

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE  
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM  
GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

**BRENDA PALLES DE ABREU  
BRUNA FACHETTI FERREGUETE  
FERNANDA KÜSTER LINHAUS**

**SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES COM  
TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAIOR: IMPACTO NO  
DESGASTE EMOCIONAL E COGNIÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR  
IDOSO**

**VITÓRIA  
2024**

BRENDA PALLES DE ABREU  
BRUNA FACHETTI FERREGUETE  
FERNANDA KÜSTER LINHAUS

**SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES COM  
TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAIOR: IMPACTO NO  
DESGASTE EMOCIONAL E COGNIÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR  
IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Graduação em Medicina  
da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como  
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel  
em Medicina.

Orientador: Prof. Dr. Renato Lírio Morelato

VITÓRIA  
2024

**BRENDA PALLES DE ABREU  
BRUNA FACHETTI FERREGUETE  
FERNANDA KÜSTER LINHAUS**

**SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES COM TRANSTORNO  
NEUROCOGNITIVO MAIOR: IMPACTO NO DESGASTE EMOCIONAL E  
COGNIÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR IDOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

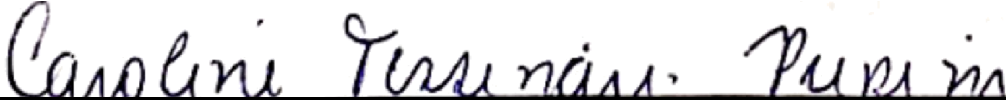
Aprovada em 24 de Maio de 2024.

**BANCA EXAMINADORA**

 Documento assinado digitalmente  
RENATO LÍRIO MORELATO  
Data: 25/05/2024 18:15:06-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>


---

Renato Lírio Morelato, Professor Adjunto de Geriatria da EMESCAM  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Orientador(a)



---

Caroline Tessinari Pupim MD MS  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

 Documento assinado digitalmente  
INGRID ARDISSON COLODETE  
Data: 25/05/2024 16:59:21-0300  
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

---

Ingrid Ardisson Colodete  
Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória ES

Dedicamos este trabalho à toda comunidade acadêmica envolvida na elaboração e execução do projeto, bem como aos pacientes e suas famílias, pela solicitude em um assunto, por vezes, tão sensível. A todos vocês, muito obrigada!

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por nos proporcionar perseverança durante toda a nossa caminhada.

Aos nossos pais pelo apoio e incentivo que serviram de alicerce para as nossas realizações.

Ao nosso orientador, Dr. Renato Morelato, pela sua dedicação e paciência durante a execução do projeto. Seus conhecimentos e amor pelos pacientes fizeram grande diferença no resultado final deste trabalho.

Somos gratas também a todos os profissionais do Serviço de Geriatria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão deste trabalho.

E, por fim, mas não menos importante, gostaríamos de agradecer aos pacientes e suas famílias, por terem confiado na realização da nossa pesquisa e compartilhado conosco as suas experiências, que foram essenciais para a realização deste trabalho.

“Acho que nunca passei um minuto sequer considerando a razão por que eu fazia aquele trabalho ou se aquilo valia a pena. A vocação de proteger a vida – e não só a vida, mas a identidade do outro, talvez a alma do outro – tinha um óbvio viés sagrado.”

Paul Kalanithi

## RESUMO

**Introdução:** As manifestações neuropsiquiátricas são sinais e sintomas em transtornos da percepção, conteúdo, pensamento, humor ou comportamento. O cuidador informal é definido como a pessoa que se dedica aos cuidados do paciente sem receber remuneração pela tarefa realizada. **Objetivo:** Analisar a presença de sintomas neuropsiquiátricos em pacientes com demência e seu impacto na autopercepção de saúde e o desgaste emocional em cuidadores familiares idosos. **Método:** Estudo do tipo corte transversal, descritivo e exploratório. Entrevistou-se cuidadores familiares com idade superior a 60 anos, após concordarem em participar do projeto e mediante assinatura do TCLE. As entrevistas foram realizadas em consulta em um serviço de referência em atendimento a pessoas idosas de um hospital filantrópico de ensino. Avaliaram-se os sintomas neuropsiquiátricos através do Instrumento Neuropsiquiátrico (INP) e foi utilizada também uma escala qualitativa de autopercepção da saúde. As respostas foram divididas em variável dicotômica: autopercepção de saúde positiva (respostas normal, boa e muito boa) ou negativa (respostas ruim e muito ruim). Projeto aprovado no CEP EMESCAM, sob nº 5.511.144 (05/06/2022). **Resultado:** Trinta e seis cuidadores familiares foram entrevistadas, todos com idade superior a 60 anos, sendo 86,4% na faixa de 60-69 e 88,9% do sexo feminino; além disso, 44,5% dos entrevistados eram casados e, do total de cuidadores, 38,9% relataram uma autopercepção negativa de saúde. Os pacientes apresentavam dependência funcional grave em 47,2 % dos casos e, dentre os transtornos neurocognitivos analisados, 60% eram referentes à demência da Doença de Alzheimer. Os sintomas neuropsiquiátricos que ocasionaram maior desgaste emocional e impacto na autopercepção de saúde negativa dos cuidadores idosos foram: agitação, depressão, ansiedade e irritabilidade. **Conclusão:** Os sintomas neuropsiquiátricos presentes no estágio evolutivo da demência foram muito frequentes em pacientes idosos e ocasionaram um grande desgaste em seus familiares, com influência na autopercepção negativa da saúde. É fundamental a continuação de pesquisas com tal abordagem para que os cuidadores tenham o devido amparo que necessitam.

