UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

JULIANA NERY DE SOUZA

**ESTRESSE E *COPING* EM IDOSOS COM DOENÇA DE
ALZHEIMER**

São Paulo
2005

JULIANA NERY DE SOUZA

**ESTRESSE E *COPING* EM IDOSOS COM DOENÇA DE
ALZHEIMER**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de mestre em enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem médico-cirúrgica

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliane Corrêa Chaves

São Paulo

2005

A Deus, porque tornou tudo possível no tempo e na medida certa.

À minha mãe, porque a amo, e sem quem nada disso teria acontecido. Você sempre será a minha maior inspiração na transposição dos limites e das dificuldades da vida.

Ao meu noivo, a quem eu tanto amo, pelas horas roubadas de nosso convívio e fundamentalmente pelo apoio afetuoso e carinhoso, que se constituiu em meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Eliane Corrêa Chaves, pela valiosa orientação e apoio e, principalmente, por me incentivar a assumir desafios, acreditando em meu crescimento humano, científico e profissional. À você Eliane, por quem eu tenho profunda admiração, meu sincero agradecimento.

Ao Dr. Paulo Caramelli, pelo exemplo de seriedade profissional, pela honra de contar com seu incentivo, apoio e valiosa ajuda.

Ao Prof. Dr. Ricardo Nitrini pela oportunidade, apoio e incentivo durante a realização deste trabalho.

Aos meus queridos amigos e colegas do GNCC do HC-FMUSP pelo apoio e dedicação.

A todos os idosos e seus familiares pela disponibilidade, paciência, generosidade e por representarem a inspiração deste trabalho.

À Família Saporito pela dedicação sincera e afetuosa, paciência e companheirismo ao longo dos valiosos anos de convivência.

À Família Talarico pela preciosa contribuição na coleta de dados.

Aos funcionários da secretaria de pós-graduação e da biblioteca da Escola de Enfermagem da USP, pelo apoio e solicitude.

À Michela e Isabela por proporcionarem inesquecíveis momentos de descontração durante esta desafiadora jornada.

A minha valiosa família pelo amor compartilhado, apoio e incentivo sem fim.

A todos aqueles que sempre demonstraram apoio e amizade e que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Em especial, à tia Guaraciaba, que não vivenciou a finalização deste trabalho, mas que a lembrança carinhosa de seu apoio e entusiasmo representou força e incentivo na finalização deste trabalho. À você tia, meu sincero e afetuoso agradecimento.

RESUMO

Souza JN. **Estresse e *coping* em idosos com Doença de Alzheimer**. São Paulo, 2005. 138 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

A avaliação do potencial de risco de um evento estressor, bem como a elaboração de estratégias de enfrentamento depende, fundamentalmente, da função cognitiva do indivíduo. Considerando o déficit cognitivo presente em idosos com Doença de Alzheimer (DA), este estudo teve por objetivo verificar a intensidade de estresse e o estilo de *coping* predominantemente utilizado por eles. Para isto, foram aplicadas escalas de avaliação dos indicadores de estresse (Lista de sintomas de estresse, Escala Cornell de depressão, IDATE-traço), além de um instrumento que acessa o estilo de *coping* utilizado pelo indivíduo (Inventário de *coping* de Jalowiec) em dois grupos de idosos, sendo 30 composto por um grupo controle com idosos cognitivamente saudáveis e, outro com 30 indivíduos portadores de DA leve. Embora tanto os idosos com demência, como os cognitivamente saudáveis tenham apresentado estatisticamente a mesma intensidade de estresse, as características qualitativas, referentes à sintomatologia desta síndrome, refletiram uma disposição de apreensão e confronto ao evento estressor no grupo controle, e de fuga e resignação no grupo DA. Com relação ao estilo de *coping*, embora não tenha havido diferença significativa entre os grupos ($p=0.124$), observou-se um predomínio do estilo de *coping* focado na emoção no grupo DA e focado no problema no grupo controle. Além disso, observou-se que quanto melhor o desempenho cognitivo dos idosos com DA, maior a tendência em utilizar estratégias de *coping* focadas no problema ($p=0.0074$). Assim, parece que embora haja uma tendência, nos idosos com DA, a eleger estratégias de enfrentamento evasivas e de controle emocional, em detrimento da tentativa de solucionar o problema ou minimizar suas conseqüências, a

estratégia de *coping* utilizada irá depender do desempenho cognitivo apresentado pelo indivíduo.

Apoio: FAPESP

ABSTRACT

Souza JN. **Stress and coping in elderlies with Alzheimer's disease**. São Paulo, 2005.

138p. Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

The potencial risk assessment of a stress event and the elaboration of coping strategies depend on cognitive function. Considering the cognitive impairment in elderlies with Alzheimer's Disease (AD), this study aimed to verify the stress intensity and coping style used by them. For this, it was applied assessment test of stress indicators (Symptom Stress List, Cornell Scale for Depression, IDATE-trait), besides an instrument that access the coping style (Jalowiec Coping Inventory), in two groups, one with 30 healthy cognitive elderlies – control group, and another with 30 persons mild AD. The results demonstrated that both of them had the same stress intensity, even though the qualities characteristics, regarding the syndrome symptoms, reflected an apprehension disposition to the stress event on control group and the escape and resignation on AD group. As for the coping style, even though it had not been statistically significant ($p=0.124$), it was observed in this study, an emotion-focuses coping predominance in AD group and problem-focused coping in control group. Besides, it was observed in AD group that the individuals with better cognitive development selected coping strategies focused on problem ($p=0.0074$). Thus, even though there is a tendency in elderlies with AD to select escape strategies and emotional control, rather than of the attempt to solve or to decrease the consequences arise from the problem, the coping will depends on the cognitive performance of the person.

Support: FAPESP

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos grupos de idosos segundo o sexo. São Paulo, 2005.	31.
Tabela 2	Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias de idade. São Paulo, 2005.	32.
Tabela 3	Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias de escolaridade. São Paulo, 2005.	33.
Tabela 4	Distribuição dos grupos de idosos segundo estado civil. São Paulo, 2005.	34.
Tabela 5	Distribuição dos grupos de idosos segundo atividade profissional. São Paulo, 2005.	34.
Tabela 6	Distribuição dos grupos de idosos segundo presença de doenças crônicas. São Paulo, 2005.	36.
Tabela 7	Comparação entre o grupo DA e controle em relação às variáveis (não contínuas), utilizando o teste Exato de Fischer. São Paulo, 2005.	36.

Tabela 8	Comparação entre o grupo DA e controle em relação às variáveis (contínuas), utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney. São Paulo, 2005.	36.
Tabela 9	Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias dos escores do LSS. São Paulo, 2005.	37.
Tabela 10	Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 6 “Sinto falta de apetite” do inventário LSS. São Paulo, 2005.	40.
Tabela 11	Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 14 “Tenho medo” do inventário LSS. São Paulo, 2005.	41.
Tabela 12	Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 16 “Fico esgotado(a) emocionalmente” do inventário LSS. São Paulo, 2005.	42.
Tabela 13	Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 22 “Costumo deixar de fazer as coisas do dia-a-dia” do inventário LSS. São Paulo, 2005.	43.
Tabela 14	Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 25 “Sinto raiva” do inventário LSS. São Paulo, 2005.	44.
Tabela 15	Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 30 “Tenho dificuldade de relacionamento” do inventário LSS. São Paulo, 2005.	45.
Tabela 16	Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 34 “Sinto-me deprimido” do inventário LSS. São Paulo, 2005.	46.
Tabela 17	Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 49 “Tenho um nó no estômago” do inventário LSS. São Paulo, 2005.	47.

Tabela 18	Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias dos escores do IDATE-traço. São Paulo, 2005.	48.
Tabela 19	Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 2 “Canso-me com facilidade” do IDATE-traço. São Paulo, 2005.	50.
Tabela 20	Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias dos escores da Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.	51.
Tabela 21	Distribuição do grupo de idosos segundo as pontuações no item 1 “ansiedade” do Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.	52.
Tabela 22	Distribuição do grupo de idosos segundo as pontuações no item 8 “perda de interesse” do Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.	53.
Tabela 23	Distribuição do grupo de idosos segundo as pontuações no item 18 “pessimismo” da Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.	54.
Tabela 24	Comparação entre o grupo DA e controle e as variáveis (numéricas), utilizando o teste não-paramétrico de Mann Whitney. São Paulo, 2005.	55.
Tabela 25	Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias dos escores do MEEM. São Paulo, 2005.	56.
Tabela 26	Distribuição dos grupos de idosos segundo os estilos de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	57.
Tabela 27	Distribuição dos grupos segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	58.

- Tabela 28** Resultado da análise comparativa entre as variáveis (numéricas) LSS e idade, utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005. 59.
- Tabela 29** Resultado da análise comparativa entre as variáveis (numéricas) LSS e escolaridade, utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005. 60.
- Tabela 30** Resultado da análise comparativa entre as variáveis (numéricas) IDATE–traço e idade, utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005. 60.
- Tabela 31** Resultado da análise comparativa entre as variáveis (numéricas) IDATE – traço e escolaridade, utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005. 61.
- Tabela 32** Resultado da análise comparativa entre as variáveis (numéricas) Depressão e idade, utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005. 62.
- Tabela 33** Resultado da análise comparativa entre as variáveis (numéricas) Depressão e escolaridade, utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005. 62.
- Tabela 34** Resultado da análise comparativa entre os indicadores de estresse e avaliação cognitiva (MEEM), utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005. 62.
- Tabela 35** Distribuição das medianas dos escores do LSS no grupo DA segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005. 63.

Tabela 36	Distribuição das medianas dos escores do LSS no grupo controle segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	65.
Tabela 37	Distribuição das medianas dos escores do IDATE-traço no grupo DA segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	66.
Tabela 38	Distribuição das medianas dos escores do IDATE-traço no grupo controle segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	67.
Tabela 39	Distribuição das medianas dos escores da Escala Cornell de Depressão no grupo DA segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	68.
Tabela 40	Distribuição das medianas dos escores da Escala Cornell de Depressão no grupo controle segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	69.
Tabela 41	Distribuição das medianas de escolaridade no grupo DA segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	71.
Tabela 42	Distribuição das medianas de escolaridade do grupo controle segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	72.
Tabela 43	Distribuição das medianas dos escores do MEEM do grupo DA segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	74.

Tabela 44	Distribuição das medianas dos escores do MEEM do grupo controle segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	75.
Tabela 45	Índices de consistência interna entre os itens do LSS nos grupos. São Paulo, 2005.	76.
Tabela 46	Índices de consistência interna entre os itens do LSS no grupo DA. São Paulo, 2005.	77.
Tabela 47	Índices de consistência interna entre os itens do LSS no grupo controle. São Paulo, 2005.	77.
Tabela 48	Índices de consistência interna entre os itens do LSS nos grupos . São Paulo, 2005.	78.
Tabela 49	Índices de consistência interna entre os itens do IDATE-traço no grupo DA. São Paulo, 2005.	78.
Tabela 50	Índices de consistência interna entre os itens do IDATE-traço no grupo controle. São Paulo, 2005.	79.
Tabela 51	Índices de consistência interna entre os itens da Escala Cornell de depressão. São Paulo, 2005.	79.
Tabela 52	Índices de consistência interna entre os itens da Escala Cornell de depressão no grupo DA. São Paulo, 2005.	80.
Tabela 53	Índices de consistência interna entre os itens da Escala Cornell de depressão no grupo controle. São Paulo, 2005.	80.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Distribuição dos grupos de idosos segundo as idades máxima e mínima. São Paulo, 2005. 32.
- Figura 2** Distribuição dos grupos de idosos segundo a escolaridade máxima e mínima. São Paulo, 2005. 33.
- Figura 3** Distribuição dos grupos segundo as médias dos escores do LSS. São Paulo, 2005. 37.
- Figura 4** Distribuição dos grupos segundo a intensidade de estresse obtida no LSS. São Paulo, 2005. 38.
- Figura 5** Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 6 do inventário LSS. São Paulo, 2005. 40.
- Figura 6** Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 14 “Tenho medo” do inventário LSS. São Paulo, 2005. 41.

