), 5-11.

Engelhardt,E. (2005). **Tratamento da Doença de Alzheimer -recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia**. Arq Neuropsiquiatr, 63(4),1104-1112.

FERNANDES, M.G.M., & GARCIA, T.R. (2009). **Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes**. Revista Brasileira de Enfermagem*,* 62(1),57-63.

FERNANDES JSG, ANDRADE MS. **Revisão sobre a doença de alzheimer: diagnóstico, evolução e cuidados. Psic., Saúde & Doenças.** 2017; 18(1): 131-140.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GALLUCC,NETO, J., TAMELINI, M.G.G. & FORLENZA, O.V. **Diagnóstico diferencial das demências.** Rev. Psiquiatr. Clín., 32(3), 119-130.

GARRIDO, R. & ALMEIDA, O.P. (1999). **Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto na vida do cuidador**. Arquivos de Neuropsiquiatria, 57(2B), 427- 434.

GARRIDO, R. & MENEZES, P. R. (2004). **Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico.** *Revista de Saúde Pública, 38*(6), 835-841.

GOLDFORD, D. C. & LOPES, R. G. C. (1996). **A família frente à situação de Alzheimer.** Gerontologia, 4(1), 33-37.

GRAFSTROM, M., FRATIGLIONI, L., SANDMAN, P. O. & WINBLAD, B. (1992). **Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly: A population study**. Journal Clinical of Epidemiology, 45(8), 861-870.

HALEY, W. (1997). **The family caregivers role in Alzheimers disease**. Neurology, 48(5), 25-29.

HINRICHSEN, G. A. & NIEDIEREHE, G. (1994). **Dementia Management Strategies and Adjustment of Family Members of older patients**. The Gerontologist, *34*(1), 95-102.

http://www.**abraz**.org.br. acessado em 18 de novembro de 2020.

INOUYE, K., PEDRAZZANI, E.S., & PAVARINI, S.C.I. (2008). **Octogenários e cuidadores: perfil sociodemográfico e correlação da variável qualidade de vida**. Texto Contexto Enfermagem, 17(2), 350-357

KWENTUS, J. A. **Delírio, demência e síndromes amnésticas**. In: EBERT, M. H.et al. Psiquiatria, diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed Editora,2002. cap. 17, p. 197-232.

LENARDT,Maria Helena;et.al. Ao Idoso Portador de Doença de Alzheimer: **O Cuidado e o Conhecimento do Cuidador Famíliar**. Rev.Mineira de Enfermagem.v14.n.3,Jul/Set p.301-07.2010.
LISA.P.Gwyther. **Cuidados com Portadores da Doença de Alzheimer: Manual para Cuidadores e Casas Especializadas**. Ed. AHCA.SP. 1985.

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

MACHADO, JCB. **Doença de Alzheimer**. In: Freitas EV et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 133-47.
MAGNIÉ, M.-N; THOMAS, P. **Doença de Alzheimer**. 3. ed. São Paulo: Andrei,1998

MANSUR, L.L., CARTHERY, M.T., CAMARELLI, P., & NITRINI, R. **Linguagem e cognição na Doença de Alzheimer**. Psicol. Reflex. Crít., 18(3), 300-307.

MENDES,M.R.S.B;GUSMÃO,J.L: Faro, A.C.M; Leite, R.C.B.O. **A Situação Social dos Idosos no Brasil: Uma Breve Consideração**. Ed.Acta.Paul Enferm.;Vol.18.no4,2005.

MENDIONDO, M. S. Z. **Velhice e demência: gênese e perspectiva de suporte social institucional**. 2002. Tese (Doutorado em Serviço Social)- Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 2001.

MIRANDA GMD, et al. **O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras.** Rev. bras. geriatr. gerontol. 2016; 19(3): 507-519

MONTAÑO, M.B. & RAMOS, L.R. (2005). **Declínio cognitivo e quadros demenciais**. In: Ramos, L.R. (Coord.). Geriatria e Gerontologia. São Paulo (SP): Manole.

NERI, A.L; CARVALHO, V. A. M. L. **O Bem estar do cuidador: aspectos psicossociais.** In: FREITAS, E.V. et al. (Orgs) Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2 a ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, 778p.

NERI, A.L. (Org.). (2010). **Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: dados do FIBRA**. Campinas (SP). In: Camarano, A. A. (Org.). Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro (RJ): Ipea.

NITRINI, Ricardo *et al*. **Incidence of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population**. Alzheimer Disease and Associated Disorders, Hagerstown, v. 18, n. 4, p. 241-246, Oct./Nov./Dec. 2004.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 12.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

PELZER, M. T.; FERNANDES, M. R. **Apoiando a família que cuida de seu familiar idoso com demência**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 6, n.2, p. 339344, mai./ago.1997.

PENDLEBURY, W.W. & SOLOMON, P.R. (1996). **Alzheimer's disease**. Clin Symp, 48(3), 02- 32.

PEREIRA LSM, SOARES SM. **Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência**. Ciência & Saúde Coletiva. 2015; 20(12):3839-3851.

PFEFFER, R.I.; et al. **Measurement of functional activities in older adults in the community.** Journal of Gerontology, Washington, v. 37, n. 3, p. 323-329, 1982.