**Palavras-chave:** demência; sintomas comportamentais; cuidadores; idoso.

## ABSTRACT

**Introduction:** Neuropsychiatric manifestations are signs and symptoms in disorders of perception, content, thought, humor or behavior. The informal caregiver is defined as a person who dedicates themselves to patient's care without receiving remuneration for the task performed. **Objective:** Analyze the presence of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia and their impact on self-perceived health and emotional exhaustion in elderly family caregivers. **Method:** Cross-sectional, descriptive and exploratory study. Family caregivers over the age of 60 were interviewed, after agreeing to participate in the project and signing the TCLE. The interviews were carried out in a medical examination at a reference service for elderly people in a philanthropic teaching hospital. Neuropsychiatric symptoms were assessed using the Neuropsychiatric Instrument (NPI) and a qualitative self-perceived health scale was also used. The answers were divided into a dichotomous variable: positive self-perception of health (normal, good and very good answers) or negative (bad and very bad answers). Project approved by CEP EMESCAM, under number 5.511.144 (06/05/2022). **Result:** Thirty-six family caregivers were interviewed, all over 60 years old, being 86,4% in the 60-65 age range and 88,9% female; furthermore, 44.5% of interviewed were married and, of the total number of caregivers, 38.9% reported a negative self-perception of health. Patients presented severe functional dependence in 47.2% of cases and, among the neurocognitive disorders analyzed, 60% were related to Alzheimer's disease dementia. The neuropsychiatric symptoms that caused bigger emotional exhaustion and impacted the negative self-perception of health of elderly caregivers were: agitation, depression, anxiety and irritability. **Conclusion:** Neuropsychiatric symptoms present in the evolutionary stage of dementia were very common in elderly patients and caused significant distress in their families, influencing negative self-perception of health. It is essential to continue research with this approach so that caregivers have the support they need.

**Keywords:** dementia; behavioral symptoms; caregivers; aged.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Sintomas neuropsiquiátricos: frequência, desgaste emocional e autopercepção negativa de saúde dos cuidadores familiares idosos .....	16
--	----

## LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ADRA	Alzheimer's Disease and Related Disorders Association
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CDR	The Clinical Dementia Rating
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DA	Doença de Alzheimer
DCL	Demência por Corpúsculos de Lewy
DFT	Degeneração frontotemporal
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - 4ª edição
FAPES	Fundação de Amparo à Pesquisa Espírito Santo
INP	Instrumento Neuropsiquiátrico
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NINCDS	National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke
SCPD	Sintomas Comportamentais e Psicológicos da Demência
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>13</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>16</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>18</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>22</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>25</b>
	APÊNDICE A - TCLE	<b>25</b>
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO	<b>27</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>31</b>
	ANEXO A - CERTIFICADO CEP	<b>31</b>
	ANEXO B - QUESTIONÁRIO INP	<b>32</b>
	ANEXO C - ESCALA DE AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE	<b>36</b>

## INTRODUÇÃO

As manifestações neuropsiquiátricas, também denominadas sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD), se definem por um conjunto de sintomas e sinais relacionados aos transtornos da percepção, do conteúdo do pensamento, do humor ou do comportamento (Caramelli; Bottino, 2007). Ocorrem em 80-90% dos pacientes durante o curso da demência (Aalten *et al*, 2005) e variam de acordo com a gravidade e o subtipo da doença, afetando regiões específicas do cérebro (Srikanth; Ratnavalli; Nagajara, 2005).

O cuidador informal é definido na literatura como a pessoa que se dedica aos cuidados do paciente sem receber remuneração pela tarefa que desempenha (Schulz; Martire, 2004). Familiares que atuam como cuidadores informais não remunerados de pacientes idosos com dependência funcional ou cognitiva assumem várias responsabilidades de cuidado, desde auxiliar nas atividades da vida diária (por exemplo, preparação de refeições, transporte) até acompanhá-los às consultas médicas e ajuda na manutenção financeira.

Sendo assim, alguns estudos mostraram que os cuidadores podem ter a função cognitiva comprometida e, que esse comprometimento, está associado ao atendimento insuficiente do paciente. Em um estudo publicado em 2014, observa-se que as manifestações neuropsiquiátricas estavam presentes em 98% dos pacientes, sendo as principais no grupamento hiperativo (agitação e comportamento motor aberrante). Isoladamente, o comportamento motor aberrante foi a manifestação mais frequente, enquanto a agitação apresentou maior gravidade entre os pacientes e foi relatada como o sintoma mais desgastante pelos cuidadores, que eram predominantemente filhas. Além disso, múltiplas correlações entre sintomas foram encontradas, sendo as mais prevalentes: delírio e alucinação; delírio e ansiedade; delírio e disforia; agitação e irritabilidade (Bremenkamp *et al*, 2014).

Ainda neste contexto, foi observada, em pacientes com doença de Alzheimer, uma exacerbação da frequência dos sintomas neuropsiquiátricos ao entardecer – denominada síndrome do entardecer, principalmente quando o paciente apresentava uma associação de sintomas neuropsiquiátricos.

## **2 OBJETIVOS**

O objetivo deste estudo foi analisar a presença de sintomas neuropsiquiátricos em pacientes portadores de transtorno neurocognitivo, bem como o impacto na qualidade de vida de seus cuidadores familiares com 60 anos de idade ou mais, em relação a seu desgaste emocional e autopercepção de saúde.

### 3 MÉTODO

Estudo do tipo corte transversal, descritivo e exploratório. Para sua realização, foram entrevistados os cuidadores familiares, com idade superior a 60 anos, mediante concordância prévia, com leitura e assinatura do TCLE o qual continha os objetivos e atribuições do estudo. Foram incluídos 36 cuidadores familiares de ambos os sexos, sem distinção de raça e *status* socioeconômico.

As entrevistas foram realizadas durante consulta em um serviço de referência em atendimento a pessoas idosas de um hospital filantrópico de ensino, durante um período de 10 meses. Para sua realização, foi reservada uma sala separada e, então, aplicado um questionário, por estudantes de iniciação científica do curso de medicina, as quais foram treinadas, através da elaboração de um roteiro semi-estruturado, pelo pesquisador principal, para tal realização.

Os sintomas neuropsiquiátricos podem ser observados em pacientes diagnosticados ou em hipótese diagnóstica de algum tipo de demência, tal diagnóstico provável de demência é descrito no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* - quarta edição (DSM-IV) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) e no National Institute of Neurological and Communicative Diseases and Stroke/Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS-ADRDA).