- Figura 7** Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 16 “Fico esgotado(a) emocionalmente” do inventário LSS. São Paulo, 2005. 42.
- Figura 8** Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 22 “Costumo deixar de fazer as coisas do dia-a-dia” do inventário LSS. São Paulo, 2005. 43.
- Figura 9** Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 25 do inventário LSS. São Paulo, 2005. 44.
- Figura 10** Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 30 “Tenho dificuldade de relacionamento” do inventário LSS. São Paulo, 2005. 45.
- Figura 11** Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 34 “Sinto-me deprimido” do inventário LSS. São Paulo, 2005. 46.
- Figura 12** Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 49 “Tenho um nó no estômago” do inventário LSS. São Paulo, 2005. 47.
- Figura 13** Distribuição dos grupos segundo as médias dos escores do IDATE-traço. São Paulo, 2005. 48.
- Figura 14** Distribuição dos grupos segundo a intensidade do traço de ansiedade obtida no IDATE-traço. São Paulo, 2005. 49.
- Figura 15** Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 2 “canso-me com facilidade” do IDATE-traço. São Paulo, 2005. 50.

Figura 16	Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias dos escores da Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.	51.
Figura 17	Distribuição do grupo de idosos segundo as pontuações no item 1 “ansiedade” do Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.	52.
Figura 18	Distribuição do grupo de idosos segundo as pontuações no item 8 “perda de interesse” do Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.	53.
Figura 19	Distribuição do grupo de idosos segundo as pontuações no item 18 “pessimismo” do Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.	54.
Figura 20	Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias dos escores do MEEM. São Paulo, 2005.	56.
Figura 21	Distribuição das médias dos escores do LSS no grupo DA segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	64.
Figura 22	Distribuição das médias dos escores do LSS no grupo controle segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	65.
Figura 23	Distribuição das médias dos escores do IDATE-traço no grupo DA segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	66.
Figura 24	Distribuição das médias dos escores do IDATE-traço no grupo controle segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	67.
Figura 25	Distribuição das médias dos escores da Escala Cornell de Depressão no grupo DA segundo o estilo de <i>coping</i> . São Paulo, 2005.	68.

- Figura 26** Distribuição das médias dos escores da Escala Cornell de Depressão no grupo controle segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005. 69.
- Figura 27** Distribuição das médias da escolaridade no grupo DA segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005. 71.
- Figura 28** Distribuição das médias de escolaridade no grupo controle segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005. 72.
- Figura 29** Distribuição das médias dos escores do MEEM no grupo DA segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005. 74.
- Figura 30** Distribuição das médias dos escores do MEEM no grupo controle segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005. 75.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	15
3. CASUÍSTICA E MÉTODO	17
3.1 Local de estudo	18
3.2 População de estudo	18
3.2.1 Critérios de inclusão	19
3.2.2 Critérios de exclusão	20
3.3 Variáveis examinadas	20
3.4 Coleta de dados	21
3.5 Instrumentos de coleta de dados	22
3.6 Tratamento estatístico	27
4. RESULTADOS	29
4.1 Apresentação descritiva dos dados	31
4.1.1 Caracterização dos grupos segundo características sócio-demográficas	31
4.1.2 Avaliação dos indicadores de estresse no grupo controle e DA	37
4.1.3 Avaliação cognitiva dos grupos	55
4.1.4 Avaliação dos estilos de <i>coping</i> nos grupos	56
4.2 Apresentação correlacional dos dados	59
4.2.1 Correlação entre os indicadores de estresse e a variável idade e escolaridade nos dois grupos	59

4.2.2 Correlação entre os indicadores de estresse e a avaliação cognitiva nos dois grupos	62
4.2.3 Correlação entre os indicadores de estresse e estilo de <i>coping</i> nos dois grupos.	63
4.2.4 Correlação entre o estilo de <i>coping</i> e a variável escolaridade nos dois grupos	70
4.2.5 Correlação entre o estilo de <i>coping</i> e a avaliação cognitiva nos dois grupos	73
4.3 Análise da confiabilidade das escalas utilizadas	76
4.3.1 LSS nos grupos	76
4.3.2 IDATE-traço nos grupos	78
4.3.3 Escala Cornell de depressão nos grupos	79
5. DISCUSSÃO	82
6. CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	120

1. INTRODUÇÃO

O progressivo aumento da população idosa tem ocupado destaque no cenário sócio-econômico mundial, considerando os onerosos gastos com recursos sociais e assistência à saúde, decorrentes da necessidade de manutenção das demandas biopsicosociais, além das afecções passíveis de se manifestarem durante o processo de envelhecimento⁽¹⁾.

Os gastos com serviços de saúde nesta população se mostram bastante expressivos no âmbito das doenças crônico-degenerativas⁽²⁾, pelo seu caráter progressivo e comprometedor das funções biológicas, psíquicas e sociais.

Uma das afecções crônico-degenerativas decorrentes do processo de envelhecimento que vêm ganhando importância no cenário atual, pelo impacto social e econômico que causa na vida do indivíduo e nos gastos públicos de saúde, é a doença de Alzheimer (DA), cuja prevalência aumenta significativamente com a idade, dobrando a cada cinco anos, aproximadamente, a partir dos 65 anos⁽³⁾. Em estudo brasileiro realizado na cidade de Catanduva a prevalência de demência foi de 7.1%, sendo, entre elas, a DA o diagnóstico mais frequente (55,1%)⁽⁴⁾. Aproximadamente 6% da população acima de 65 anos e 15% da população com mais de 80 anos são afetadas pela DA⁽⁵⁾.

O diagnóstico definitivo da DA é obtido apenas *post-mortem*, a partir de exame neuropatológico em associação ao quadro clínico característico. Seu mecanismo fisiopatológico ainda não está claramente elucidado, no entanto, algumas hipóteses são compartilhadas por diversos pesquisadores, cujos estudos estão direcionados ao esclarecimento dessa questão.

Atrofia cerebral afetando, principalmente, a formação hipocampal e áreas corticais associativas nos lobos frontais, temporais e parietais, estão entre as alterações macroscópicas encontradas no cérebro de pacientes com DA. Além disso, do ponto de

vista microscópico, há perda neuronal principalmente nas camadas piramidais do córtex cerebral atingindo estruturas límbicas e os córtices associativos, com relativa preservação das áreas corticais primárias (motora, somatossensorial e visual)⁽⁶⁾. Além da perda neuronal, ocorre degeneração sináptica intensa em hipocampo⁽⁷⁻⁸⁾ e neocórtex⁽⁹⁾, importantes áreas envolvidas no processamento da memória e de outras funções cognitivas, além do comportamento.

As explicações para a patogênese da doença incluem a hipótese da cascata do amilóide, que consiste na produção e metabolismo alterado da proteína precursora do amilóide (APP – *amyloid precursor protein*), decorrente de efeitos ambientais não-genéticos e mutações no gene responsável pela codificação dessa proteína. O acúmulo do peptídeo beta-amilóide, seja por superprodução ou por incapacidade de degradar a APP de maneira adequada, leva à deposição de amilóide, ocasionando a formação das placas senis (estruturas extracelulares), emaranhados neurofibrilares (estruturas intracelulares) e morte celular que desencadeará a manifestação clínica da demência.⁽¹⁰⁾

Embora existam critérios para o diagnóstico anatomopatológico, estabelecidos a partir da presença quantitativa desses achados histológicos e a manifestação clínica da DA⁽¹¹⁻¹³⁾, não se conhece com total exatidão como estas alterações estruturais estão envolvidas no processo de degeneração neuronal e morte celular.

Do ponto de vista clínico, a DA manifesta-se lenta e insidiosamente, com evolução variando, aproximadamente, entre quatro a 16 anos⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Apresenta sintomatologia inicial, geralmente, na esfera cognitiva, na qual a queixa mais precoce, relatada pelos pacientes, é o comprometimento da memória episódica⁽¹⁷⁾ – tipo de memória que registra fatos e eventos de forma consciente⁽¹⁸⁾ –, da memória operacional⁽¹⁹⁾ – tipo de memória utilizada para manter, durante alguns segundos até

poucos minutos, a informação que está sendo processada no momento⁽¹⁸⁾. Mais tardiamente, observa-se também um declínio no desempenho da memória semântica⁽²⁰⁾ – tipo de memória que registra o conhecimento adquirido. Os processos de aprendizado e evocação são precocemente comprometidos, há uma diminuição na aquisição de novas informações, com piora progressiva até a impossibilidade de aprendizado novo ao longo do tempo. Além disso, ocorrem alterações de linguagem com nomeação prejudicada, redução progressiva da compreensão oral, perda da capacidade de leitura e escrita, até o mutismo completo em estágios mais avançados da doença. Com a sua evolução, perde-se a capacidade de discriminação visuo-espacial, com preservação da orientação direita-esquerda até fases mais tardias, além de surgimento de apraxias⁽²⁰⁾.

Vale lembrar que a DA apresenta heterogeneidade de apresentação clínica e variações evolutivas que devem ser consideradas no curso clínico da doença, assim, nem todos os pacientes manifestam as alterações anteriormente descritas, tampouco na ordem cronológica apresentada⁽²¹⁾. Além disso, existem evidências de que haja um estado pré-clínico ou precoce da doença cuja sintomatologia não preenche critérios para demência, embora a avaliação neuropsicológica do indivíduo já revele alterações⁽²²⁻²³⁾.

Além do declínio cognitivo, o indivíduo com DA vivencia também comprometimento funcional, manifesto tanto nos déficits instrumentais da vida diária como inabilidade para usar o telefone, para fazer compras sozinho, preparar as refeições, cuidar da casa, utilizar meios de transporte sem se perder, tomar o próprio medicamento, quanto na deterioração do auto-cuidado, com hábitos de higiene inadequados, dificuldade para vestir-se, prejuízo da alimentação, e deterioração da locomoção.

Todas essas alterações funcionais expõem o idoso a uma situação de vulnerabilidade ao aparecimento de outras doenças, contribuindo para maior morbidade e mortalidade ⁽²⁴⁾.

Somado às alterações cognitivas e funcionais, o idoso com DA é obrigado a conviver com o afastamento de amigos e familiares, pela dificuldade em manter uma conversa com coerência e coesão, e com as perdas sociais percebidas na dificuldade de manter de forma eficiente seu antigo trabalho ou determinada habilidade motora ou intelectual que o caracterizava como ser social e o tornava referência em seu âmbito familiar e social.

As inúmeras mudanças do cotidiano decorrentes das alterações cognitivas, sejam as de origem física, psíquica ou social, vivenciadas pelo idoso com demência, traduzem-se em ameaça à sua manutenção biopsicossocial, constituindo assim, fator estressante capaz de desencadear respostas comportamentais e neurovegetativas na tentativa de restabelecer o equilíbrio homeostático. Sabe-se, por exemplo, que maiores níveis de estresse em idosos estão associados ao número de doenças que eles apresentam e ao impacto negativo do processo de envelhecimento em suas vidas ⁽²⁵⁾.

Selye ⁽²⁶⁾ denominou estresse “um estado manifesto por uma síndrome específica, a qual consiste de todas as alterações não-específicas induzidas em um sistema biológico”. Trata-se de uma resposta psicobiológica adaptativa do sujeito a uma determinada demanda interna ou externa a ele. Esta síndrome seria composta de três fases distintas com sintomatologia característica ⁽²⁷⁾, sendo elas:

- Fase de alarme (reações de natureza biológica e psicossocial): taquicardia, cefaléia, aumento ou queda da pressão arterial, sudorese, sensação de esgotamento, irritabilidade, insônia, fadiga, zumbido nos ouvidos, pressão no peito, distúrbios gastrointestinais, mãos e pés frios, tensão muscular, pesadelos, entre outros.

- Fase de resistência (reações de natureza predominantemente psicossocial): sensação de medo, nervosismo, apetite oscilante, bruxismo, alopecia, ansiedade, roer unhas, isolamento social, impotência sexual, entre outros.

- Fase de exaustão: sintomas específicos dos órgãos afetados e da doença que nele se instalar.

Selye⁽²⁶⁾ chamou de expressão estressante o fator desencadeador da ativação, e de reação ao estresse ao conjunto de fenômenos orgânicos mobilizados.

Diferentes correntes teóricas foram desenvolvidas com o objetivo de caracterizar um evento com potencialidade estressora; alguns autores concebem como estressante todo evento positivo ou negativo que implica mudança na vida e que, portanto, requer estratégias de ajustamento^(26,28-29). Outros, no entanto, consideram como estressantes somente os eventos ameaçadores e nocivos⁽³⁰⁻³²⁾. Há, ainda, autores que os definem como aqueles que produzem forte impacto emocional⁽³³⁾.