PITTELLA, JEH. **Neuropatologia da doença de Alzheimer**. In: Tavares A, organizador. Compêndio de neuropsiquiatria geriátrica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005. p.235-48.

PLUGIA,L.C.**Qual a Importância da Qualidade de vida na 3ª.Idade** Disponívele:http://www.smarcos.br/extensão/**nucleodequalidadedevida**/apresentação. Acessado em: 10 de Setembro de 2020

POULSHOCK, S.W. & DEIMING, G.T. (1984, mar.). **Families caring for elders in residence: issues in the measurement of burden**. Washington (EUA): Journal Gerontology, 39(2), 230-239..

SANTANA,R.M.de;CÂMARA,P.;BRAGA,M.G.de.C Mobilidade na Terceira Idade: Como Planejar o futuro? **Textos sobre envelhecimento**.v.6n.2,Rio de Janeiro: UNATI,2003. Acessado em: 10 de Setembro de 2020.

SELMÈS, J. & DEROUDESNÉ, C. (2008). **A doença de Alzheimer no dia-a-dia***.* São Paulo: Andrei.

SILVEIRA, T.M., CALDAS, C.P., & CARNEIRO, T.F. (2006). **Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais.** Cad. Saúde Pública, 8, 1629-1638.

SOUZA, Daniel Rubio,PATO, Thaís RODRIGUES,Logullo Patrícia. **Dicionário de Termos Técnicos de Saúde**.Ed. Conexão. São Paulo.SP. 2003.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

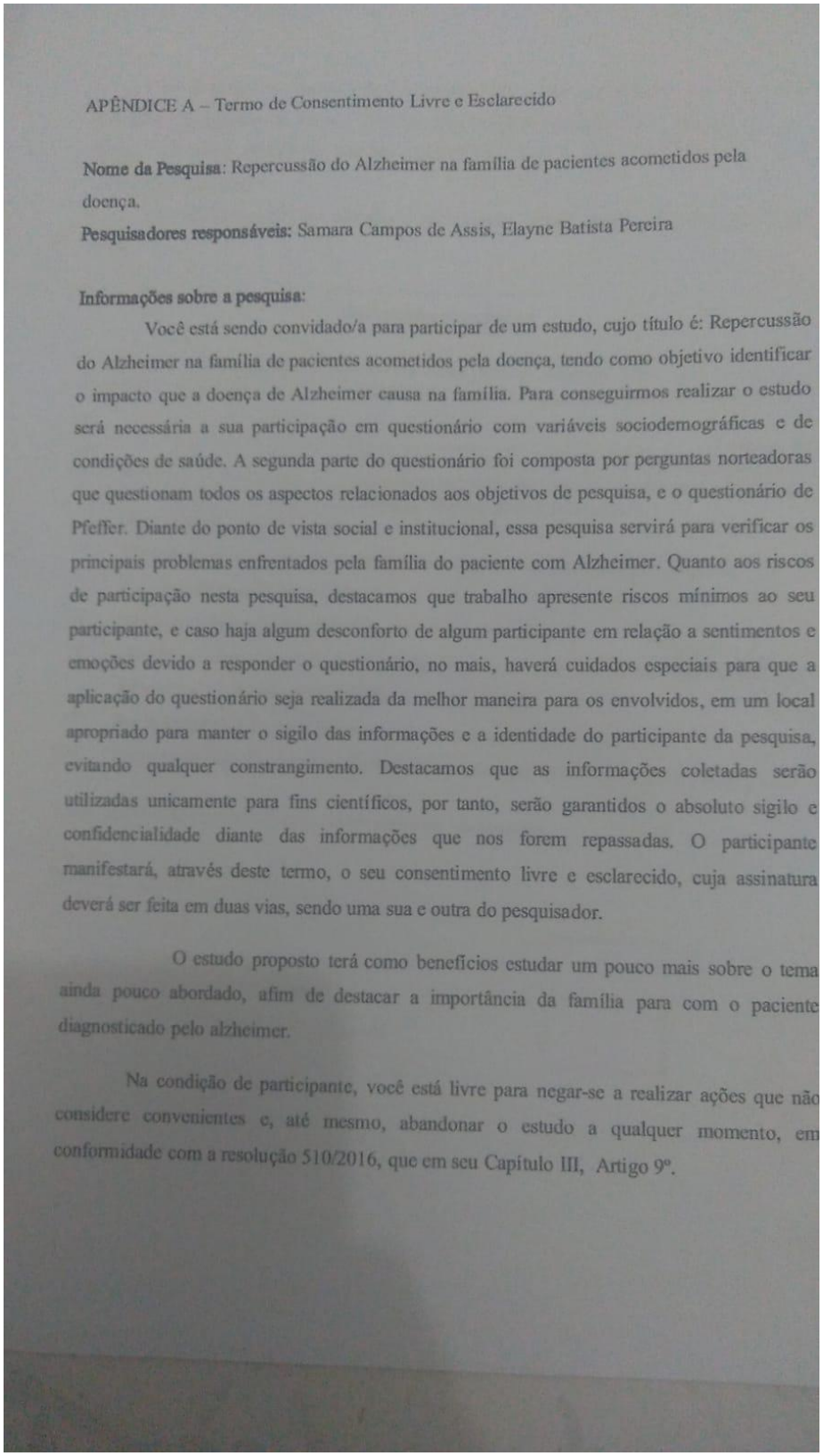
WALDOW,V,R. **O cuidar humano: Reflexões sobre o processo de enfermagem versus o processo de cuidar**. Revista de Enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro*,*v.9,n.3,p.284-293,set./dez.2001

XIMENES, M.A. **Doença de Alzheimer: o cuidado no diagnóstico**. Revista Portal de Divulgação, 41 (Ano IV). Disponível em: www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista.