Durante a realização das pesquisas foi garantida plena liberdade em recusar a participação no projeto ou, até mesmo, retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Bem como garantidas as manutenções do sigilo e da privacidade durante toda a fase da pesquisa, além de ter sido fornecida cópia do TCLE ao participante, a fim de que pudesse ter em mãos, a qualquer momento que desejasse, um breve resumo explicativo da entrevista a qual estava concedendo sua participação.

A fim de avaliar a funcionalidade e a dependência dos pacientes com transtorno neurocognitivo empregou-se a escala Katz, que considera as atividades básicas de vida diária (ABVD) e a escala de Lawton & Brody (Lawton; Brody, 1969), que engloba as atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

As atividades básicas de vida diária (ABVD) são aquelas que se referem ao autocuidado, ou seja, são as atividades fundamentais necessárias para realizá-lo, como tomar banho, vestir-se, promover higiene, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ter continência, capacidade de alimentar-se e deambular. Para tal,

empregou-se a escala de Katz, a qual estratifica esse paciente por meio de um sistema de pontuações (Katz; Akpom, 1976). Assim, tem-se pontuação: 0 – independente em todas as seis funções; 1 – independente em cinco funções e dependente em uma função; 2 – independente em quatro funções e dependente em duas funções; 3 – independente em três funções e dependente em três funções; 4 – independente em duas funções e dependente em quatro funções; 5 – independente em uma função e dependente em cinco funções; e 6 – dependente em todas as seis funções.

No que tange a um estilo de vida independente e ativo na comunidade, executando as atividades rotineiras do dia a dia, o idoso deve usar os recursos disponíveis no meio ambiente. Assim, o conjunto dessas atividades, associado a meios para realizá-las foi denominado atividades instrumentais da vida diária (AIVD), tendo sido empregada a escala de Lawton & Brody para sua avaliação. A pontuação máxima é de 27 pontos, correspondendo à maior independência, enquanto a pontuação mínima de 9 pontos relaciona-se à maior dependência.

Para associar a intensidade dos sintomas neuropsiquiátricos com a autopercepção de saúde do familiar cuidador, empregou-se o Instrumento Neuropsiquiátrico (INP) que é um instrumento confiável, validado, constituído de um questionário, administrado ao cuidador familiar, composto por perguntas estruturadas a respeito da intensidade e da frequência de manifestações neuropsiquiátricas, observadas no último mês, em pacientes com diagnóstico de demência (Camozzato *et al*, 2008).

Doze são os sintomas comportamentais descritos, sendo que, devido à ocorrência concomitante dos distúrbios, um consórcio europeu os agrupou em quatro subsíndromes: hiperatividade (agitação, euforia, desinibição, irritabilidade e comportamento motor aberrante); psicose (alucinações, delírios e distúrbios do sono); sintomas afetivos (depressão e ansiedade); e apatia (apatia e distúrbio da alimentação) (Aalten *et al*, 2005).

Em cada sintoma, perguntou-se ao cuidador familiar, através de um sistema de pontuações, sobre a frequência (variava de 1 a 4, sendo 1 = ausente e 4 = muito frequente), intensidade (variando de 1 a 3, sendo 1 = leve e 3 = acentuada) e o quanto esse sintoma desgasta o cuidador (variando de 0 a 5, sendo 0 = ausência de desgaste e 5 = quase insuportável). O escore total é obtido pela multiplicação da frequência pela intensidade, podendo variar de 0 a 144 pontos. O desgaste ou sobrecarga do

cuidador também é avaliado, mas não é computado no escore total (Kaufer *et al*, 1998).

O estágio evolutivo da demência foi determinado pelo “The Clinical Dementia Rating” (CDR), um instrumento que determina o estágio de comprometimento funcional da demência, por meio de entrevistas semiestruturadas, com o paciente e o cuidador/familiar, que avaliam cognição e comportamento do paciente, bem como a influência das perdas cognitivas na sua capacidade de realizar adequadamente as atividades de vida diária. Está dividido em seis categorias cognitivo-comportamentais: memória, orientação, julgamento e resolução de problemas, relações comunitárias, atividades no lar ou de lazer e cuidados pessoais. Cada uma das seis categorias deve ser classificada em: 0 (nenhuma alteração); 0,5 (questionável); 1 (demência leve); 2 (demência moderada); e 3 (demência grave). A memória é considerada categoria principal, ou seja, de maior significado, e as demais são categorias secundárias (Morris, 1993).

A Escala de Autopercepção da Saúde foi usada para avaliação do cuidador familiar em uma escala qualitativa que engloba as percepções muito ruim, ruim, normal, boa e muito boa. Para as análises estatísticas, as respostas foram divididas - através de uma variável dicotômica - em autopercepção de saúde positiva (respostas normal, boa e muito boa) ou negativa (respostas ruim e muito ruim) (Reichert; Loch; Capilheira, 2012).

Para análise dos dados, empregou-se a estatística descritiva, sendo as variáveis categóricas descritas por porcentagem; as variáveis contínuas representadas pela tendência central (média ou mediana) e a variabilidade pelo desvio-padrão. O software SPSS 25 foi empregado para análise dos dados. Foram considerados significantes p-valor 0,05. Projeto aprovado no CEP EMESCAM, sob nº 5.511.144 (05/06/2022).



## 4 RESULTADOS

**Tabela 1: SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS: FREQUÊNCIA, DESGASTE EMOCIONAL E AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA DE SAÚDE DOS CUIDADORES FAMILIARES IDOSOS**

<b>Sintomas neuropsiquiátricos</b>	<b>Frequência (%)</b>	<b>Desgaste Emocional (%)</b>	<b>Autopercepção de saúde negativa (%)</b>
Delírios	52,8	27,8	30,8
Alucinações	38,6	25,1	15,4
Agitação / Agressividade	55,6	47,2	53,9
Disforia / Depressão	38,9	30,6	38,5
Ansiedade	25	19,5	38,5
Euforia / Elação	8,3	5,6	7,7
Apatia	58,3	30,5	23,1
Desinibição	8,3	5,6	0
Irritação	25	19,5	30,8
Comportamento motor aberrante	38,9	16,7	7,7
Comportamentos noturnos	52,8	27,9	30,8
Apetite e Alteração alimentar	41,7	25	30,8

Fonte: elaborado pelo autor (2024)

Trinta e seis cuidadores familiares foram incluídos, 88,9% do sexo feminino, 44,5% casados, 86,5% com idade de 60-69 anos e 14,6% com 70 ou mais anos de idade. Os pacientes apresentavam dependência funcional para atividades da vida diária em 47,2% dos casos, além disso, 60% eram portadores de demência da Doença de Alzheimer (DA). Quatorze cuidadores (38,9%) autodeclararam autopercepção negativa de saúde (ruim ou muito ruim).