Embora vários autores conceituem e caracterizem os fatores estressantes de forma diferente, todos esses conceitos estão inter-relacionados e representam eventos marcantes de vida. As mudanças desencadeadas pelo caráter degenerativo da DA podem, portanto, ser consideradas fatores estressantes, uma vez, que solicitam estratégias de enfrentamento, constituem-se como eventos ameaçadores e exercem intenso impacto emocional.

Cabe, ainda, ressaltar que um evento não é universalmente estressante, seu potencial estressor está na dependência da vulnerabilidade do indivíduo aos vários acontecimentos, condicionada por fatores genéticos, intrapsíquicos (traços de personalidade), educacionais, culturais, relativos à história de vida do sujeito, seus recursos de enfrentamento das situações e seu suporte social⁽³⁴⁾.

A exacerbada reação orgânica ao agente estressor, por meio da liberação intensa de hormônios e neurotransmissores envolvidos no processo estresse, é considerada normal, já que se trata de uma resposta do organismo de defesa e adaptação⁽²⁷⁾. No entanto, a exposição permanente a esse agente impossibilita o restabelecimento do equilíbrio orgânico, mobilizando, constantemente, processos fisiológicos e metabólicos na tentativa de recrutar recursos energéticos para se adaptar ao estressor. Dessa forma, seu caráter prolongado leva à exaustão e colapso dos mecanismos adaptativos, manifesto clinicamente em uma condição patológica, seja ela de característica física ou mental⁽²⁷⁾.

As cascatas bioquímicas do estresse são variadas e envolvem muitas regiões do cérebro, com *feedbacks* que, às vezes, podem amplificar muito uma resposta.

O processo começa quando uma ameaça verdadeira ou imaginária ativa os centros sensoriais e de raciocínio superior no córtex. Este, então, envia uma mensagem para a amígdala, principal mediador das respostas estressantes. Separadamente, um sinal pré-consciente pode precipitar a atividade da amígdala. Ela libera o hormônio corticotrópico (CRH), que estimula o tronco cerebral a ativar o sistema nervoso simpático por meio da medula dorsal. Em resposta, as glândulas adrenais produzem o hormônio do estresse epinefrina⁽³⁵⁾.

Simultaneamente as adrenais liberam glicocorticóides, cuja ativação se inicia numa cascata diferente. Nesta, um determinado evento estressor, através de diferentes mediadores neuroquímicos⁽³⁶⁻³⁷⁾, estimula o hipotálamo a secretar CRF (fator de liberação de corticotrofina). Este, a partir do sistema hipotálamo-adenohipofisário, atinge a adeno-hipófise, exercendo ações excitatórias nas células hipofisárias, fazendo-as secretar ACTH (hormônio adrenocorticotrófico ou corticotrofina)⁽³⁸⁾, que atua periféricamente estimulando as células corticais da glândula supra-renal. Estas, por sua

vez, secretam hormônios mineralocorticóides e glicocorticóides, sendo esse o mais relevante para a reação de estresse, cujo principal tipo na espécie humana é o cortisol.

Tanto a epinefrina quanto o cortisol agem sobre músculos, coração e pulmões e preparam o corpo para “lutar ou correr”. O cortisol constitui-se, ainda, fonte de energia de rápida disponibilidade, cuja utilidade permitirá reações adaptativas diante das exigências do estresse⁽³⁵⁾.

Se o estresse se torna crônico, o cortisol induz o *locus ceruleus* a liberar a norepinefrina, que se comunicará com a amígdala, levando à produção de mais CRH e à reativação das cascatas de estresse⁽³⁵⁾. As respostas ao estresse crônico concorrem com o fenômeno da habituação dependente do estímulo; assim, o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) deixa de responder a um estímulo repetido, mas é hiper-respondido a novos estímulos subseqüentes⁽²⁵⁾.

Embora a conceituação do estresse inicialmente estabelecida por Selye⁽²⁶⁾, tenha sido abrangente, envolvendo os fatores psicológicos e sociais, além dos físicos e biológicos, seu empenho e destaque científico compreende, prioritariamente, os aspectos fisiológicos, centrados no estímulo estressor e a resposta ao mesmo, em detrimento das questões individuais e culturais do processo de estresse⁽²⁶⁾.

Desta forma, ao longo da ampliação da abordagem sobre o tema, foram sendo incorporadas novas perspectivas com enfoque nos aspectos psíquicos e sociais da resposta ao estresse e da origem de seu estímulo, abordando questões como estilo de vida, trabalho, entre outras demandas sociais consideradas estressantes^(39,40).

As respostas neuroendócrinas, historicamente introduzidas por Selye⁽²⁶⁾, constituem mecanismo biológico de caráter adaptativo às alterações decorrentes de fatores externos e internos ao indivíduo, cuja intensidade compromete a manutenção do equilíbrio orgânico. No entanto, o esforço que a pessoa fará para mobilizar recursos

para enfrentar o evento estressor dependerá da consequência que o mesmo trará para ele ⁽⁴¹⁾. Assim, o indivíduo percebe, emite pensamentos e ações com a intenção de alterar, diminuir ou controlar as demandas sobre ele, o que permite inferir que há não somente mediadores bioquímicos envolvidos nas respostas frente ao estresse.

A avaliação pessoal e enfrentamento ou manejo das situações de estresse, bem como as diferenças individuais e culturais das respostas frente ao estímulo estressor passou a ser abordada prioritariamente por Lazarus⁽⁴²⁾, que defendia a idéia de que as diferenças individuais nas reações ao estresse são criadas a partir de processos cognitivos do indivíduo, cuja avaliação pode predizer o desempenho do mesmo no manejo das situações adversas, transmitindo o pensamento de que apenas a natureza do fator estressante é o que determina o tipo de reação manifestada por uma pessoa⁽⁴²⁾.

A incorporação do estímulo estressante psicológico como um fator relacional nas reações ao estresse introduziu o conceito de que um determinado agente ou situação estressora será estressante para um determinado indivíduo e não necessariamente para outro, ou a magnitude de seu impacto será maior ou menor de acordo com a avaliação que este mesmo indivíduo possa fazer da situação em questão⁽³⁹⁾. Assim, ainda que os fatores considerados sejam condições de extrema agressividade para uma pessoa, a presença e intensidade das respostas irão variar a depender da avaliação que o indivíduo fizer do evento e de suas experiências prévias adquiridas em manejar tal situação.

Lazarus e Folkman⁽³⁹⁾ enfatizam a relação entre as características de duas vertentes – o indivíduo de um lado e a natureza do evento ambiental do outro -, definindo, desta forma, o estresse psicológico como “uma particular relação entre a pessoa e o ambiente, que é avaliada por ela como excedendo seus recursos de enfrentamento e ameaçando seu bem-estar”.

Esses mesmos autores⁽³⁹⁾ então, introduzem o conceito “avaliação cognitiva” como um mediador não biológico capaz de intervir na resposta ao estresse. Segundo eles, esta avaliação é composta por duas etapas (primária e secundária) interdependentes e consiste em “um processo de categorização de um encontro e suas várias facetas com respeito a esse significado para o bem-estar”, ou seja, é um processo que define porque e em que medida certo relacionamento entre o indivíduo e o ambiente que o circunda é estressante. Neste relacionamento, não é a qualidade do evento, mas a maneira como o percebemos que o classificará como estressor.

As etapas primária e secundária do processo de avaliação representam ações distintas entre si pela complexidade de organização das respostas e não pela ordem cronológica em que ocorrem. Assim, a etapa secundária não depende da primária para acontecer, sua ocorrência irá depender da complexidade da avaliação realizada.

A avaliação primária é mais rápida, grosseira e intuitiva da situação⁽³⁹⁾. Nesta etapa o indivíduo, de uma forma subjetiva, avalia o significado, a relevância e a capacidade de causar dano de determinado estímulo ambiental, além de analisar a possibilidade do evento ser influenciado pela pessoa.

Já avaliação secundária é mais complexa, reflexiva e utiliza informações contidas na memória para levantar possibilidades de agir sobre o problema, considerando os recursos que cada indivíduo dispõe⁽³⁹⁾. Constitui-se um processo de análise das opções que a pessoa possui para lidar com a situação estressante, a chance destas opções serem eficazes e suas conseqüências, bem como a capacidade do indivíduo em colocar em prática as estratégias devidamente avaliadas⁽⁴³⁾. Esta avaliação será dependente de fatores relacionados ao indivíduo, como os valores culturais e morais, história de vida, aprendizado e traço de personalidade.

Após as etapas avaliativas, inicia-se uma fase de julgamento, no qual a pessoa analisa se as demandas ambientais ou internas (medo, ansiedade) são maiores do que os esforços pessoais para modular a experiência de estresse. Este conflito entre as demandas e os esforços emitidos para agir sobre ela é denominado de *coping*⁽³⁹⁾. Definições sobre *coping*¹ incluem tentativas para manipular situações ou necessidades estressantes, independentemente dos resultados, se os efeitos são melhores ou piores. O *coping* modifica de alguma forma a evolução do estresse, seja evitando a situação ou confrontando-a⁽⁴⁴⁾.

Segundo o Modelo Interacionista Cognitivo, proposto por Lazarus e Folkman⁽³⁹⁾, *coping* é um processo dinâmico e modulável, de acordo com as avaliações e reavaliações feitas sobre o evento, é definido como “uma constante mudança cognitiva e esforços comportamentais para manusear específicas demandas externas e/ou internas que são avaliadas como algo que excede os recursos da pessoa”.

O *coping* pode ser classificado em duas divisões distintas: centrado no problema e centrado na emoção⁽³⁹⁾.

Coping centrado no problema diz respeito a todas as tentativas do indivíduo em administrar ou modificar o problema. São consideradas estratégias mais adaptativas, uma vez que permitem a mudança da situação, seja pela tentativa de remover o problema ou pela diminuição da capacidade de impacto da fonte estressora⁽³⁹⁾.

O *coping* centrado na emoção descreve a tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo, derivando principalmente de processos defensivos, fazendo com que a pessoa evite confrontar, de forma realista, a ameaça⁽³⁹⁾.

¹ Embora a expressão *coping* seja de origem inglesa ela será utilizada na sua forma original, uma vez que não há tradução compatível que exprima seu real significado. Além disso, esta expressão tem sido amplamente utilizada nos diversos trabalhos científicos de diversos países, consagrando seu uso na forma original. Ressaltamos que algumas vezes, ao longo da apresentação do estudo, substituiremos a expressão *coping* por enfrentamento.

Além das questões individuais e circunstanciais que influenciam no enfrentamento das situações estressantes, alguns autores apontam o papel da idade na elaboração de diferentes estilos de *coping*.

Evidenciou-se num grupo de idosos, a combinação de diferentes estilos de *coping* associados no enfrentamento de eventos estressantes, com tendência a avaliar positivamente situações conflituosas⁽⁴⁵⁾. Além disso, quando comparados a indivíduos jovens, os idosos apresentam elaboração de mecanismos de defesa mais maduros. No entanto, a efetividade das estratégias de *coping* não se mostram diferentes entre eles⁽⁴⁶⁾.

A aceitação passiva, o desamparo e a depressão resultam em pior adaptação e menor sobrevivência em idosos quando comparados com aqueles que reagem com sentimento de raiva e não aceitação da situação que lhes desagradam⁽³⁹⁾.

Folkman e Lazarus⁽³⁹⁾, ao abordarem a idade como fator influenciador do enfrentamento, observaram diferenças nos estilos de *coping*, sugerindo que as estratégias elaboradas para lidar com as situações estressantes se alteram com o avançar da idade não como consequência do processo de envelhecimento, mas em virtude das mudanças nas fontes de estresse.

No entanto, dentro do processo degenerativo da evolução da DA, a elaboração de estratégias de *coping* e percepção dos eventos conflituosos podem ocorrer de forma diferente, uma vez que a função cognitiva e, portanto, a capacidade de planejamento, pensamento abstrato e julgamento encontra-se progressivamente comprometida. Assim, de acordo com a teoria proposta por Lazarus e Folkman⁽³⁹⁾, estes indivíduos possivelmente se encontrariam em dificuldades ou impossibilitados, a depender da fase evolutiva da doença, de conceber a “avaliação cognitiva”, principalmente no que diz respeito à avaliação secundária e ao julgamento, uma vez que para a mesma é

necessária acessar regiões do sistema límbico que têm funções inter-relacionadas entre cognição, emoção e comportamento automático.