YUASO DR, Sguizzatto GT. **Fisioterapia em pacientes idosos.** In: Papaléo MN. **Gereontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu; 1996. p.344.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da Pesquisa: Repercussão do Alzheimer na família de pacientes acometidos pela doença.

Pesquisadores responsáveis: Samara Campos de Assis, Elayne Batista Pereira

Informações sobre a pesquisa:

Você está sendo convidado/a para participar de um estudo, cujo título é: Repercussão do Alzheimer na família de pacientes acometidos pela doença, tendo como objetivo identificar o impacto que a doença de Alzheimer causa na família. Para conseguirmos realizar o estudo será necessária a sua participação em questionário com variáveis sociodemográficas e de condições de saúde. A segunda parte do questionário foi composta por perguntas norteadoras que questionam todos os aspectos relacionados aos objetivos de pesquisa, e o questionário de Pfeffer. Diante do ponto de vista social e institucional, essa pesquisa servirá para verificar os principais problemas enfrentados pela família do paciente com Alzheimer. Quanto aos riscos de participação nesta pesquisa, destacamos que trabalho apresente riscos mínimos ao seu participante, e caso haja algum desconforto de algum participante em relação a sentimentos e emoções devido a responder o questionário, no mais, haverá cuidados especiais para que a aplicação do questionário seja realizada da melhor maneira para os envolvidos, em um local apropriado para manter o sigilo das informações e a identidade do participante da pesquisa, evitando qualquer constrangimento. Destacamos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos, por tanto, serão garantidos o absoluto sigilo e confidencialidade diante das informações que nos forem repassadas. O participante manifestará, através deste termo, o seu consentimento livre e esclarecido, cuja assinatura deverá ser feita em duas vias, sendo uma sua e outra do pesquisador.

O estudo proposto terá como benefícios estudar um pouco mais sobre o tema ainda pouco abordado, afim de destacar a importância da família para com o paciente diagnosticado pelo alzheimer.

Na condição de participante, você está livre para negar-se a realizar ações que não considere convenientes e, até mesmo, abandonar o estudo a qualquer momento, em conformidade com a resolução 510/2016, que em seu Capítulo III, Artigo 9º.

Eu,

_____,

portador de RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei de acordo com a Resolução 510/2016 - Cap. III – Artigo 9º todos os meus direitos abaixo relacionados:

I. Ser informado sobre a pesquisa;
II. Desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;
III. Ter sua privacidade respeitada;
IV. Ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;
V. Decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;
VI. Ser indenizado pelo dano recorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e
VII. O ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Patos, _____de _____ de _____

_____

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B– Termo de Compromisso do Pesquisador.

Título do projeto: Repercussão do Alzheimer na família de pacientes acometidos pela doença.

Pesquisador responsável: Elayne Batista Pereira
Instituição: Faculdades Integradas de Patos
Telefone para contato: (83) 99625886
Local da coleta de dados: Patos, Paraiba.

O pesquisador do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa cujos dados serão coletados em questionário. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em poder do pesquisador por um período de 5 anos sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Elayne Batista Pereira.

Patos, ____de _____ de 20___

_____
Autor da Pesquisa

_____
Orientandor

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados

IDENTIFICAÇÃO:
IDADE: _____ SEXO: MASCULINO ( ) FEMININO ( )

ESTADO CIVIL:
( ) SOLTEIRO(A) ( ) CASADO(A) ( ) DIVORCIADO(A) ( )VIÚVO (A)
( ) OUTROS

RAÇA:
( ) BRANCO ( ) NEGRO ( ) PARDO ( ) AMARELO ( ) OUTROS

ESCOLARIDADE:
( ) SEM ESTUDOS ( ) ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO
( ) ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO ( ) ENSINO MÉDIO INCOMPLETO
( ) ENSINO MÉDIO COMPLETO ( ) ENSINO SUPERIOR ( ) PÓS GRADUADO
( ) OUTROS

PROFISSÃO: _____ OCUPAÇÃO:_____
Realizava alguma atividade antes da doença?
Possui alguma atividade fora de casa?
RENDA FAMILIAR: ( ) ATÉ UM SALÁRIOMÍNIMO
( ) 1 a 3 SALÁRIOS MÍNIMOS
( ) 3 a 5 SALÁRIOS MÍNIMOS
( ) ACIMA DE 5 SALÁRIOS MÍNIMOS