Dentre os sintomas neuropsiquiátricos, os mais frequentes foram: apatia (58,3%), agitação (55,6%), delírio e comportamento noturno (52,8% cada). Agressividade (47,2%), delírio (30,6%), apatia (30,5%) e comportamento noturno (27,9%) foram os que geraram maior desgaste ao familiar cuidador (vide tabela 1). A maioria dos pacientes (90%) apresentavam estágio evolutivo moderado/grave (CDR 2 e 3). A autopercepção de saúde negativa do cuidador foi maior na agressividade, depressão e ansiedade dos pacientes com demência. (tabela 1).

## 5 DISCUSSÃO

Avaliou-se cuidadores familiares com mais de 60 anos de idade de pacientes portadores de transtorno neurocognitivo maior, a maioria em fase evolutiva moderada/grave da demência, com sintomas neuropsiquiátricos e uma parcela importante com dependência funcional. Cuidados informais representam 70-90% dos custos dos cuidados em países de baixa e média renda (Cummings *et al*, 1996).

Observou-se que os cuidadores familiares possuíam um alto desgaste emocional e cognitivo devido aos sintomas neuropsiquiátricos dos pacientes idosos portadores de transtorno neurocognitivo maior. Tal fenômeno é agravado pelo fato de que, esses cuidadores são pessoas também idosas e que necessitam de autocuidado para então poderem zelar por um outro indivíduo, o qual é repleto de sinais e sintomas que muitas vezes não são compreendidos em toda sua extensão e complexidade pelos demais familiares.

Assim, por meio das entrevistas e dos resultados obtidos no estudo, foi nítido o impacto que os transtornos neuropsiquiátricos podem desencadear na dinâmica familiar pois, apesar do paciente idoso, geralmente, apresentar uma família robusta, em questão de quantidade de membros, na grande maioria das vezes, ele é assistido apenas por um filho ou algum outro familiar, ficando os demais, aquém da dinâmica de vida do doente.

Além disso, pelo fato da responsabilidade do cuidado ficar sobrecarregada, muitas vezes, em apenas um cuidador principal, observa-se uma negligência evidente quanto ao seu autocuidado, tanto físico quanto mental, concomitante ao desenvolvimento de episódios de medos, inseguranças, e sentimentos de revolta em decorrência do contexto no qual está inserido, que se somam ao desgaste previamente abordado.

A apatia foi o sintoma mais frequente apresentado pelos pacientes, entretanto ocasionando discreto impacto no desgaste emocional e autopercepção de saúde aos cuidadores idosos. A apatia é um sintoma neuropsiquiátrico comum em diversas doenças neurodegenerativas cerebrais, com apresentação de 20 a 90%, sendo a frequência estimada em 90% na degeneração frontotemporal (DFT), e 44% na demência por corpúsculos de Lewy (DCL) e doença de Alzheimer concomitantemente (Lyketsos *et al*, 2000; Bremenkamp *et al*, 2014; Kwon; Lee, 2021). Na amostragem proposta, o desgaste e a autopercepção negativa de saúde foram presentes em aproximadamente um quarto dos cuidadores.

A agitação, um sintoma muito frequente, foi o que mais gerou desgaste emocional e autopercepção negativa de saúde entre os cuidadores familiares. Estudo realizado anteriormente no mesmo serviço, em cuidadores formais/informais de várias faixas etárias, apresentou resultado semelhante (Bremenkamp *et al*, 2014). A agitação resulta de um desconforto ou descontentamento do paciente. Os cuidadores menos treinados podem ter dificuldade em identificar que o sintoma deriva das necessidades não supridas do paciente com demência. Além do quadro demencial, diversos fatores psicológicos e ambientais, como dificuldade de comunicação com o cuidador e ambientes ruidosos, estão relacionados com o surgimento de sintomas hiperativos (Gitlin; Kales; Lyketsos, 2012).

Os sintomas afetivos (depressão / ansiedade) determinaram uma autopercepção negativa de seus cuidadores. Em metanálise publicada em 2018 a depressão apresentou uma prevalência de 15,9% em demência de todas as causas (Asmer *et al*, 2018).

Observou-se também que os sintomas psicóticos apresentaram uma frequência importante com impacto na autopercepção de saúde dos cuidadores. Delírios e alucinações com evolução e gravidade da demência, entretanto tem caráter flutuante, seu mecanismo é multifatorial, incluindo diferentes fatores neurobiológicos, ambientais, sociais e psicológicos (Aarsland, 2020).

Em estudo semelhante, foi demonstrado que, aproximadamente, metade dos pacientes com delírios determinaram desgaste em seus familiares (Cohen-Mansfield, 2016). No estudo atual encontrou-se desgaste e autopercepção de saúde negativa em 1/3 dos cuidadores idosos.

A sobrecarga do cuidador é uma preocupação frequente, entretanto os cuidadores também sentem satisfação no trabalho do cuidado de seu familiar (De Labra *et al*, 2015). O conhecimento dos impactos que os sintomas neuropsiquiátricos desencadeiam podem gerar intervenções centradas nos cuidadores, melhorando os cuidados de forma custo-efetiva e melhorando a qualidade de vida dos cuidadores.

Dentre as limitações estava o tamanho da amostragem, visto a faixa etária dos cuidadores familiares que cuidam de pacientes muito idosos com várias demandas de cuidado.

Dessa forma, o conhecimento e o entendimento de como esse cuidador se sente e se comporta é primordial para o médico, a fim de que tal personagem, o qual é fundamental na vida do idoso, possua o mesmo assistencialismo no cuidado da sua

saúde, de acordo com sua individualidade e contexto social, de modo que não ocorra uma desatenção no cuidado de um indivíduo, em prol de outro.