Embora nas fases iniciais da doença o indivíduo tenha, ainda, capacidade de julgamento de seus próprios déficits e limitações, não se sabe se a avaliação cognitiva, feita por ele, para identificar e analisar o potencial de risco do estresse, está suficientemente preservada. Assim, a percepção da periculosidade de um determinado agente estressor pode ser super ou subestimada. Além disso, também não se sabe se a avaliação com relação à própria capacidade de desempenho está acessível de forma a identificar os recursos internos e externos disponíveis, permitindo a elaboração de estratégias de enfrentamento eficientes para lidar com a situação conflitante, ou se o *coping* passa a ser predominantemente defensivo, no qual o indivíduo evita confrontar-se conscientemente com a realidade ameaçadora.

Dessa forma, considerando os diversos fatores estressores vivenciados pelos idosos com DA, decorrentes das marcantes alterações cognitivas e funcionais aos quais estão submetidos pela manifestação da doença, bem como da influência que seu comprometimento cognitivo pode ocasionar sobre a avaliação, reação e manejo frente ao estresse, levantam-se as seguintes hipóteses:

1. Em indivíduos com DA de intensidade leve a capacidade de avaliação cognitiva deve estar alterada podendo implicar em distanciamento do julgamento (ou avaliação) do indivíduo do real potencial de risco do estresse, cuja intensidade pode ser sub ou superestimada.

2. O *coping* em indivíduos com DA de intensidade leve é predominantemente centrado na emoção, cujas estratégias de enfrentamento derivam, principalmente, de processos defensivos, diminuindo o potencial de ação sobre o problema.

A necessidade de se investigar a coexistência do estado de estresse com o processo crônico degenerativo da DA é relevante considerando a estreita relação entre a presença de déficit cognitivo e a manifestação do estresse ⁽²⁶⁾. Além disso, existe uma carência significativa de estudos com enfoque nos recursos disponíveis por idosos em processo degenerativo para o enfrentamento ou manejo das situações estressantes, bem como de sua reação a elas.

Desta forma, este estudo permitirá ampliar a compreensão sobre os processos psíquicos envolvidos no manejo de situações conflitantes e estressantes em indivíduos que apresentam comprometimento da principal ferramenta de avaliação entre si próprios e o meio ambiente: - a cognição. Este estudo, então, tem o propósito de explorar a magnitude dos recursos internos de que dispõem indivíduos acometidos pela DA em reagir às demandas oriundas das mudanças físicas, psíquicas, sociais e interpessoais que a doença pode provocar, bem como a capacidade dos mesmos em acessar o arsenal de possibilidades de enfrentamento construídas ao longo de sua existência.

Os resultados desse estudo podem contribuir com a compreensão do processo saúde-doença de idosos com alterações cognitivas patológicas, bem como seus agravantes, além de direcionar intervenções que fortaleçam esses indivíduos no enfrentamento das mudanças desencadeadas pelo processo de envelhecimento e manifestação da doença, contribuindo, assim, para o bem-estar e qualidade de vida do paciente e de sua família.

2. OBJETIVOS

Considerando a base teórica que fundamenta as hipóteses levantadas, bem como as concepções individuais acerca da potencialidade de um agente estressor e, conseqüentemente, dos diferentes níveis de respostas que o mesmo pode desencadear no organismo, este estudo tem por objetivos:

Geral

Analisar as características dos indicadores de estresse e estilos de *coping* em idosos com DA leve comparados com idosos cognitivamente saudáveis.

Específicos

- Caracterizar os grupos segundo as variáveis sócio-demográficas e o estado de saúde;
- Avaliar e comparar a presença de sintomas de estresse no grupo de idosos com DA leve e no grupo controle;
- Avaliar e comparar o traço de ansiedade nos dois grupos;
- Avaliar e comparar a presença de sintomas de depressão em ambos os grupos;
- Avaliar e comparar os tipos de *coping* nos dois grupos;
- Investigar a correlação entre as variáveis sócio-demográficas e os indicadores de estresse e de *coping* nos grupos;
- Investigar a correlação entre os indicadores de estresse e avaliação cognitiva em ambos os grupos;
- Investigar a correlação entre os estilos de *coping* e avaliação cognitiva nos diferentes grupos;
- Verificar a confiabilidade dos instrumentos que avaliam os indicadores de estresse no grupo DA e no grupo controle.

3.CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Local de estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida na cidade de São Paulo, no ambulatório de Neurologia Cognitiva e do Comportamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Trata-se de um hospital geral, universitário, com nível de atenção terciária, cujo referido ambulatório atende uma vez por semana pacientes com queixas cognitivas, com predomínio da população idosa e do diagnóstico médico de DA.

3.2 População de estudo

Foram incluídos no estudo 60 indivíduos, subdivididos em dois diferentes grupos:

1. **Grupo controle:** composto por trinta (30) idosos com autonomia cognitivo-funcional, predominantemente do sexo feminino (25 mulheres), com idade entre 62 e 90 anos. Esses indivíduos foram escolhidos aleatoriamente, a partir de um grupo de idosos cadastrados na Secretaria de Cultura e Extensão Universitária da Escola de Enfermagem da USP (SCEU -EEUSP) em função de terem, em algum momento, participado de pelo menos uma atividade cultural desta instituição.

2. **Grupo DA:** composto por trinta (30) idosos com diagnóstico médico de DA de intensidade leve, predominantemente do sexo feminino (21 mulheres), com idades entre 67 e 89 anos. Esses indivíduos foram escolhidos aleatoriamente a partir de uma população de idosos com DA acompanhadas clinicamente pelo Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento do HC-FMUSP (GNCC-HC-FMUSP),

sendo incluídos no estudo apenas aqueles cuja intensidade da doença fosse classificada como leve, constituindo uma amostra de conveniência.

O tamanho amostral foi obtido estatisticamente através da fórmula de Makuch e Simon⁽⁴⁷⁾ (ANEXO A). As porcentagens utilizadas para a execução do cálculo se referem à prevalência de ansiedade e depressão (variáveis utilizadas para a avaliação do estado de estresse) nesses dois grupos obtida em estudo realizado por Lyketsos e cols⁽⁴⁸⁾. Assim, o número da casuística sugerido no projeto deste estudo refletiu um quantitativo próximo do ideal, uma vez que não sabíamos, nos grupos a serem estudados, as porcentagens reais.

3.2.1 Critérios de inclusão

Os indivíduos que preencheram todos os critérios de inclusão abaixo foram incluídos no estudo:

1. Indivíduos do sexo feminino ou masculino, com mais de 60 anos, alfabetizados, distribuídos em dois grupos, sendo um composto por idosos normais (sem queixas cognitivas – grupo controle); o outro, por indivíduos com diagnóstico de DA de intensidade leve.

2. O paciente ou seu familiar/representante legal terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido antes do início do estudo, de acordo com o regulamento do comitê de ética local (ANEXO B).

Cabe ressaltar que o diagnóstico de DA, bem como a determinação da intensidade dos sintomas, foram realizados pela equipe médica do GNCC-HCFMUSP,

baseados, respectivamente, nos critérios estabelecidos pelo *National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke – Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association* (NINCDS-ADRDA)⁽⁴⁹⁾ e pelo DSM-IV- R⁽⁵⁰⁾ (ANEXO C).

3.2.2 Critérios de exclusão

Indivíduos que preenchessem um ou mais dos seguintes critérios não foram incluídos:

1. Idosos com diagnóstico de qualquer outra doença neurológica ou neurodegenerativa;
2. Idosos do grupo controle em uso de medicações psicoativas;
3. Idosos do grupo controle com diagnóstico médico de transtorno depressivo ou de ansiedade.
4. Idosos do grupo controle que evidenciassem, através da associação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e escala de avaliação funcional (IQCODE), alteração cognitiva sugestiva de quadro demencial.
5. História de abuso de álcool ou de drogas no último ano ou previamente por longo período.
6. Idosos analfabetos.

3.3 Variáveis examinadas

Com base nas considerações apresentadas por Selye⁽²⁶⁾ e Lazarus e Folkman⁽³⁹⁾, utilizou-se, como modelo de avaliação do estado de estresse, as manifestações sintomáticas de ordem física e emocional e as estratégias e estilos de enfrentamento frente às situações conflituosas. Assim, as variáveis dependentes

(sintomas de estresse, traço de ansiedade, sintomas depressivos) foram correlacionadas com alguns fatores sócio-demográficos, avaliação cognitiva e estilos de *coping*.

3.4 Coleta de dados

Primeiramente, este estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMUSP e do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e somente após a aprovação desses é que se iniciou a coleta de dados (ANEXO D).

Inicialmente, foi feito um levantamento dos indivíduos que preenchiam os critérios para inclusão no estudo.

Para o grupo DA foi realizado um levantamento dos prontuários dos pacientes matriculados no GNCC-HC-FMUSP, identificando-se aqueles com diagnóstico médico de DA com intensidade leve e, na medida do possível, a data de retorno ao atendimento ambulatorial.

Assim, a entrevista individual que caracterizou o início da pesquisa, aconteceu, na sua maior parte, no mesmo dia em que o paciente e seu responsável legal compareciam à consulta médica agendada, aproveitando este momento para apresentar o estudo, bem como seus objetivos, e verificar o interesse de participação. Desta forma, a amostra foi construída por ordem de comparecimento dos idosos ao atendimento ambulatorial até ser completado o mínimo de sujeitos necessários para composição do grupo.

Nas situações em que não foi possível combinar o retorno médico com a inclusão no estudo, fez-se um contato telefônico agendando a entrevista no ambulatório de Neurologia do HC-FMUSP ou no próprio domicílio do paciente.

O grupo controle foi formado a partir do levantamento dos idosos cadastrados na SCEU - EEUSP. A entrevista individual ocorreu exclusivamente no domicílio dos indivíduos, após contato telefônico prévio, uma vez que não justificava o comparecimento dos mesmos ao ambulatório, já que eles não faziam seguimento clínico.

Desta forma, para ambos os grupos, a entrevista individual se caracterizou em um momento de apresentação da pesquisa, assinatura do termo de consentimento (ANEXO C) e aplicação dos instrumentos necessários para a execução do estudo.

3.5 Instrumentos de coleta de dados

Na intenção de atender aos objetivos propostos neste estudo, foi aplicado, uma única vez, num único momento e para ambos os grupos, um questionário de caracterização pessoal e instrumentos de avaliação cognitiva, de estresse e de *coping*. Aos idosos do grupo controle, foi também aplicada uma escala de avaliação funcional (IQCODE)⁽⁵¹⁾, para exclusão de alteração cognitiva e/ou presença de demência, uma vez que, a associação de um instrumento de avaliação cognitiva e funcional, esta última aplicada a um cuidador ou responsável, apresenta boa sensibilidade e especificidade para detecção de um quadro demencial⁽⁵²⁾.

Seqüencialmente, segue a descrição dos instrumentos:

1. Questionário de caracterização geral (ANEXO E): composto por questões relativas à identificação pessoal (idade, sexo, escolaridade, estado civil, atividade profissional, antecedentes pessoais e medicações em uso).

2. Instrumentos de avaliação cognitiva

- **O Mini-exame do Estado Mental - MEEM** ⁽⁵³⁾ (ANEXO F): Este instrumento é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar componentes da função cognitiva, como orientação têmporo-espacial, retenção ou registro de dados, atenção e cálculo, memória, linguagem e capacidade construtiva visual. Neste estudo foi utilizada a versão adaptada de Brucki e cols⁽⁵⁴⁾, cuja aplicabilidade revelou-se boa para ambientes hospitalar, ambulatorial e para estudos populacionais. O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. A escala é simples de usar e pode ser facilmente administrada em 5-10 minutos. As pontuações de corte para indivíduos sem queixas cognitivas são: ≥ 28 para sujeitos com escolaridade maior do que sete anos, ≥ 24 para aqueles que estudaram de 4 a 7 anos, ≥ 23 para os que tiverem entre um a três anos de estudo ⁽⁴⁾. Quanto ao preenchimento, as respostas são obtidas mediante perguntas de avaliação clínica dirigidas e são categorizadas em escores com base no julgamento da pessoa que está dirigindo a avaliação e não do respondente, embora os escores estejam previamente estabelecidos no próprio instrumento. Esse instrumento teve, nesse estudo, a finalidade de avaliar o desempenho cognitivo dos idosos normais, além de confirmar e fundamentar a inclusão apenas de pacientes com DA leve.