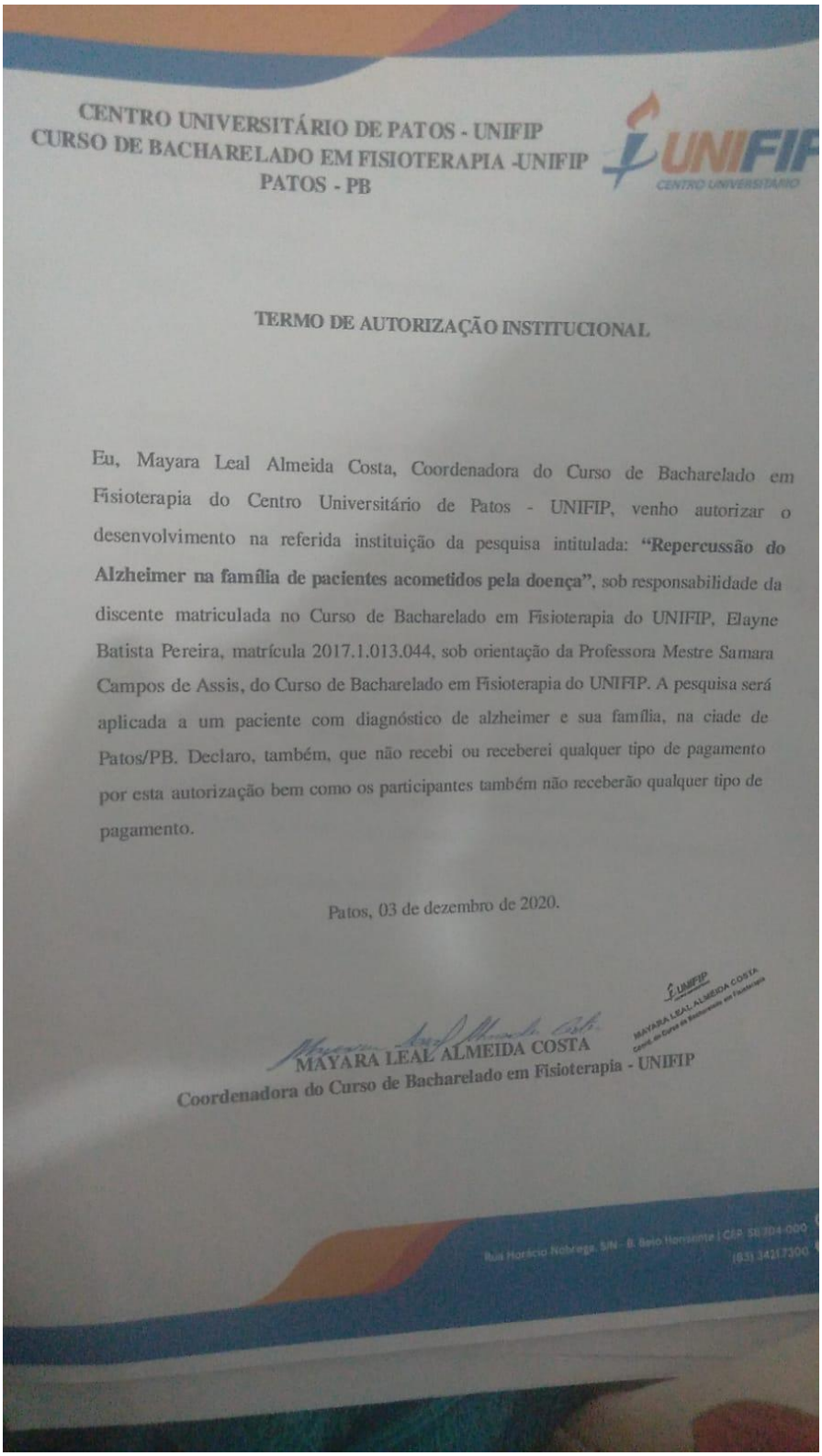
CONDIÇÃO DE MORADIA:
( ) CASA PRÓPRIA ( ) CASA ALUGADA
( ) MORA COM A FAMÍLIA ( ) MORA SOZINHO ( ) MORA COM OUTRAS PESSOAS

SEGUNDA PARTE DO QUESTIONÁRIO

1) Qual (is) sua (s) maior (es) dificuldade (s) em relação ao cuidado?
2) O que faz para tentar superar as dificuldades em torno do cuidado?
3) O processo de cuidado é partilhado com outras pessoas?
4) Como é feita a divisão de horários entre os que participam do cuidado?
5) Desenvolveu algum problema de saúde durante o processo de cuidado?
6) Se sim, quais orientações recebeu de profissionais de saúde para solucionar o problema?
7) Qual seu sentimento em relação ao cuidado?
8) Cite e descreva quais os sentimentos que já sentiu durante todo o processo de cuidado?
9) Qual foi a pior fase da doença? Por quê?
10) O tempo oferecido ao cuidado permite que você tenha tempo de lazer?

ANEXOS

ANEXO A –Termo de Autorização Institucional



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA -UNIFIP
PATOS - PB

UNIFIP
CENTRO UNIVERSITÁRIO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Mayara Leal Almeida Costa, Coordenadora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário de Patos - UNIFIP, venho autorizar o desenvolvimento na referida instituição da pesquisa intitulada: **"Repercussão do Alzheimer na família de pacientes acometidos pela doença"**, sob responsabilidade da discente matriculada no Curso de Bacharelado em Fisioterapia do UNIFIP, Elayne Batista Pereira, matrícula 2017.1.013.044, sob orientação da Professora Mestre Samara Campos de Assis, do Curso de Bacharelado em Fisioterapia do UNIFIP. A pesquisa será aplicada a um paciente com diagnóstico de alzheimer e sua família, na ciade de Patos/PB. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Patos, 03 de dezembro de 2020.