Afinal, foi observado durante as entrevistas que, o desgaste se demonstra, majoritariamente, por uma ausência de conhecimento por parte do cuidador de que, aquele comportamento manifestado pelo paciente é decorrente do transtorno. Assim, muitos têm uma visão equivocada de que o idoso age de determinada maneira por vontade própria, como forma de “rebeldia”, ou “insatisfação” com que o está assistindo, tornando-se fundamental a explicação de que tais manifestações são apenas decorrentes da própria doença e, com isso, dar o direcionamento adequado para um melhor enfrentamento.

Assim, é imprescindível que o profissional que assiste a família saiba orientar como se desenha o comportamento do paciente portador de transtorno neuropsiquiátrico, e como esse cenário pode interferir na vida de seus contactantes sociais, de modo a aliviar, na medida do possível, a sobrecarga depositada no cuidador.

Os cuidadores familiares que obtiveram uma autopercepção negativa de saúde foram convidados por uma equipe multidisciplinar para participarem de um projeto de extensão organizado por outros alunos de medicina, serviço social e enfermagem da escola de ciências em pauta. Nesse projeto de extensão citado, que não faz parte do projeto de pesquisa em questão, os familiares participam de rodas de conversas e palestras sobre os sintomas neuropsiquiátricos apresentados pelos pacientes e recebem orientações do manejo de tais sintomas, além disso, nesse local, podem também desabafar e assim ajudar outros cuidadores que passam pela mesma problemática.

## 6 CONCLUSÃO

Os sintomas neuropsiquiátricos foram muito frequentes e impactam significativamente no desgaste dos familiares, com influência na autopercepção de saúde. Assim, observou-se que o desgaste do cuidador está diretamente relacionado à quantidade de sintomas neuropsiquiátricos que o paciente apresenta, bem como à gravidade destes. Ou seja, tem-se um indivíduo que é peça primordial na assistência à saúde da pessoa idosa e que, ao mesmo tempo, negligencia diariamente seu autocuidado em prol da função de cuidador principal do idoso. Trata-se então de um problema social e de saúde pública que, se não valorizado, se manterá em um ciclo vicioso haja visto que, este cuidador também é um idoso que necessita de assistência e atenção às suas particularidades a fim de que não se torne mais um indivíduo dependente dos cuidados integrais de outro familiar e, conseqüentemente, perpetue esse “efeito dominó” que é a carência ao cuidado.

## REFERÊNCIAS

1. AALTEN, Pauline *et al.* The course of neuropsychiatric symptoms in dementia. Part I: findings from the two-year longitudinal Maasbed study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Plymouth, v. 20, n. 6, p. 523-530, 2005. doi: 10.1002/gps.1316. PMID: 15920712.
2. AARSLAND, Dag. Epidemiology and Pathophysiology of Dementia-Related Psychosis. **Journal of Clinical Psychiatry**, Memphis, v.81, n. 5, 2020. doi: 10.4088/JCP.AD19038BR1C. PMID: 32936544.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 1994.
4. ASMER Mehmet Selim *et al.* Meta-analysis of the prevalence of major depressive disorder among older adults with dementia. **The Journal of clinical psychiatry**. Memphis, v. 79, n.5, 2018. doi: 10.4088/JCP.17r11772
5. BREMENKAMP, Mariana Gegenheimer *et al.* Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: frequency, correlation and anxiety among caregivers. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 763-773, 2014. doi: 10.1590/1809-9823.2014.13192
6. CAMOZZATO, Ana Luiza *et al.* Reliability of the Brazilian Portuguese version of the Neuropsychiatric Inventory (NPI) for patients with Alzheimer 's disease and their caregivers. **International Psychogeriatrics**, Cambridge, v. 20, n.2, p. 383-393, 2008. doi: 10.1017/S1041610207006254 PMID: 18257965
7. CARAMELLI, Paulo; BOTTINO, Cassio Machado De Campos. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 83–87, 2007. doi 10.1590/S0047-20852007000200002
8. COHEN-MANSFIELD, Jiska *et al.* The impact of psychotic symptoms on the persons with dementia experiencing them. **American Journal of Geriatric**

- Psychiatry**, Philadelphia, v. 24, n. 3, p. 213–220, 2016. doi: 10.1016/j.jagp.2015.12.006, PMID: 26905047
9. CUMMINGS, Jeffrey Lee *et al.* Neuropsychiatric Syndromes in Neurodegenerative Disease: Frequency and Significance. **Seminars in Clinical Neuropsychiatry**, Philadelphia, v. 1, n. 4, p. 241-247, 1996. doi: 10.1053/SCNP00100241
  10. DE LABRA, Carmen *et al.* Predictors of caregiving satisfaction in informal caregivers of people with dementia. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 60, n.3 p. 380–388, 2015. doi: 10.1016/j.archger.2015.03.002, PMID: 25814205
  11. GITLIN Laura, KALES Helen, LYKETSOS Constantine George. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 308, n. 19, 2012. doi: 10.1001/jama.2012.36918
  12. KALANITHI, Paul. **O último sopro de vida**. Rio de Janeiro: Sextante, 2016. ISBN 978-85-431-0374-7
  13. KATZ, Sidney; AKPOM, Cyril Amechi. A measure of primary social biological functions. **International Journal of Health Services: planning, administration, evaluation**, Los Angeles, v. 6, n. 3, p. 493-508, 1976. doi: 10.2190/UURL-2RYU-WRYD-EY3K
  14. KAUFER, Daniel *et al.* Assessing the impact of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: the Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 46, n. 2, p. 210-215, 1998. doi: 10.1111/j.1532-5415.1998.tb02542.x.
  15. KWON Chan-Young; LEE Boran. Prevalence of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Community-Dwelling Dementia Patients: A Systematic Review. **Frontiers in Psychiatry**, Lausanne, v. 12, n. 741059, 2021. doi: 10.3389/fpsy.2021.741059