3. Instrumento de avaliação funcional

- **Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)** ⁽⁵¹⁻⁵²⁾ (ANEXO G): é um instrumento que avalia o declínio cognitivo a partir de uma entrevista com um cuidador ou outra pessoa próxima do paciente. É composto por 26 questões, nas quais o informante analisa o desempenho atual do

paciente em diferentes situações de atividades diárias comparado com desempenho observado há 10 anos. O cuidador deve quantificar o desempenho como “muito melhor”, “melhor”, “sem mudanças significativas” “pior” ou “muito pior”. Constitui-se uma das escalas de avaliação funcional com familiares ou informantes mais usadas nos estudos.

4. Instrumento de avaliação dos indicadores de estresse

- **Lista de Sintomas de Stress⁽⁵⁵⁾ (LSS)** (ANEXO H), desenvolvida com base no Inventário Scope-Stress de Vasconcellos⁽⁵⁵⁻⁵⁶⁾ em conjunto com pesquisadores de outros 13 países a partir de uma amostra de cerca de 5 mil entrevistados. É composta de 59 itens relativos a sintomas de ordem psicofisiológica e social atribuídos ao estado de estresse, na qual o indivíduo deve assinalar sua presença e dimensionar sua frequência mediante pontuação de 0 a 3; a maior soma possível é de 177 pontos, com valores mais altos indicando maior manifestação de sintomas de estresse e os menores sugerindo o oposto.

- **Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)⁽⁵⁷⁾** (ANEXO I): esse inventário apresenta como característica principal a mensuração de aspectos inespecíficos envolvidos em situações problemáticas ou estressantes, como tensão, nervosismo, irritabilidade, apreensão, preocupação e outros. O IDATE foi projetado para ser auto-aplicável e pode ser aplicado individualmente ou em grupos. É constituído por dois instrumentos independentes – traço de ansiedade e estado de ansiedade – os quais enfocam abordagens distintas de ansiedade. Cada uma das escalas é constituída por 20 afirmações e nelas constam instruções de preenchimento impressas no formulário dos testes, o qual não possui limite de tempo para ser respondido. Na escala referente ao estado, o indivíduo

responde de acordo com a ansiedade que está sentindo no momento do preenchimento dos instrumentos da pesquisa. Já na escala referente ao traço, o indivíduo responde como se sente habitualmente, sendo que o traço de ansiedade se refere a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, isto é, a diferenças na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras. Visando o caráter emocional transitório do estado de ansiedade, neste estudo foi utilizada apenas a escala traço de ansiedade, pois o objetivo de sua inclusão como instrumento de coleta de dados foi verificar a presença de sintomas ansiosos rotineiros e não apenas momentaneamente durante a entrevista.

A pontuação em ambas as escalas varia de 20 a 80 pontos; os indivíduos respondem a cada item do IDATE avaliando-se a si próprios numa escala de quatro pontos (1. quase nunca; 2. às vezes; 3. freqüentemente; 4. quase sempre – todos para a escala traço). Alguns dos itens do IDATE são colocados de tal maneira que uma avaliação 4 indica um alto nível de ansiedade (ex.: estou tenso – item 3 do IDATE ESTADO), enquanto outros itens são colocados de tal modo que uma avaliação alta significa baixa ansiedade (ex.: sinto-me seguro – item 13 do IDATE TRAÇO). Para itens em que escores altos indicam baixa ansiedade, os pesos são invertidos. Os pesos de respostas marcadas 1, 2, 3 e 4 para os itens a inverter 4, 3, 2 e 1, respectivamente. Os itens invertidos da sub-escala do IDATE TRAÇO são: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19. A amplitude de variação possível para soma das pontuações é de 20 a 80 pontos, em que pontuações baixas indicam baixa ansiedade e as mais altas, o inverso. Os autores da escala não estabeleceram pontuação de corte para a normalidade, mas será utilizada uma categorização proposta na literatura⁽⁵⁶⁾, na qual a pontuação de 20 a 40 pontos indica baixa ansiedade, de 41 a 60, média, e de 61 a 80, alta ansiedade. Considerou-se esta analogia válida tanto para ansiedade-traço como para ansiedade-estado, já que os escores possíveis de serem alcançados são os mesmos.

Os três últimos instrumentos anteriormente descritos não são específicos para indivíduos com alterações cognitivas, no entanto, já foram utilizados em populações idosas em estudo anterior^(25,58). Embora sejam de auto-aplicação, as questões podem ser dirigidas ao sujeito que indicará qual a melhor resposta reflete sua atual situação.

- **Escala Cornell para depressão em demência⁽⁵⁹⁾** (ANEXO J): Trata-se de um instrumento de rastreio de depressão validado tanto para idosos com diagnóstico de demência quanto para idosos saudáveis do ponto de vista cognitivo⁽⁶⁰⁾. Constituído por 19 itens descritores de sinais relacionados ao humor, a distúrbios do comportamento, a sinais físicos, às funções cíclicas e a distúrbio ideativo. A pontuação deve se basear em sinais/sintomas que tenham ocorrido durante a semana anterior à entrevista e pode variar de 0 a 38 pontos. As informações são obtidas a partir de uma breve entrevista com o paciente ou seu cuidador/familiar. Vale ressaltar que, neste estudo, as questões desta escala foram respondidas pelo cuidador/familiar no grupo DA e pelo próprio paciente no grupo controle, embora a proposta inicial tenha sido manter um padrão para os dois grupos, não foi possível operacionalizá-la, uma vez, que a grande maioria dos idosos sem alterações cognitivas patológicas morava sozinha.

5. Instrumento de avaliação dos estilos de *coping*

- **Inventário sobre *coping*** (ANEXO K), elaborado por Jalowiec⁽⁶¹⁾, esse inventário tem por objetivo identificar as características individuais de estratégias para enfrentamento de estressores. É composto por 60 afirmações, divididas em oito estilos de *coping* baseados em elaboração cognitiva e de comportamentos, sendo eles: confrontivo (quando há confrontação da situação e resolução do problema de forma combativa), evasivo (quando se utilizam as atividades evasivas e evitativas na

tentativa de afastar-se afetivamente do problema), otimista (faz uso de pensamentos otimistas, elaboração mental e comparações positivas sobre o problema), fatalista (predomínio de sentimentos de falta de controle da situação, pessimismo e desesperança em relação ao problema), emotivo (há expressão de emoções nas várias formas de linguagem, direta ou indiretamente relacionado ao problema), paliativo (tentativa de reduzir a importância do problema, relativizando-o), sustentativo (uso de sistemas de suporte pessoal, profissional, espiritual para enfrentar o problema) e autoconfiante (uso de estratégias que envolvam muito pouco outras pessoas, e muito mais os seus próprios recursos).

Cabe ressaltar que as respostas dos itens de todos os instrumentos de avaliação foram obtidas a partir de perguntas dirigidas ao indivíduo em ambos os grupos. Além disso, a entrevista individual com os idosos foi realizada pelo mesmo pesquisador.

3.6 Tratamento estatístico

Inicialmente todas as variáveis foram analisadas do ponto de vista descritivo.

Para os dados quantitativos (idade, escolaridade, sintomas de estresse, traço de ansiedade, depressão) a análise foi feita mediante a observação dos valores mínimos e máximos e do cálculo de médias, desvio-padrão e medianas. Para as variáveis qualitativas (sexo, estado civil, uso de medicação, doenças crônicas, estilos de *coping*) calculou-se as frequências absolutas e relativas.

Para se testar a hipótese de igualdade entre os dois grupos foi utilizado o teste t de Student ou o teste não paramétrico de Mann-Whitney ⁽⁶²⁾, quando a suposição de normalidade dos dados não foi observada.

Para o estudo da correlação entre duas variáveis foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman⁽⁶²⁾.

Para a comparação entre as proporções foi utilizado o teste Qui-quadrado⁽⁶²⁾ ou o teste exato de Fischer⁽⁶²⁾, quando haviam frequências esperadas abaixo de cinco.

Para o estudo da confiabilidade de indicadores foi utilizado o alfa de Cronbach⁽⁶³⁾.

O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

4.RESULTADOS

Buscando a melhor compreensão dos dados segundo os objetivos propostos, a apresentação dos resultados foi dividida em três etapas distintas conforme a organização a seguir:

4.1 Apresentação descritiva dos dados

4.1.1 Caracterização dos grupos segundo características sócio-demográficas;

4.1.2 Avaliação dos indicadores de estresse no grupo controle e DA;

4.1.3 Avaliação cognitiva dos grupos;

4.1.4 Avaliação dos estilos de *coping* nos grupos;

4.2 Apresentação correlacional dos dados

4.2.1 Correlação entre os indicadores de estresse e a variável idade e escolaridade nos dois grupos;

4.2.2 Correlação entre os indicadores de estresse e a avaliação cognitiva nos dois grupos;

4.2.3 Correlação entre os indicadores de estresse e estilo de *coping* nos dois grupos;

4.2.4 Correlação entre o estilo de *coping* e a variável escolaridade nos dois grupos;

4.2.5 Correlação entre o estilo de *coping* e a avaliação cognitiva nos dois grupos.

4.3 Análise da confiabilidade das escalas utilizadas

4.3.1 LSS nos grupos;

4.3.2 IDATE-traço nos grupos;

4.3.3 Escala Cornell de depressão nos grupos.

4.1 Apresentação descritiva dos dados

Os dados descritivos se referem à caracterização sócio-demográfica dos grupos, aos indicadores de estresse, à avaliação cognitiva e aos estilos predominantes de *coping*.

A caracterização dos grupos, bem como tratamento estatístico destinado à análise de seus dados visou a sua comparação, buscando identificar a correspondência entre ambos, isto é, as diferenças e similaridades que possam interferir nas afirmações descritivas e correlacionais posteriores, uma vez que o que se pretendeu foi construir um grupo que melhor se aplicasse à categoria de “controle”.

4.1.1 Caracterização sócio-demográfica dos grupos

A caracterização sócio-demográfica se constituiu a partir dos resultados obtidos com a investigação das variáveis sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão e antecedentes pessoais.

No que se refere à idade em ambos os grupos, observamos um predomínio do sexo feminino, sendo o grupo DA composto por 21 (70%) mulheres, e o grupo controle por 25 (83,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos grupos de idosos, segundo o sexo. São Paulo, 2005.

Sexo	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Feminino	21	70.0	25	83.3
Masculino	9	30.0	5	16.7
Total	30	100.0	30	100.0

P=0.222

Embora haja uma diferença de quatro indivíduos entre os grupos, essa discreta disparidade não alcançou significância estatística, permitindo inferir que os grupos são homogêneos no que se refere ao sexo.

Com relação à idade dos participantes do estudo, a média encontrada no grupo DA foi 78,9 anos, sendo a menor idade de 67 anos e a maior de 89. No grupo controle a média obtida foi de 72,6 anos, com valor mínimo de 62 anos e máximo de 90 anos. Comparando-se os valores extremos nos dois grupos, pode-se observar que a diferença encontrada nas médias se deu fundamentalmente pela inclusão de indivíduos mais jovens no grupo controle (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias de idade. São Paulo, 2005.

Grupo	Média	Desvio padrão	Mediana
Grupo DA	78.9	6.36	79.0
Grupo Controle	72.6	6.52	74.0

n dos dois grupos = 30; $p < 0,001$.

Figura 1 – Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias de idades. São Paulo, 2005.

Essa diferença de seis anos para mais na média de idade do grupo DA em relação ao grupo controle atingiu significância estatística, o que nos permite afirmar que os grupos foram diferentes em relação à idade, sendo o grupo DA predominantemente mais velho que o controle.

Com relação à escolaridade dos sujeitos de pesquisa, a média encontrada no grupo DA foi de 5,5 anos, sendo um ano a escolaridade mínima e 22 anos a máxima. No grupo controle, os dados foram semelhantes, com uma média de 6,7 anos, a escolaridade mínima de dois anos e máxima de 19 anos (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias de escolaridade. São Paulo, 2005.

Grupo	Média	Desvio padrão	Mediana
Grupo DA	5.5	4.17	4.0
Grupo controle	6.7	4.28	4.5

n dos dois grupos = 30; p= 0,259.

Figura 2 - Distribuição dos grupos de idosos, segundo a escolaridade. São Paulo, 2005.