UNIFIP
MAYARA LEAL ALMEIDA COSTA
Coord. do Curso de Bacharelado em Fisioterapia

MAYARA LEAL ALMEIDA COSTA
Coordenadora do Curso de Bacharelado em Fisioterapia - UNIFIP

Rua Horácio Nóbrega, S/N - B. Belo Horizonte | CEP: 58.704-000
(83) 3421.7300

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES FUNCIONAIS (Pfeffer)

1) Ele (Ela) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?

□ normal

□ faz com dificuldade □ nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
□ necessita de ajuda □ nunca o fez e agora teria dificuldade
□ não é capaz

2) Ele (Ela) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?

□ normal
□ faz com dificuldade □nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
□ necessita de ajuda □nunca o fez e agora teria dificuldade
□ não é capaz

3) Ele (Ela) é capaz de manusear seus próprios remédios?

□ normal
□ faz com dificuldade □ nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
□ necessita de ajuda □ nunca o fez e agora teria dificuldade
□ não é capaz

4) Ele (Ela) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?

□ normal
□ faz com dificuldade □ nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
□ necessita de ajuda □ nunca o fez e agora teria dificuldade
□ não é capaz

5) Ele (Ela) pode ser deixado (a) sozinho (a) de forma segura?

□ normal
□ faz com dificuldade □ nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora
□ necessita de ajuda □ nunca o fez e agora teria dificuldade
□ não

ANEXO C – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPERCUSSÃO DO ALZHEIMER NA FAMILIA DE PACIENTES ACOMETIDOS PELA DOENÇA

Pesquisador: Samara Campos de Assis

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 40937920.8.0000.5181

Instituição Proponente: Fundação Francisco Mascarenhas/Faculdade Integradas de Patos-FIP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.604.379

Apresentação do Projeto:

De acordo com a proponente: "A Doença de Alzheimer é a forma de demência mais comum entre idosos e tem aumentado de forma gradual com o envelhecimento da população.Conhecer a Doença de Alzheimer, a demanda de cuidados produzidos pela doença e seu impacto na vida do cuidador familiar, dão uma noção da dimensão dos problemas enfrentados no cotidiano das famílias. Trata-se de uma pesquisa de campo de caráter descritivo com abordagem qualitativa onde objetivou-se identificar o impacto que a Doença de Alzheimer causa na família. Voltada para avaliar a repercussão que o diagnóstico da Doença de Alzheimer causa na família do paciente acometido, a população foi constituída por um voluntário com diagnóstico clínico de Doença de Alzheimer da cidade de Patos-PB e, respectivamente, pelos seus cuidadores.Utilizando como ferramenta para coleta de dados um questionário semi-estruturado contendo perguntas sobre a repercussão do diagnóstico da doença e a sua convivência até os dias de hoje. Procura-se mostrara importância do estudo a respeito do tema."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:Identificar o impacto que a doença de Alzheimer causa na família.

Objetivo Secundário: Verificar os principais problemas enfrentados pela família do paciente com Alzheimer; Compreender as caracteristicas e as fases da doença de Alzheimer; Descrever as

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cep@fiponline.edu.br

mudanças ocorridas no ambiente familiar com o idoso com Alzheimer.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela RESOLUÇÃO 510/2016.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verifica-se direcionamento metodológico adequado à realização de um trabalho com relevância acadêmica, científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Cumpridas as pendências lançadas no parecer anterior, nos posicionamos de maneira Favorável à realização do trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:

Com base nos parâmetros estabelecidos pelas RESOLUÇÕES 466/2012, 510/2016 e 580/2018 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM/EM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em Pesquisa Centro Universitário de Patos/UNIFIP considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução.

Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo.

Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após o envio do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1679691.pdf	18/03/2021 21:56:20		Aceito
Folha de Rosto	folhaelayne.pdf	11/12/2020 20:04:57	Samara Campos de Assis	Aceito
Outros	autoelayne.pdf	11/12/2020 20:02:15	Samara Campos de Assis	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoelayne.pdf	11/12/2020 19:59:51	Samara Campos de Assis	Aceito
Outros	questionarioelayne.pdf	11/12/2020 19:57:51	Samara Campos de Assis	Aceito

Cronograma	cronogramaelayne.pdf	11/12/2020 19:55:19	Samara Campos de Assis	Aceito
Orçamento	orcamentoelayne.pdf	11/12/2020 19:54:45	Samara Campos de Assis	Aceito
Outros	termoelayne.pdf	11/12/2020 19:46:58	Samara Campos de Assis	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleelayne.pdf	11/12/2020 19:45:23	Samara Campos de Assis	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PATOS, 22 de Março de 2021

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador(a))

APÊNDICE D - INSTRUÇÕES PARA AUTORES DO JOURNAL OF MEDICINE AND HEALTH PROMOTION

Faculdades Integradas de Patos
Curso de Medicina
v. 1, n. 1, mês./mar 2016, p. XX-XX.
ISSN: XXXXXXXXXXXXXXX
DOI: 10.3895/S2175-085820130001000XX

FORMATAÇÃO DOS ARTIGOS PARA OJOURNAL OF MEDICINE AND HEALTH PROMOTION

TO FORMAT THE ARTICLES TO THE *JOURNAL OF MEDICINE AND HEALTH PROMOTION*

Fulano de Tal
Instituição – SIGLA – Cidade – Estado - País
fulano@gmail,com

Beltrano de Tal
Instituição – SIGLA – Cidade – Estado - País
beltrano@gmail.com

RESUMO
Objetivo: Objetivo. objetivo. objetivo. objetivo. objetivo. objetivo. objetivo. objetivo. objetivo. objetivo. objetivo. objetivo. objetivo. objetivo. objetivo. objetivo.
Métodos: As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa.
Resultados:descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações, ou seja, sem as discussões.
Conclusões: A conclusão dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações.