16. LAWTON, Mortimer Powell; BRODY, Elaine Marjorie. Assessment of older people: self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. **The Gerontologist**, Washington DC, v. 9, p. 179-186, 1969.
17. LINO, Valéria Teresa Saraiva *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 103-112, 2008. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100010
18. LYKETSOS, Constantine George *et al.* Mental and Behavioral Disturbances in Dementia: Findings From the Cache County Study on Memory in Aging. **The American Journal of Psychiatry**, Washington DC, v. 157, n. 5, p. 708–714, 2000. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.708
19. MORRIS, John Carl. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. **Neurology**, Minneapolis, v. 43, n.11, p. 2412-2414, 1993. doi: 10.1212/wnl.43.11.2412-a
20. REICHERT, Felipe Fossati; LOCH, Mathias Roberto; CAPILHEIRA, Marcelo Fernandes. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12 p. 3353- 3362, 2012. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200020>
21. SCHULZ, Richard; MARTIRE, Lynn. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, Philadelphia, v. 12, n. 3, p. 240-249, 2004. PMID: 15126224.
22. SRIKANTH, Srinivasan; RATNAVALLI, Ellajosyula; NAGARAJA, Adidam Venkata. Neuropsychiatric symptoms in dementia-frequency, relationship to dementia severity and comparison in Alzheimer's disease, vascular dementia and frontotemporal dementia. **Journal of the Neurological Sciences**, New Orleans, v. 236, n.1-2, p. 43-48, 2005. doi:10.1016/j.jns.2005.04.014

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa intitulada “SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES COM TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAIOR: IMPACTO NO DESGASTE EMOCIONAL E COGNIÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR IDOSO”, sob a responsabilidade do Prof. Dr. RENATO LÍRIO MORELATO.

**JUSTIFICATIVA:** Visto a sobrecarga de funções do cuidador familiar de pacientes idosos portadores de transtorno neurocognitivo com sintomas comportamentais avaliaremos o seu desgaste emocional, cognição e autopercepção de saúde.

**OBJETIVO(S) DA PESQUISA:** Analisar a frequência de sintomas comportamentais nos pacientes idosos atendidos com demência e a influência que ocasiona na memória e percepção de saúde do cuidador familiar.

**PROCEDIMENTOS:** Estudo do tipo corte transversal, descritivo e exploratório, durante um período de dez meses. Será entrevistado o cuidador familiar com idade superior a 60 anos.

**DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA:** será realizado por estudantes de medicina de iniciação científica, previamente treinados – sob orientação do responsável pela pesquisa, após aprovação do CEP-EMESCAM, no serviço ambulatorial de geriatria do hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES, momento em que acompanha seu familiar para consulta ou outro horário agendado previamente.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** Este projeto apresentará um desconforto mínimo que é a realização de um pequeno questionário sociodemográfico e de autopercepção de saúde, realização de MEEM, com duração aproximadamente de 7 minutos, e a aplicação de questionário de perguntas sobre os sintomas comportamentais do paciente.

**BENEFÍCIOS:** O benefício do estudo será o melhor conhecimento do cuidador familiar em relação a sua memória e percepção de saúde e sintomas comportamentais do paciente idoso.

**ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** O estudo será durante o período de atendimento ambulatorial, em um consultório separado ou outro período previamente estabelecido, sem trazer transtornos para o cuidador. Aqueles que necessitarem de cuidados adicionais serão orientados pelo residente de geriatria e/ou preceptor de

geriatria assistente e incluído no acompanhamento ambulatorial individualizado, no mesmo dia de consulta de seu familiar paciente.

**GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO:** Você não é obrigado (a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado (a) ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado (a) pelos pesquisadores.

**GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE:** Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive depois de finalizada e publicada.

**GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO:** não haverá custos para o paciente. Os participantes não receberão qualquer tipo de reembolso.

---

Rubrica do paciente/responsável

---

Rubrica do pesquisador responsável

**GARANTIA DE INDENIZAÇÃO:** Trata-se de um estudo através de entrevista com perguntas simples sobre autopercepção de saúde e

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL, observando-se alguma anormalidade será garantido a orientação e tratamentos adequados, baseando-se em evidências científicas. Entretanto, fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

**ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS:** Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar RENATO LÍRIO MORELATO nos telefones (27) 33220074 / (27) 98134118 ou no setor de Geriatria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES, situado à Rua Dr. João dos Santos Neves, no 143, Vila Rubim – Vitória Centro CEP 29018-180 ou no Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, fone 33343586 ou e-mail: comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S da Penha, 2019, Santa Luiza – Vitória-ES. CEP 29045402. O CEP/EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos (as) participantes dentro dos padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo pesquisador principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória - ES, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa/responsável legal

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável pela pesquisa

\_\_\_\_\_  
Rubrica do paciente/responsável

\_\_\_\_\_  
Rubrica do pesquisador responsável

## **APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**

Dados do paciente idoso:

1. Sexo:

- a) Masculino
- b) Feminino

2. Etnia:

- a) Branco (a)
- b) Preto (a)
- c) Pardo (a)
- d) Indígena
- e) Outra opção

3. Estado civil:

- a) Solteiro (a)
- b) Casado (a)
- c) Viúvo (a)
- d) Divorciado (a)
- e) União estável

4. Faixa etária:

- a) 60 - 65 anos
- b) 65 - 70 anos
- c) 70 - 75 anos
- d) 75 - 80 anos
- e) 80 - 85 anos
- f) 85 - 90 anos
- g) 90 - 95 anos

5. Número de filhos:

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 ou mais

6. Número de netos:

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 ou mais

7. Escolaridade:

- a) Analfabeto (a)
- b) Ensino fundamental incompleto
- c) Ensino fundamental completo
- d) Ensino médio incompleto
- e) Ensino médio completo
- f) Ensino superior incompleto
- g) Ensino superior completo
- h) Pós-graduação
- i) Mestrado
- j) Doutorado

8. Religião:

- a) Católico (a)
- b) Evangélico (a)
- c) Espírita
- d) Sem religião
- e) Outra opção

9. Com quem reside:

- a) Sozinho (a)
- b) Filho (a)
- c) Neto (a)
- d) Cônjuge
- e) Sobrinho (a)
- f) Irmão (ã)
- g) Outra opção

10. Katz

11. Lawton & Brody

12. MEEM

13. Diagnóstico

14. Tempo de doença

Informações apenas do cuidador idoso:

1. Sexo:

- a) Masculino
- b) Feminino

2. Etnia:

- a) Branco (a)
- b) Preto (a)
- c) Pardo (a)
- d) Indígena
- e) Outra opção

3. Estado civil:

- a) Solteiro (a)
- b) Casado (a)
- c) Viúvo (a)
- d) Divorciado (a)
- e) União estável

4. Faixa etária:

- a) 60 - 65 anos
- b) 65 - 70 anos
- c) 70 - 75 anos
- d) 75 - 80 anos
- e) 80 - 85 anos
- f) 85 - 90 anos
- g) 90 - 95 anos

5. Número de filhos:

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 ou mais

6. Número de netos:

- a) 0
- b) 1
- c) 2
- d) 3
- e) 4 ou mais

7. Escolaridade:

- a) Analfabeto (a)
- b) Ensino fundamental incompleto
- c) Ensino fundamental completo
- d) Ensino médio incompleto
- e) Ensino médio completo
- f) Ensino superior incompleto
- g) Ensino superior completo
- h) Pós-graduação
- i) Mestrado
- j) Doutorado

8. Religião:

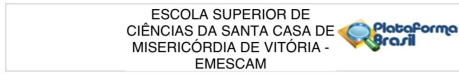
- a) Católico (a)
- b) Evangélico (a)
- c) Espírita
- d) Sem religião
- e) Outra opção

9. Com quem reside:

- a) Sozinho (a)
- b) Pais
- c) Filho (a)
- d) Neto (a)
- e) Cônjuge
- f) Sobrinho (a)
- g) Irmão (ã)
- h) Outra opção

## ANEXOS

## ANEXO A - CERTIFICADO CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** SINTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS EM PACIENTES COM TRANSTORNO NEUROCOGNITIVO MAIOR: IMPACTO NO DESGASTE EMOCIONAL E COGNIÇÃO DO CUIDADOR FAMILIAR IDOSO.

**Pesquisador:** Renato Lirio Morelato

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 59509722.1.0000.5065

**Instituição Proponente:** IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.511.144

## Apresentação do Projeto:

Estudo do tipo corte transversal, descritivo e exploratório, durante um período de dez meses. Será entrevistado o cuidador familiar com idade superior a 60 anos, durante a consulta médica de seu familiar, em sala reservada por estudantes de medicina de iniciação científica treinados pelo pesquisador principal para avaliação do desgaste do cuidado em sua cognição e auto-avaliação de saúde.

## Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

GERAL

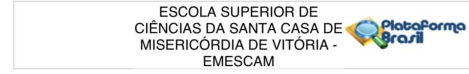
Avaliar o cuidador idoso ( com 60 anos ou mais) de pacientes portadores de transtorno neurocognitivo com sintomas neuropsiquiátricos, em relação a seu desgaste emocional, cognição e autopercepção de saúde.

## ESPECÍFICOS

Avaliar a frequência e intensidade dos sintomas neuropsiquiátricos dos pacientes com transtorno neurocognitivo, através da aplicação do INP ao cuidador familiar idoso.

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITÓRIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

Página 01 de 04



Continuação do Parecer: 5.511.144

## Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

## Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P PROJETO_1957048.pdf	29/06/2022 22:13:00		Aceito
Outros	NPI.pdf	29/06/2022 22:11:41	Renato Lirio Morelato	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DESGASTE.docx	29/06/2022 22:09:46	Renato Lirio Morelato	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PP_DESGASTE.docx	29/06/2022 22:03:51	Renato Lirio Morelato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANENCIA3.pdf	08/06/2022 19:33:36	Renato Lirio Morelato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANENCIA2.pdf	08/06/2022 19:33:24	Renato Lirio Morelato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANENCIA1.pdf	08/06/2022 19:33:10	Renato Lirio Morelato	Aceito
Folha de Rosto	FOL_ROSTO.pdf	08/06/2022 19:28:09	Renato Lirio Morelato	Aceito

## Situação do Parecer:

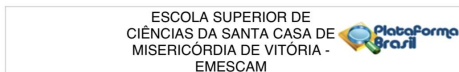
Aprovado

## Necessita Apreciação da CONEP:

Não

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITÓRIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

Página 02 de 04



Continuação do Parecer: 5.511.144

Avaliar como os sintomas neuropsiquiátricos do paciente idoso afetam a função cognitiva e desgaste emocional do cuidador familiar idoso.

Associar a intensidade dos sintomas neuropsiquiátricos com a afetam autopercepção de saúde do familiar cuidador idoso.

## Avaliação dos Riscos e Benefícios:

## RISCOS

Toda pesquisa em seres humanos é passível de riscos, mesmo que mínimos, este projeto apresentará um desconforto mínimo que é a realização de um pequeno questionário sociodemográfico e autopercepção de saúde, realização de MEEM, com duração aproximadamente de 7 min. e a aplicação de questionário de perguntas sobre os sintomas comportamentais do paciente, serão minimizados diminuindo o máximo de tempo possível para realização da entrevista ao cuidador familiar idoso.

## Benefícios:

Como benefício será o conhecimento do cuidador familiar para orientação do melhor manejo terapêutico e cuidado de seu familiar idoso.

## Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível. O projeto foi reapresentado para atender as solicitações do parecer anterior.

## Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados e adequados.

## Recomendações:

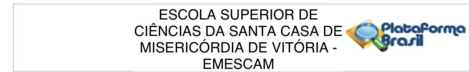
Os pesquisadores devem se atentar para as submissões de projetos, que devem estar alinhados com as resoluções para pesquisa com seres humanos, riscos e forma de minimizar, TCLE, nomenclaturas etc. Se atentar para uma escrita clara do projeto na plataforma, considerando que a falta de cuidado em relação a esses aspectos podem fazer o projeto retornar, o que ocorreu da primeira vez. Essas considerações são importante como fonte de orientação para submissões posteriores.

## Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITÓRIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

Página 02 de 04



Continuação do Parecer: 5.511.144

VITÓRIA, 05 de Julho de 2022

Assinado por:  
**rubens José Loureiro**  
 (Coordenador(a))

**Endereço:** EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190  
**Bairro:** Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402  
**UF:** ES **Município:** VITÓRIA  
**Telefone:** (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

Página 03 de 04



## ANEXO B - QUESTIONÁRIO INP

Contagem do INP: Se a pergunta de rastreamento for confirmada, determine a frequência e a gravidade das alterações dos sintomas referidos.

Frequência:

“Agora quero saber com que frequência essas coisas. Você diria que ocorrem menos do que uma vez por semana, em torno de uma vez por semana, várias vezes por semana, mas não todos os dias, ou todos os dias?”

- (1) Ocasional - Menos de uma vez por semana
- (2) Comum - Cerca de uma vez por semana
- (3) Frequente - Várias vezes por semana, mas menos que todos os dias
- (4) Muito frequente - Uma vez por dia ou mais

Gravidade:

“Agora gostaria de saber da gravidade desses comportamentos. Por gravidade, refiro-me ao grau de perturbação ou incapacitação gerados para o paciente. Você diria que são leves, moderados ou acentuados?”

- (1) Leve - Comportamento está presente causa pouco desgaste ao paciente
- (2) Moderada - Causa mais incômodo ao paciente, mas pode ser contornado pelo cuidador
- (3) Acentuada - O comportamento é bastante desgastante para o paciente, e não pode ser contornado pelo cuidador.

Desgaste:

“O quanto te cansa este comportamento?”

- (0) Nada
- (1) Quase nada
- (2) Pouco
- (3) Médio
- (4) Muito
- (5) Quase insuportável

### A. Delírios

O paciente acredita em coisas que você sabe não serem reais? Por exemplo, insiste que alguém está tentando fazer-lhe mal ou roubá-lo? Afirma que seus parentes não são quem dizem ser ou que a casa onde mora não é a sua? Não estou me referindo apenas à desconfiança; estou interessado em verificar se o paciente está convencido que estas coisas estão acontecendo.

1. Sim
  - Frequência
  - Gravidade
  - Desgaste
2. Não
3. N/A

#### B. Alucinações

O paciente vê ou ouve coisas? Parece ver, ouvir ou sentir coisas que não estão ali? Por esta pergunta não estamos nos referindo apenas a coisas erradas em que o paciente acredita, como afirmar que alguém que morreu ainda está vivo. Ao contrário, queremos saber se ele realmente ouve sons ou vê coisas que não estão ali.

1. Sim
  - Frequência
  - Gravidade
  - Desgaste
2. Não
3. N/A

#### C. Agitação / Agressividade

O paciente não obedece ou não deixa que os outros o ajudem a fazer as coisas? O paciente fica contrariado quando tu tentas cuidar dele ou ajudá-lo?

1. Sim
  - Frequência
  - Gravidade
  - Desgaste
2. Não
3. N/A

#### D. Disforia / Depressão

O paciente parece triste ou deprimido? Diz sentir-se triste ou deprimido?

1. Sim
  - Frequência
  - Gravidade
  - Desgaste
2. Não
3. N/A

#### E. Ansiedade

O paciente fica nervoso, preocupado, ou assustado sem motivo? Parece muito tenso e inquieto? Tem medo de ficar longe de ti?

1. Sim
  - Frequência
  - Gravidade
  - Desgaste
2. Não
3. N/A

#### F. Euforia / Elação

O paciente fica muito animado ou feliz mesmo sem motivo? Não quero dizer que ele não fica alegre quando vê amigos, ganha presentes ou está com sua família. Quero saber se o paciente apresenta um bom-humor exagerado ou acha graça de coisas não engraçadas.

1. Sim
  - Frequência
  - Gravidade
  - Desgaste
2. Não
3. N/A

#### G. Apatia / indiferença

O paciente perdeu o interesse pelo mundo ao seu redor? Não quer mais fazer as coisas ou lhe falta ânimo para começar outras atividades? É difícil fazer com que ele converse ou ajude nos trabalhos da casa? Anda meio parado ou parece não estar nem aí para as coisas?

1. Sim
  - Frequência
  - Gravidade
  - Desgaste
2. Não
3. N/A

#### H. Desinibição

O paciente faz as coisas sem pensar no que está fazendo? Faz ou diz coisas que não deveriam ser feitas ou ditas em público? Faz coisas que deixam você ou os outros com vergonha dele?

1. Sim
  - Frequência
  - Gravidade

- Desgaste
2. Não
  3. N/A

#### I. Irritabilidade

O paciente fica irritado e se incomoda com facilidade? O paciente parece que é de lua? Está de saco cheio? Não nos referimos à tristeza por não conseguir se lembrar das coisas ou por não conseguir fazer o que sempre fez; queremos saber se o paciente tem andado mais de mau-humor ou irritado, não tem mais paciência, ou tem tido chiliques frequentes.

1. Sim
  - Frequência
  - Gravidade
  - Desgaste
2. Não
3. N/A

#### J. Comportamento motor aberrante

O paciente fica andando de um lado para o outro, faz coisas repetidas como abrir e fechar gavetas ou armários, futrica nas coisas ao seu redor várias vezes ou fica dando nós em fios e cordões?

1. Sim
  - Frequência
  - Gravidade
  - Desgaste
2. Não
3. N/A

#### K. Comportamento noturno

Tem sido difícil para o paciente pegar no sono (não considere se apenas levanta uma ou duas vezes à noite para ir ao banheiro e logo volta para dormir)? Fica de pé à noite? Anda de um lado para o outro, à noite? Se veste ou não te deixa dormir à noite?

1. Sim
  - Frequência
  - Gravidade
  - Desgaste
2. Não
3. N/A

#### L. Apetite / Alterações alimentares

O paciente apresentou alguma mudança no apetite, no peso ou manias na alimentação (considere NA se estiver incapacitado e precisar ser alimentado)? Ele mudou seus gostos quanto à comida?

1. Sim
  - Frequência
  - Gravidade
  - Desgaste
2. Não
3. N/A

### **ANEXO C - ESCALA DE AUTOPERCEPÇÃO EM SAÚDE**

- a) Muito boa
- b) Boa
- c) Normal
- d) Ruim
- e) Muito ruim