A diferença de um ano para mais na escolaridade média do grupo DA e controle não implicou em significância estatística, o que nos permite afirmar que, com relação a esta variável, ambos os grupos se encontram na mesma situação em termos de recursos sustentativos para compreensão e identificação de eventos estressores, bem como de seu enfrentamento.

No que diz respeito ao estado civil dos grupos estudados, pôde-se observar um predomínio de idosos casados em detrimento dos viúvos e solteiros (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos grupos de idosos segundo estado civil. São Paulo, 2005.

Estado civil	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Casado	14	46.6	15	50.0
Divorciado	2	6.7	0	0.0
Solteira	2	6.7	2	6.7
Viúva	12	40.0	13	43.3
Total	30	100.0	30	100.0

p=0,708.

Por meio da Tabela 4 é possível afirmar que ambos os grupos se assemelharam no que diz respeito ao estado civil. Embora tenha sido observada a presença de divorciados apenas no grupo DA, esse dado não interferiu no tratamento estatístico, cuja significância entre as diferenças permite inferir que os grupos são homogêneos com relação ao estado civil.

No tocante à situação profissional, identificaram-se três subgrupos classificados segundo não só a atividade profissional, bem como ao benefício da previdência social, sendo eles:

- Aposentados: não ativos profissionalmente, com benefício;
- Não aposentados: ativos profissionalmente, sem benefício;
- Voluntários: ativos profissionalmente, com benefício.

Tabela 5 – Distribuição dos grupos de idosos segundo atividade profissional. São Paulo, 2005.

Atividade profissional	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Aposentado	26	86.6	25	83.3
Não aposentados	3	10.1	4	13.4
Voluntários	1	3.3	1	3.3
Total	30	100.0	30	100.0

p = 1.000

A Tabela 5 mostra que o subgrupo de aposentados foi predominante tanto nos idosos com DA como no grupo controle, em detrimento dos demais. No entanto, foi interessante encontrar, no grupo de idosos demenciados, três indivíduos ativos profissionalmente, uma vez que, pelo próprio quadro clínico da doença, esperava-se que o desempenho nas atividades de vida diária, incluindo as laborativas, estivesse prejudicado. Daqueles que trabalhavam, foi encontrado um diretor financeiro, dois “do lar” e um médico, todos pertencentes ao grupo controle; dois comerciantes e um “do lar” no grupo DA.

Essa variável foi analisada considerando que a atividade profissional pode se constituir em fator determinante dos padrões emocionais e comportamentais dos idosos, cuja diferença poderia interferir na análise comparativa. No entanto, não foram observadas diferenças estatísticas entre os grupos, o que mais uma vez permite afirmar que tanto os indivíduos com DA como o grupo controle foram semelhantes no que diz respeito aos recursos sustentativos relacionados à atividade profissional.

Considerando a interferência negativa que as afecções crônicas podem causar na dinâmica emocional e comportamental dos idosos, bem como a sua grande incidência nessa população, buscou-se identificar a semelhança entre os grupos quanto à presença de *diabetes mellitus* (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), acidente vascular cerebral (AVC) prévio e insuficiência coronariana (ICO), conforme demonstrado na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos grupos de idosos, segundo presença de doenças crônicas. São Paulo, 2005.

Doenças crônicas	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
DM	5	16.7	2	6.7
HAS	16	53.3	15	50.0
AVC	0	0.0	0	0.0
ICO	3	10.0	1	13.3

$0.424 \leq p \leq 1.000$

Como se pode observar a partir da Tabela 6 os grupos se assemelharam quanto à presença de doenças crônicas, com predomínio da HAS em ambos os grupos. A discreta diferença entre eles não atingiu significância estatística, permitindo concluir que, nesta população, esta variável apresentou comportamento neutro no que diz respeito às possíveis interferências nos indicadores de estresses e nos estilos de *coping*.

Tabela 7 – Comparação entre os grupos DA e controle em relação às variáveis (não numéricas), utilizando o Teste Exato de Fischer. São Paulo, 2005.

Variáveis	P (prob)
Sexo	0.222
Estado civil	0.708
Atividade profissional	1.000
Doenças crônicas	$0.424 \leq p \leq 1.000^*$

*Diabetes (p=0.424); HAS (0.796); AVC e ICO (p=1.000).

Tabela 8 – Comparação entre os grupos DA e controle em relação às variáveis (numéricas), utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney. São Paulo, 2005.

Variáveis	P (prob)
Idade	<0.001
Escolaridade	0.259

As Tabelas 7 e 8 mostram que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos estudados em relação às variáveis elencadas, exceção feita apenas à idade. Tais resultados nos permitem afirmar que os dois grupos estudados são praticamente homogêneos em relação às variáveis sócio-demográficas, o que representará maior confiabilidade nas comparações feitas neste estudo.

4.1.2 Avaliação dos indicadores de estresse no grupo DA e controle

No que diz respeito à intensidade dos sintomas de estresse (LSS), a média, encontrada no grupo DA, foi de 36,4 pontos, com escore mínimo de 3 e máximo de 88. Já no grupo controle a média obtida foi de 41,2 pontos, com pontuação mínima de 15 e máxima de 76 pontos (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição dos grupos de idosos, segundo as médias dos escores do LSS. São Paulo, 2005.

Grupo	Média	Desvio-padrão	Mediana
Grupo DA	36.4	23.93	33.0
Grupo Controle	41.2	17.84	39.0

n em cada grupo = 30; p = 0.254.

Figura 3 – Distribuição dos grupos, segundo as médias dos escores do LSS. São Paulo, 2005.

p = 0.254.

Os dados mostram que o grupo controle, cuja função cognitiva se encontra preservada, apresentou maior frequência e intensidade dos sintomas de estresse que o grupo DA, embora essa diferença não seja estatisticamente significativa.

Embora os autores da escala não tenham estabelecido pontuação de corte para a normalidade, a partir de uma categorização proposta em literatura⁽⁵⁶⁾, pode-se classificar a presença de sintomas de estresse em níveis de intensidade, sendo de 0 – 59 intensidade leve, 60 – 119 intensidade moderada e 120 – 177 intensidade grave. Desta forma, considerando a média dos escores do LSS obtida por ambos os grupos, podemos classificá-los em um nível leve de estresse. No entanto, ao analisarmos os valores absolutos obtidos por cada indivíduo em seus respectivos grupos observamos um predomínio da intensidade moderada no grupo DA (Figura 4).

Figura 4 – Distribuição dos grupos segundo a intensidade de estresse obtida no LSS. São Paulo, 2005.

A Figura 4 mostra que, embora o percentual de idosos em ambos os grupos com intensidade moderada de estresse tenha sido pequeno, houve mais indivíduos com DA ($n = 7$) classificados neste nível, quando comparados com aqueles sem alterações cognitivas patológicas ($n = 5$).

Visando a melhor compreensão do padrão emocional e comportamental no grupo DA e considerando que o escore final do teste pode dificultar a identificação do comportamento dos grupos em relação ao instrumento, optou-se por investigar os escores item a item do inventário, obtendo-se diferenças estatisticamente significantes em 8 dos 59 itens. Foram eles:

- 06 Sinto falta de apetite (**maior no grupo DA**) Tabela 10;
- 14 Tenho medo (**maior no grupo DA**) Tabela 11;
- 16 Fico esgotado (a) emocionalmente (**maior no grupo DA**) Tabela 12;
- 22 Costumo deixar de fazer às coisas dia-a dia (**maior no grupo controle**) Tabela 13;
- 25 Sinto raiva (**maior no grupo controle**) Tabela 14;
- 30 Tenho dificuldade de relacionamento (**maior no grupo controle**) Tabela 15;
- 34 Sinto-me deprimido (a) (**maior no grupo controle**) Tabela 16;
- 49 Tenho um nó no estômago (**maior no grupo DA**) Tabela 17.

Tabela 10 – Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 6 “Sinto falta de apetite” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

Pontuação	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Nunca (0)	20	66.7	30	100.0
Raramente (1)	3	10.0	0	0.0
Freqüentemente (2)	3	10.0	0	0.0
Sempre (3)	4	13.3	0	0.0
Total	30	100.0	30	100.0

$p < 0,001$

Figura 5 – Distribuição dos grupos de idosos, segundo as pontuações no item 6 “Sinto falta de apetite” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

$p < 0,001$

Tabela 11– Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 14 “Tenho medo” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

Pontuação	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Nunca (0)	20	66.7	22	73.4
Raramente (1)	6	20.0	0	0.0
Freqüentemente (2)	1	3.3	7	23.3
Sempre (3)	3	10.0	1	3.3
Total	30	100.0	30	100.0

p = 0,005

Figura 6– Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 14 “Tenho medo” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

p = 0,005

Tabela 12 – Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 16 “Fico esgotado (a) emocionalmente” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

Pontuação	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Nunca (0)	16	53.3	22	73.3
Raramente (1)	6	20.0	0	0.0
Freqüentemente (2)	7	23.3	6	20.0
Sempre (3)	1	3.3	2	6.7
Total	30	100.0	30	100.0

p= 0,041

Figura 7 - Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 16 “Fico esgotado (a) emocionalmente” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

p= 0,041

Tabela 13 – Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 22 “Costumo deixar de fazer às coisas dia-a-dia” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

Pontuação	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Nunca (0)	29	96.7	24	80.0
Raramente (1)	1	3.3	0	0.0
Freqüentemente (2)	0	0.0	3	10.0
Sempre (3)	0	0.0	3	10.0
Total	30	100.0	30	100.0

$p=0,024$

Figura 8 - Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 22 “Costumo deixar de fazer às coisas dia-a-dia” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

$p=0,024$

Tabela 14 – Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 25 “Sinto raiva” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

Pontuação	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Nunca (0)	17	56.7	13	43.3
Raramente (1)	6	20.0	1	3.3
Freqüentemente (2)	5	16.6	15	50.0
Sempre (3)	2	6.7	1	3.3
Total	30	100.0	30	100.0

$p=0,016$

Figura 9 - Distribuição dos grupos de idosos, segundo as pontuações no item 25 “Sinto raiva” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

$p=0,016$

Tabela 15 – Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 30 “Tenho dificuldade de relacionamento” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

Pontuação	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Nunca (0)	22	73.3	21	70.0
Raramente (1)	3	10.0	0	0.0
Freqüentemente (2)	4	13.4	2	6.7
Sempre (3)	1	3.3	7	23.3
Total	30	100.0	30	100.0

p= 0,029

Figura 10 - Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 30 “Tenho dificuldade de relacionamento” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

p= 0,029

Tabela 16 – Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 34 “Sinto-me deprimido (a)” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

Pontuação	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Nunca (0)	15	66.7	5	16.7
Raramente (1)	6	10.0	7	23.3
Freqüentemente (2)	6	10.0	17	56.7
Sempre (3)	3	13.3	1	3.3
Total	30	100.0	30	100.0

p= 0,006

Figura 11 - Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 34 “Sinto-me deprimido (a)” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

p= 0,006

Tabela 17 – Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 49 “Tenho um nó no estômago” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

Pontuação	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Nunca (0)	24	80.0	29	96.7
Raramente (1)	5	16.7	0	0.0
Freqüentemente (2)	0	0.0	1	3.3
Sempre (3)	1	3.3	0	0.0
Total	30	100.0	30	100.0

p= 0,037

Figura 12 - Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 49 “Tenho um nó no estômago” do inventário LSS. São Paulo, 2005.

p= 0,037

A partir da observação das Tabelas 10 a 17 pode-se observar que o grupo DA apresenta uma tendência à presença de sintomas físicos relacionados ao estresse (falta de apetite, sensação de medo, nó no estômago) em detrimento das sensações emocionais (sinto-me esgotado emocionalmente) (Tabelas 10, 11, 12, 17). Já no grupo com função cognitiva preservada nota-se um predomínio absoluto de questões existenciais relacionadas ao estado emocional. (sensação de raiva, dificuldade de relacionamento, deprimido) (Tabelas 13, 14, 15, 16).

Com relação ao traço de ansiedade, a média encontrada no grupo DA foi de 33,6 pontos no escore de IDATE-traço, com pontuação mínima de 22 e máxima de 53 pontos. No grupo controle, obteve-se uma média de 34,3 pontos, com escore mínimo de 32 e máximo de 53 pontos (Tabela 18).

Tabela 18 – Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias dos escores do IDATE - traço. São Paulo, 2005.