Palavras-Chave:Saúde.Medicina.Promoção de Saúde.

ABSTRACT
Objective: Objective. Objective. Objective. Objective. Objective. Objective. Objective. Objective. Objective. Objective. Objective. Objective. Objective. Objective. Objective. Objective.
Methods: Methods. Methods. Methods. Methods. Methods. Methods. Methods. Methods. Methods. Methods. Methods. Methods. Methods. Methods. Methods. Methods.
Results: Results. Results. Results. Results. Results. Results. Results. Results. Results. Results. Results. Results. Results. Results. Results. Results.
Conclusions: The authors' conclusionon the resultsandtheir main implications.

Keywords:Health. Medicine. Health Promotion.

1. Introdução

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4 e enviados para o e-mail: jmhp@med.fiponline.edu.br. As margens superior e esquerda 3cm, inferior e direita devem ter 2cm. Os trabalhos deverão conter **até 5.000 palavras**, excluindo resumos, tabelas, figuras **(MÁXIMO SEIS)**e referências. O artigo deve ser escrito no programa *Word for Windows*, em versão 6.0 ou superior. Se você está lendo este documento, significa que você possui a versão correta do programa. Os artigos devem ser enviados SOMENTE no formato .doc ou .docx. UTILIZEeste arquivo para digitar/diagramar o trabalho.

O cabeçalho deve figurar exatamente como consta no presente documento, bem como a paginação, que não deve diferir da paginação utilizada no modelo.

Título e subtítulo (se houver): deve estar na segunda linha da primeira página, em posição centralizada, com tipo de fonte *verdana*, tamanho 10, em negrito, com todas as letras em maiúsculo e em espaçamento entre linhas1,5 e possuir no máximo 12 palavras. Artigos devem ter título e subtítulo (se houver) em português e inglês. Os títulos em inglês aparecem separados por uma linha, todo em maiúsculo e em *itálico*.

Dados dos autores: o nome do primeiro autor deve vir duas linhas abaixo do último título, alinhado à direita, com fonte*verdana*, tamanho 10, espaçamento simples, com primeira letra de cada nome em maiúscula e o restante em minúsculo. Uma linha abaixo do nome do primeiro autor deve constar o vínculo institucional, contendo nome da instituição, sigla, cidade e país, separados pelo caractere "**–**", sem aspas. Na linha seguinte ao vínculo institucional deve constar o e-mail do autor. O nome dos demais autores (caso houver) deve constar duas linhas abaixo no nome do primeiro autor, seguido de seu vínculo institucional na linha subsequente ao nome e e-mail na linha seguinte ao vínculo institucional. Não devem ser utilizadas abreviaturas nos nomes dos autores.

RESUMO (seguir exatamente como no modelo): duas linhas abaixo do nome dos autores, o resumo deve ser na própria língua do trabalho, com no **máximo 250palavras**. Deve-se utilizar texto com fonte *verdana*, justificado, tamanho 10.O resumo deve ser apresentado no formato estruturado, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões.

Palavras-chave: uma linha abaixo do resumo. Deve conterentre três e cinco palavras-chave, no mesmo idioma do trabalho, separadas entre si por ponto e finalizadas também por ponto, fonte *verdana*, justificado, tamanho 10, com espaçamento entre linhas simples. As palavras devem ser extraídas dos **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)** disponível no endereço: http://decs.bvs.br/.

Abstract:o mesmo padrão do resumo, só que em inglês (traduções do google implicarão na não aceitação do trabalho).

Keywords:o mesmo padrão do resumo, só que em inglês.

Títulos das sessões: os títulos das sessões devem ser posicionados à esquerda, em negrito, numerados com algarismos arábicos. Deve-se utilizar texto com fonte *verdana,* tamanho 10, em negrito. Não coloque ponto final nos títulos. O título da *primeira* seção deve ser posicionado uma linha abaixo das palavras chaves. Entre uma seção e outra, considerar uma linha de intervalo.

Corpo do texto: o texto deve iniciar uma linha abaixo do título das seções. Utilize fonte tipo v*erdana,* tamanho 10, justificado, com espaçamento entre linhas 1,5. Deve ser

utilizada fonte tipo v*erdana,* tamanho 10e espaçamento entre linhas simples em notas de rodapé, entrelinhas de quadros e tabelas e legendas de figuras, quadros, tabelas e equações.

Negrito deve ser utilizado para **dar ênfase** a termos, frases ou símbolos. Itálico deverá ser utilizado apenas para palavras em língua estrangeira (*for exemple*).

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: **Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusões** e **Referências** embora outros formatos possam ser aceitos. Em pesquisas relacionadas a seres humanos deverá constar, no último parágrafo da seção Métodos, o número do protocolo e data de aprovação do **Comitê de Ética.**

Notas: As notas devem ser reduzidas ao mínimo e digitadas em pé de página, numeradas a partir de 1. Usar **fonte 8**, *verdana*, justificado. Se houver nota no título, ela receberá asterisco e não numeração. As notas não devem ser utilizadas para referenciar documentos. (SUGERE-SE SEMPRE EVITÁ-LAS).

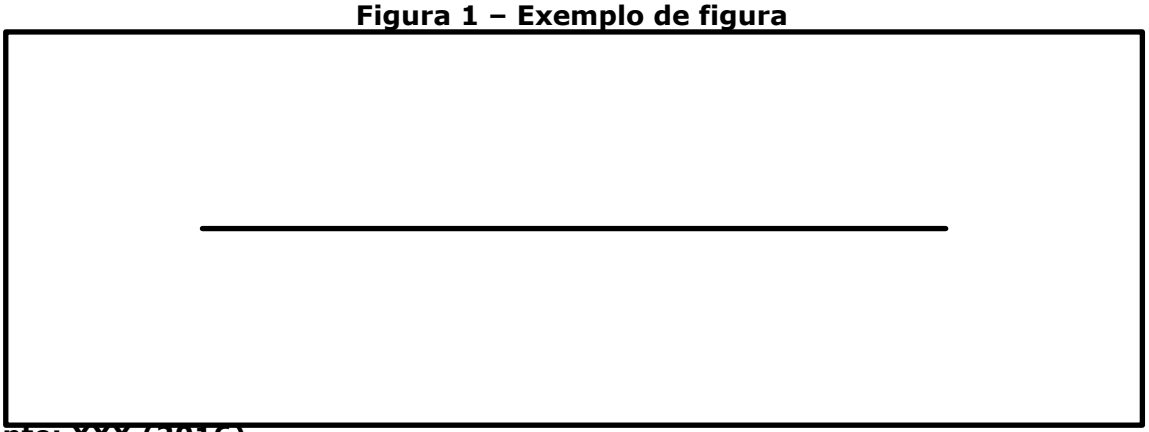
Siglas e abreviações: para o uso de siglas e abreviações, os termos por extenso, correspondentes devem preceder sua primeira utilização no texto, com exceção de unidades de medidas padronizadas.

2. Formatação de ilustrações e tabelas

Qualquer que seja o tipo de ilustração(**MÁXIMO SEIS),** sua identificação aparece na parte superior, precedida da palavra designativa (desenho, esquema, fluxograma, fotografia, gráfico, mapa, organograma, planta, quadro, retrato, figura, imagem, entre outros), seguida de seu número de ordem de ocorrência no texto, em algarismos arábicos, travessão e do respectivo título. Após a ilustração, na parte inferior, indicar a fonte consultada (elemento obrigatório, mesmo que seja produção do próprio autor), legenda, notas e outras informações necessárias à sua compreensão (se houver).

A ilustração deve ser citada no texto e inserida o mais próximo possível do trecho a que se refere. Para melhor visualização dos objetos, deve ser previsto um espaço simples entre texto-objeto e entre fonte-texto. Ver, por exemplo, a Figura 1.

Figura 1 – Exemplo de figura



Fonte: XXX (2016).

No caso de quadros, deve ser seguida a estrutura demonstrada no Quadro 1:

Quadro 1 - Evolução do conceito da variável X

Autor	Conceito
Fulano (2014)	XXXXXXXXXXXXXXX.
Beltrano (2015)	XXXXXXXXXXXXXXX.
Sicrano (2016)	XXXXXXXXXXXXXXX.

Fonte: Adaptado de Fulano (2016).

Tabelas e quadros devem estar centralizados e conter apenas dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito extensos.

Tabela 1 – Exemplo de tabela

Idade	Percentual
Até 20 anos	0%
Entre 21 e 30 anos	10%
Entre 31 e 40 anos	20%
Entre 41 e 50 anos	30%
Acima de 51 anos	40%

Fonte: Fulano (2016).

Os itens das ilustrações e das tabelas devem ser escritos utilizando fonte v*erdana,* tamanho 10. O espaçamento entre os itens deve ser simples, conforme ilustrado na Tabela 1:

Todas as figuras, quadros, tabelas e equações devem obrigatoriamente conter legenda e fonte. Devem ser limitadas a cinco no conjunto, incluindo apenas dados imprescindíveis, evitando-se que os mesmos sejam muitos extensos. Outro item importante, é que não devem repetir dados já inseridos no texto, ou vice-versa.

Caso os dados sejam inéditos e provenientes de uma pesquisa de campo realizada pelos próprios autores do artigo, essa especificação deve constar na fonte, juntamente com o ano da pesquisa de campo. Nesse caso a fonte deve ser:**Autoria própria (2016) ou Dados de Pesquisa (2016).**

3. Citações e referências

Para a composição do texto do Journal of Medicine and Health Promotiondeve-se adotar as normas de publicação "Requisitos Uniformes" (Estilo Vancouver). Os manuscritos submetidos devem ser redigidos em português.