Grupo	Frequência (n)	Média	Desvio-padrão	Mediana
Grupo controle	30	34.3	8.81	32.0
Grupo DA	29	33.7	7.42	31.0

p = 0.903

Figura 13 – Distribuição dos grupos segundo as médias dos escores do IDATE-traço. São Paulo, 2005.

Como mostra a Tabela 18, o grupo DA apresentou pontuação média menor que o controle, embora se note que a frequência de idosos neste grupo é maior. No entanto, esta diferença não atingiu significância estatística, podendo-se inferir que os grupos não diferem em relação a esta variável.

Embora os autores da escala não tenham estabelecido pontuação de corte para a normalidade, a partir de uma categorização proposta em literatura⁽⁵⁶⁾, pode-se classificar o traço de ansiedade em níveis de intensidade, sendo de 20 – 40 leve intensidade, 41 – 60 intensidade moderada e 61 – 80 intensidade grave. Desta forma, considerando a média dos escores do IDATE-traço obtida por ambos os grupos, podemos classificá-los com um traço leve de ansiedade.

Ao analisarmos os valores absolutos obtidos por indivíduo em seus respectivos grupos obtivemos, novamente, um predomínio, em ambos os grupos, do traço leve de ansiedade, além disso, tanto os idosos com DA como os cognitivamente saudáveis não apresentaram níveis elevados do traço de ansiedade (Figura 14).

Figura 14 – Distribuição dos grupos segundo a intensidade do traço de ansiedade obtida no IDATE-traço. São Paulo, 2005.

Seguindo o mesmo raciocínio aplicado para os sintomas de estresse, foram analisadas as desigualdades de comportamento entre os grupos em cada item do IDATE-traço, sendo

encontrada diferença estatisticamente significativa apenas no item 2 do inventário (“canso-me com facilidade”), conforme apresentado na Tabela 19.

Tabela 19 – Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 2 “canso-me com facilidade”, do IDATE-traço. São Paulo, 2005.

Pontuação	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Quase nunca (1)	12	41.4	21	70.0
Às vezes (2)	14	48.3	5	16.7
Freqüentemente (3)	1	3.4	0	0.0
Quase sempre (4)	2	6.9	4	13.3
Total	30	100.0	30	100.0

$p=0,029$

Figura 15 - Distribuição dos grupos de idosos segundo as pontuações no item 2 “canso-me com facilidade”do IDATE-traço. São Paulo, 2005.

$p=0,029$

Como mostram a Tabela 19 e a Figura 15, o grupo DA apresenta com maior freqüência o sintoma de cansaço do que o grupo controle, evidenciando, mais uma vez, o predomínio de sinais físicos indicadores de estresse em detrimento dos sintomas emocionais.

Quanto aos sintomas de depressão, obtidos a partir da Escala Cornell de Depressão, observou-se que o grupo DA apresenta um escore médio maior do que o grupo controle (Tabela 20).

Tabela 20 – Distribuição dos grupos de idosos, segundo as médias dos escores da Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.

Grupo	Média	Desvio padrão	Mediana
Grupo DA	4.0	3.75	3.5
Grupo Controle	1.7	1.67	1.5

n em cada grupo = 30; p = 0,0104.

Figura 16 - Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias dos escores da Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.

p = 0.0104

A Tabela 20 mostra que o grupo DA apresenta uma pontuação média de 4 pontos na escala, enquanto o grupo controle obteve um escore médio de 1,7 ponto. Essa diferença entre os grupos possui significância estatística ($p=0,0104$) o que nos permite afirmar que o grupo DA apresenta maior frequência de sintomas depressivos que o grupo com função cognitiva preservada, evidenciando a presença de um indicador de estresse no grupo demenciado.

A mesma análise item a item foi realizada para a Escala Cornell de Depressão, sendo evidenciado diferença estatística entre os grupos nos itens 1 (ansiedade); 8 (perda de interesse) e 18 (pessimismo), conforme demonstrado nas Tabelas 21, 22 e 23.

Tabela 21 – Distribuição do grupo de idosos segundo as pontuações no item 1 “ansiedade” do Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.

Pontuação	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Ausente (0)	28	93.3	20	66.7
Leve ou intermitente (1)	2	6.7	9	30.0
Grave (2)	0	0.0	1	3.3
Total	30	100.0	30	100.0

$p = 0.021$

Figura 17 - Distribuição do grupo de idosos segundo as pontuações no item 1 “ansiedade” do Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.

$p = 0.021$

Tabela 22 – Distribuição do grupo de idosos segundo as pontuações no item 8 “perda de interesse” do Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.

Pontuação	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Ausente (0)	19	63.3	30	100.0
Leve ou intermitente (1)	9	30.0	0	0.0
Grave (2)	2	6.7	0	0.0
Total	30	100.0	30	100.0

$p < 0.001$

Figura 18 - Distribuição do grupo de idosos segundo as pontuações no item 8 “perda de interesse” do Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.

$p < 0.001$

Tabela 23 – Distribuição do grupo de idosos segundo as pontuações no item 18 “pessimismo” do Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.

Pontuação	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Ausente (0)	22	73.3	30	100.0
Leve ou intermitente (1)	7	23.4	0	0.0
Grave (2)	1	3.3	0	0.0
Total	30	100.0	30	100.0

$p = 0.005$

Figura 19 – Distribuição do grupo de idosos segundo as pontuações no item 18 “pessimismo” do Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.

$p = 0.005$

A partir dos dados da Tabela 21, pode-se observar que o grupo controle apresenta predomínio significativo do componente “ansiedade” nos sintomas depressivos. Assim, podemos inferir que embora este grupo apresente predominantemente menos sintomas

depressivos, o componente de ansiedade contido nos sintomas de depressão foi mais freqüente no grupo controle. Já o grupo DA evidencia um predomínio de perda do interesse e pessimismo dentro do grupo de sintomas depressivos, quando comparado com o grupo cognitivamente saudável (Tabelas 22 e 23).

Tabela 24 – Comparação entre o grupo DA e controle e as variáveis (numéricas) utilizando o teste não-paramétrico de Mann Whitney. São Paulo, 2005.

Variáveis	P (prob)
LSS	0.254
IDATE - traço	0.903
Depressão - Cornell	0.010

Como descrito anteriormente, os dados da tabela 24 evidenciam que os grupos não diferem em relação ao escore final do LSS e IDATE – traço. No entanto, no tocante à depressão, o grupo DA se mostra com sintomas depressivos mais intensos comparado ao grupo controle.

4.1.3 Avaliação cognitiva dos grupos

A avaliação cognitiva dos grupos se constituiu basicamente a partir dos escores obtidos no MEEM.

O escore médio encontrado no grupo DA foi de 20,6, com pontuação mínima de 14 e máxima de 28. Já no grupo controle a média obtida foi de 27,4 pontos, com escore mínimo de 23 e máximo de 30 (Tabela 25).

Tabela 25 – Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias dos escores do MEEM. São Paulo, 2005.

Grupo	Média	Desvio-padrão	Mediana
Grupo DA	20.6	3.39	20.0
Grupo controle	27.4	1.75	28.0

n em cada grupo = 30; $p < 0,001$.

Figura 20 - Distribuição dos grupos de idosos segundo as médias dos escores do MEEM. São Paulo, 2005.

$p < 0,001$.

A diferença encontrada entre os dois grupos atingiu significância estatística ($p < 0,001$) o que era esperado uma vez que a distribuição dos idosos em duas categorias se deu exatamente pela sua diferença na habilidade cognitiva. Esta informação, no entanto, mereceu confirmação, pois ela consiste na premissa básica para a discussão que será feita posteriormente em relação ao *coping*.

4.1.4 Avaliação dos estilos de *coping*

Conforme explicitado na “Casuística e métodos”, o inventário de *coping* aplicado classifica as estratégias de enfrentamento em oito estilos diferentes de acordo com a

elaboração cognitiva e comportamental do indivíduo (confrontivo, evasivo, otimista, fatalista, emotivo, paliativo, sustentativo e autoconfiante).

Assim, obteve-se no grupo DA um predomínio do estilo otimista nos 21 idosos que foram capazes de responder às questões do instrumento, o que significa que esses indivíduos utilizam pensamentos otimistas, elaboração mental e comparações positivas sobre o problema. Já no grupo controle se observou a ocorrência do estilo confrontivo, evidenciando que os idosos sem alterações cognitivas patológicas resolvem a situação de forma combativa, confrontando-se com a situação estressora (Tabela 26).

Tabela 26 – Distribuição dos grupos de idosos segundo os estilos de *coping*. São Paulo, 2005.

Estilo de coping	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Confrontivo	4	19.2	12	40.0
Evasivo	0	0.0	1	3.3
Otimista	7	33.4	7	23.4
Fatalista	0	0.0	1	3.3
Emotivo	1	4.8	3	10.0
Paliativo	1	4.8	0	0.0
Sustentativo	2	9.3	1	3.3
Autoconfiante	4	19.2	1	3.3
Autoconfiante e paliativo	0	0.0	1	3.3
Confrontivo, emotivo e sustentativo	0	0.0	1	3.3
Confrontivo e sustentativo	2	9.3	2	6.8
Total	21*	100.0	30	100.0

p = 0.341. * Dos 30 indivíduos deste grupo, 09 apresentaram dificuldade de compreensão das perguntas dirigidas, não sendo possível, portanto, prosseguir com a aplicação do inventário durante a entrevista.

Embora a Tabela 26 mostre uma diferença na elaboração cognitiva e comportamental dos estilos de *coping* entre os grupos, não houve correlação estatisticamente significativa nesta análise comparativa.

Considerando que grande parte dos estilos de *coping* ocorreu de forma pouco freqüente nos dois grupos, optou-se por reagrupar os oito diferentes tipos de enfrentamento, classificando-o a partir da caracterização do foco de ação do *coping*, sendo eles a emoção e o problema.

Essa nova divisão, em *coping* focado na emoção e *coping* focado no problema, constituiu-se imprescindível para as análises comparativas posteriores relacionadas às formas de enfrentamento das situações estressoras nos grupos DA e controle.

O reagrupamento dos oito estilos de *coping* se fundamentou nas definições explicitadas por Jalowiec⁽⁶¹⁾ - autora do inventário. Assim, os estilos confrontivo, evasivo, sustentativo, autoconfiante são classificados como *coping* focado no problema, enquanto que emotivo, paliativo, otimista e fatalista representam estilos de *coping* focados na emoção.

Assim, após esse reagrupamento obtivemos um predomínio do *coping* focado na emoção nos dois grupos (Tabela 27).

Tabela 27 – Distribuição dos grupos, segundo o estilo de coping. São Paulo, 2005.

Estilo de <i>coping</i>	GRUPO			
	DA		Controle	
	N	%	N	%
Emoção	13	61.9	12	40.0
Problema	8	38.1	18	60.0
Total	21*	100.0	30	100.0

p= 0.124.

*09 indivíduos não compreenderam as questões, sendo impossível prosseguir com a aplicação do inventário.

4.2 Apresentação dos dados correlacionais

A escolha da divisão da apresentação dos dados das análises de correlação em aspectos distintos se fundamentou na necessidade de investigação da relação entre as diferentes variáveis explicitadas com os indicadores de estresse e os estilos de *coping* desenvolvidos pelos indivíduos no manejo das situações estressoras.

Assim, seguem as correlações entre as variáveis sugeridas, conforme demonstrado anteriormente:

4.2.1 Correlação entre os indicadores de estresse e a variável idade e escolaridade nos dois grupos;

4.2.2 Correlação entre os indicadores de estresse e a avaliação cognitiva nos dois grupos;

4.2.3 Correlação entre os indicadores de estresse e estilo de *coping* nos dois grupos.

4.2.4 Correlação entre o estilo de *coping* e a variável escolaridade nos dois grupos.

4.2.5 Correlação entre o estilo de *coping* e a avaliação cognitiva nos dois grupos

4.2.1 Correlação entre indicadores de estresse e a variável idade e escolaridade nos dois grupos.

Nesta análise procurou-se verificar possíveis associações entre lista de sintomas (LSS), IDATE-traço e escala de Cornell de depressão com as variáveis idade e escolaridade.

Com relação à lista de sintomas de estresse, foi observada uma correlação negativa e significativa com a idade apenas no grupo controle. Assim, quanto maior a idade, menor o número de sintomas de estresse nos idosos sem alteração cognitiva patológica (Tabela 28).

Tabela 28 – Resultado da análise comparativa entre as variáveis (numéricas) LSS e idade utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005.