Citações: para citações "ipsis literis" de referências devem-se usar aspas na sequência do texto. As citações de falas/depoimentos dos sujeitos da pesquisa devem ser apresentadas em letra tamanho 10, em estilo itálico e na sequência do texto.

Referências: serão permitidas até 30 referências em artigos originais e livre para artigos de revisão. Devem ser atualizadas (últimos 5 anos, preferencialmente) e procedentesde periódicos qualificados. Deve-se evitar o uso de dissertações, teses, livros, documentos oficiais e resumos em anais de eventos. A exatidão das informações nas referências é de responsabilidade dos autores.

No texto devem ser numeradas consecutivamente, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez, identificadas por números arábicos sobrescritos sem parênteses, sem espaços da última palavra para o número, sem menção aos autores.

Ao fazer a citação sequencial de autores, separe-a por um traço ex. [1-3]; quando intercalados utilize vírgula ex. [2,6,11].

Agradecimentos

Os agradecimentos, se houver, deverão ser alocados antes das referências.

Referências

1. Flores EC. O conceito de "comunidade humana universal" na obra de Guerreiro Ramos Cad. EBAPE.BR. 2015; 13(esp):573-92.

2. Verardi CEL, Miyazaki MCOS, Nagamine KK, Lobo APS, Domingos, NPM. Esporte, stress e burnout. Estud. psicol. 2012; 29(3):305-13.

3. Antunes R, Praun L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. Serv. Soc. Soc. 2015; 123:407-27.

4. Dias AG, Matos RF, Braga DLC, Magossi A, Diniz AC, Antonio LS. Riscos Ocupacionais em Atividade de Coleta de Resíduos Sólidos Occupational. E&S. 2015;1(3):3-17.

5. Pataro SMS, Fernandes RCP. Heavy physical work and low back pain: the reality in urban cleaning. Rev Bras Epidemiol. 2014;17(1):17-30.

6. Sousa VL, Fernandes ALC, Bezerra ALD, Nunes EM, Sousa MNA. Estresse ocupacional e qualidade de vida de profissionais da limpeza urbana. Rev. Saúde Públ. Santa Cat. 2015;8(2):8-20.

7. Gomes CC, Oliveira RS Agentes de limpeza pública: um estudo sobre a relação prazer/sofrimento no ambiente laboral. Psicol. cienc. Prof.2013;33(spe):138-53.

8. Mabuchi AS, Oliveira DF, Lima MP, Conceição MB, Fernandes H. The use of alcohol by workers of the garbage collection service. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15(3):446-52.

9. Marcolino AV, Siqueiro JCF, Barroso BIL. Efeitos do trabalho em turnos nos controladores de tráfego aéreo: uma revisão sistemática baseada no método PRISMA. Cad. Ter. Ocup. UFSCar. 2015;23(2):393-402.

10. Coleta ASM, Coleta MFD. Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. Psico-USF. 2008;13(1):59-68.

11. Lipp MN. Stress e suas implicações. Estudos de Psicologia. 1984;1(3-4):5-19.

12. Chiavenato I. Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações. 4th ed. Barueri: Manole; 2014.

13. Leme A, Maia I. Evaluation of fatigue at work in teachers using modern resources in the classroom. Procedia Manufacturing. 2015;3:4852-9.

14. Reis RS, Hino AA, Añez CR. Perceived stress scale: reliabilityandvaliditystudy in Brazil. J Health Psychol. 2010;15(1):107–14.

Exemplos de como elaborar as referências a partir do tipo de documento

Nos artigos publicados em periódicos, o nome do periódico deve aparecer preferencialmente abreviado. Os títulos abreviados devem ser obtidos na PubMed Journals database ou o título abreviado usado na Scielo.
Em referências com mais de seis autores a expressão et al deve ser usada após o sexto autor.

Artigo pulicado em periódico científico

Coleta ASM, Coleta MFD. Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. Psico-USF. 2008;13(1):59-68.

Verardi CEL, Miyazaki MCOS, Nagamine KK, Lobo APS, Domingos, NPM. Esporte, stress e burnout. Estud. psicol. 2012; 29(3):305-13.

Artigo publicado em periódico científico eletrônico:

Reis LN, Carmo BP, Miasso AI, Gherardi-Donato ECS. Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas de portadores de depressão. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 [acesso em: 10 fev 2016];15(4):862-9. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.18905.

Livro, com único autor:

Demo P. Autoajuda: uma sociologia da ingenuidade como condição humana. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2005.

Livro, com organizador, editor, compilador como autor:

Brigth MA, editor. Holisticnursingandhealing. Philadelphia: FA Davis Company; 2002.

Capítulo de livro:

Medeiros M, Munari DB, Bezerra ALQ, Alves MA. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Ghilhem D, Zicker F, editors. Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios. Brasília: Letras Livres UnB; 2007. p. 99-118.

Livro, com autoria de instituição:

Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquista. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2000. 44 p.

Monografia:

Pazzini LT. Caracterização genotípica de microrganismos isolados de infecções da corrente sanguínea relacionadas a cateteres em recém-nascidos [monografia]. São Paulo: Unesp; 2010.

Dissertação**:**

Coelho MA. Planejamento e execução de atividades de enfermagem em hospital de rede pública de assistência, em Goiânia/GO [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2007. 119 p.

Tese:

Souza ACS. Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2001. 65 p.

Legislação:

Resolução Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. 12 dez 2012.