LSS	IDADE	
	Spearman	Ho
Grupo DA	0.179	0.343
Grupo Controle	-0.364	0.047

Quanto à escolaridade, observou-se novamente comportamentos diferentes dos grupos. No grupo DA, foi encontrada correlação negativa e significativa entre esta variável e os sintomas de estresse, indicando que indivíduos com menos anos de estudo experimentam mais sintomas de estresse em número e intensidade. Já no grupo controle, também se observou uma correlação negativa, embora não tenha sido estatisticamente significativa (Tabela 29).

Tabela 29 – Resultado da análise comparativa entre as variáveis (numéricas) LSS e escolaridade utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005.

LSS	ESCOLARIDADE	
	Spearman	Ho
Grupo DA	-0.532	0.002
Grupo Controle	-0.120	0.527

No que diz respeito ao traço de ansiedade (IDATE-traço), evidencia-se correlação negativa e significativa com idade apenas no grupo controle, indicando que quanto maior a idade, mais baixo é o traço ansioso nestes indivíduos (Tabela 30).

Tabela 30 – Resultado da análise comparativa entre as variáveis (numéricas) IDATE-traço e idade utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005.

IDATE-traço	IDADE	
	Spearman	Ho
Grupo DA	0.070	0.716
Grupo Controle	- 0.402	0.027

No tocante à escolaridade, evidenciou-se correlação negativa e estatisticamente significativa com esta variável no grupo DA. Assim, idosos demenciados que tenham estudado por mais tempo, apresentam traço de ansiedade intensamente menor que idosos com menos anos de estudo (Tabela 31).

Tabela 31– Resultado da análise comparativa entre as variáveis (numéricas) IDATE – traço e escolaridade utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005.

IDATE - traço	ESCOLARIDADE	
	Spearman	Ho
Grupo DA	-0437	0.017
Grupo Controle	- 0.129	0.496

No tocante aos sintomas depressivos, existe uma tendência no grupo controle para a presença mais freqüente de sintomas de depressão em idosos com menor idade. A correlação é negativa, mas não estatisticamente significativa (Tabela 32).

Tabela 32 – Resultado da análise comparativa entre as variáveis (numéricas) depressão e idade utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005.

DEPRESSÃO	IDADE	
	Spearman	Ho
Grupo DA	-0121	0.521
Grupo Controle	- 0.324	0.080

Comparando-se os sintomas depressivos com a escolaridade dos indivíduos, observou-se correlação negativa no grupo controle; assim, quanto maior a idade desses idosos, maior a

frequência e intensidade dos sintomas de depressão. No entanto, esta correlação não atingiu significância estatística (Tabela 33).

Tabela 33 – Resultado da análise comparativa entre as variáveis (numéricas) depressão e escolaridade utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005.

DEPRESSÃO	ESCOLARIDADE	
	Spearman	Ho
Grupo DA	0.078	0681
Grupo Controle	-0241	0.198

4.2.2 Correlação entre os indicadores de estresse e a avaliação cognitiva.

Com relação aos indicadores de estresse, observou-se correlação negativa entre avaliação cognitiva e sintomas de estresse (LSS) e traço de ansiedade (IDATE-traço), embora não se tenha alcançado significância estatística em nenhum dos grupos. Apenas no grupo DA, observou-se uma tendência à correlação significativa entre os escores do MEEM e sintomas de depressão. Já no grupo controle, observou-se correlação positiva, não estatística, entre avaliação cognitiva e depressão (Tabela 34).

Tabela 34 – Resultado da análise comparativa entre os indicadores de estresse e avaliação cognitiva (MEEM) utilizando o Coeficiente de Correlação de Spearman e Análise de Perfil. São Paulo, 2005.

Indicadores de estresse	AVALIAÇÃO COGNITIVA			
	Grupo DA		Grupo controle	
	Spearman	Ho	Spearman	Ho
LSS	-0.137	0.468	-0.030	0.871
IDATE – traço	-0.196	0.307	-0.115	0.543
Depressão	-0.323	0.081	0.039	0.836

4.2.3 Correlação entre os indicadores de estresse e estilo de *coping* nos dois grupos.

Considerando a premissa básica da relação entre a presença e intensidade de estresse com as estratégias de enfrentamento do indivíduo, sejam elas focadas na emoção ou no problema, optou-se por verificar as possíveis correlações entre a ocorrência de sintomas de estresse com os estilos de *coping* nos diferentes grupos.

No grupo DA, observou-se um escore médio maior na escala LSS nos idosos que utilizavam predominantemente a emoção como forma de substituir ou regular o impacto emocional do estresse, embora a frequência de idosos que responderam o inventário de *coping* tenha sido maior neste estilo (Tabela 35).

Tabela 35 - Distribuição das medianas dos escores do LSS no grupo DA segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

LSS	Estilo de <i>Coping</i>	
	Emoção	Problema
Frequência	13.0	8.0
Média	41.0	38.5
Desvio-padrão	21.4	19.5
Mediana	39.0	34.0

p = 0.7996

Embora a Tabela 35 evidencie uma diferença no escore médio do LSS para os dois estilos de *coping* no grupo DA, não se alcançou significância estatística nesta análise comparativa.

Figura 21 - Distribuição das médias dos escores do LSS no grupo DA segundo o estilo de coping. São Paulo, 2005.

$p = 0.7996$

A figura 21 mostra que, no grupo DA, os indivíduos com maiores pontuações no LSS utilizam a emoção como foco estratégico para o enfrentamento dos eventos estressores. Evidenciando mais uma vez o predomínio deste estilo de *coping* por esses idosos, mesmo não havendo diferença estatística entre os dois estilos.

No grupo controle também se evidenciou um escore médio maior na escala LSS nos idosos que utilizavam predominantemente a emoção como forma de substituir ou regular o impacto emocional do estresse, mesmo com um número menor de idosos classificados nestes estilos de *coping*. No entanto, não se alcançou significância estatística nesta análise comparativa (Tabela 36).

Tabela 36 - Distribuição das medianas dos escores do LSS no grupo controle segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

LSS	Estilo de <i>Coping</i>	
	Emoção	Problema
Frequência	12.0	18.0
Média	42.8	40.2
Desvio-padrão	21.0	15.9
Mediana	40.0	39.0

p= 0.7031

Figura 22 - Distribuição das médias dos escores do LSS no grupo controle segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

p = 0.7031

A figura 22 mostra que, no grupo controle, os indivíduos com maiores pontuações no LSS utilizam a emoção como foco estratégico para o enfrentamento dos eventos estressores. Assim, quanto mais intensos os sintomas de estresse, maior a tendência desses indivíduos a utilizarem o coping focado na emoção. No entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa.

No grupo DA, evidenciou-se um escore médio maior na escala IDATE-traço nos idosos que utilizavam predominantemente o coping focado no problema, mesmo com um número menor de idosos classificados nestes estilos de *coping*. No entanto, não se alcançou significância estatística nesta análise comparativa (Tabela 37).

Tabela 37 - Distribuição das medianas dos escores do IDATE-traço no grupo DA segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

IDATE-traço	Estilo de <i>Coping</i>	
	Emoção	Problema
Frequência	13.0	08
Média	33.0	35.2
Desvio-padrão	6.49	6.11
Mediana	32.0	33.5

p= 0.7423

Figura 23 - Distribuição das médias dos escores do IDATE-traço no grupo DA segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

p = 0.77423

A figura 23 mostra que, no grupo DA, os indivíduos com maiores pontuações no IDATE-traço utilizam o problema como foco estratégico para o enfrentamento dos eventos

estressores. Assim, quanto mais intenso o traço de ansiedade, maior a tendência desses indivíduos a utilizarem o *coping* focado no problema, embora não haja diferença significativa.

No grupo controle também se evidenciou um escore médio maior na escala IDATE-traço nos idosos que utilizavam predominantemente *coping* focado no problema. No entanto, não se alcançou significância estatística nesta análise comparativa (Tabela 38).

Tabela 38 - Distribuição das medianas dos escores do IDATE-traço no grupo controle segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

IDATE-TRAÇO	Estilo de <i>Coping</i>	
	Emoção	Problema
Frequência	12.0	18.0
Média	34.0	34,5
Desvio-padrão	9.5	8.6
Mediana	37.0	32.0

p= 0.9323

Figura 24 - Distribuição das médias dos escores do IDATE-traço no grupo controle segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

p= 0.9323

A figura 24 mostra que, no grupo controle, os indivíduos com maiores pontuações no IDATE-traço utilizam o problema como foco estratégico para o enfrentamento dos eventos

estressores. Assim, quanto mais intenso o traço de ansiedade, maior a tendência desses indivíduos a utilizarem o coping focado no problema. No entanto, esta diferença não foi significativa.

No grupo DA, evidenciou-se um escore médio maior na Escala Cornell de Depressão nos idosos que utilizavam predominantemente a emoção como forma de substituir ou regular o impacto emocional do estresse, mesmo com um número menor de idosos classificados nestes estilos de *coping*. No entanto, não se alcançou significância estatística nesta análise comparativa (Tabela 39).

Tabela 39 - Distribuição das medianas dos escores da Escala Cornell de Depressão no grupo DA segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

DEPRESSÃO	Estilo de <i>Coping</i>	
	Emoção	Problema
Frequência	3.0	8.0
Média	5.1	2.8
Desvio-padrão	4.2	2.6
Mediana	4.0	3.0

p= 0.2009

Figura 25 - Distribuição das médias dos escores da Escala Cornell de Depressão no grupo DA segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

p = 0.2009

A figura 25 mostra que, no grupo DA, os indivíduos com maiores pontuações na Escala Cornell de Depressão utilizam a emoção como foco estratégico para o enfrentamento dos eventos estressores. Assim, quanto mais intensos os sintomas de depressão, maior a tendência desses indivíduos a utilizarem o coping focado na emoção. No entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa.

No grupo controle, evidenciou-se um escore médio maior na Escala Cornell de Depressão nos idosos que utilizavam predominantemente o coping focado no problema. No entanto, não se alcançou significância estatística nesta análise comparativa (Tabela 40).

Tabela 40 - Distribuição das medianas dos escores da Escala Cornell de Depressão no grupo controle segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

DEPRESSÃO	Estilo de <i>Coping</i>	
	Emoção	Problema
Frequência	12.0	18.0
Média	1.3	2.0
Desvio-padrão	1.4	1.7
Mediana	1.0	2.0

p= 0.2775

Figura 26 - Distribuição das médias dos escores da Escala Cornell de Depressão no grupo controle segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

A figura 26 mostra que, no grupo controle, os indivíduos com maiores pontuações na Escala Cornell de Depressão utilizam o problema como foco estratégico para o enfrentamento dos eventos estressores. Assim, quanto mais intensos os sintomas de depressão, maior a tendência desses indivíduos a utilizarem o coping focado no problema. No entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa.

4.2.4 Correlação entre o estilo de *coping* e a variável escolaridade nos dois grupos

Ao compararmos os estilos de *coping* utilizados pelos idosos do grupo DA com suas respectivas escolaridades, pode-se observar que os indivíduos com escolaridades médias maiores utilizam o problema como foco estratégico na tentativa de administrar ou modificar a situação estressora, mesmo com um número menor de idosos classificados neste estilo de *coping*. No entanto, essa diferença não atingiu significância estatística (Tabela 41).

Tabela 41 – Distribuição das medianas de escolaridade no grupo DA segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

Escolaridade	Estilo de Coping	
	Emoção	Problema
Frequência	13.0	8.0
Média	4.2	7.3
Desvio-padrão	2.2	6.9
Mediana	4.0	4.0

p = 0.5207

Figura 27- Distribuição das médias da escolaridade no grupo DA segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

p = 0.5207

A figura 27 mostra que, no grupo DA, os indivíduos com escolaridades maiores utilizam o problema como foco estratégico para o enfrentamento dos eventos estressores, evidenciando, mais uma vez, o predomínio deste estilo de *coping* por esses idosos, mesmo não havendo diferença estatística entre os dois estilos.

No grupo controle observou-se o mesmo, ou seja, escolaridades médias maiores se encontravam nos indivíduos que utilizam o problema como foco de ação para as estratégias de enfrentamento para as situações estressoras, embora a frequência de idosos que responderam ao inventário de *coping* tenha sido maior neste estilo (Tabela 42).

Tabela 42– Distribuição das medianas de escolaridade do grupo controle segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

Escolaridade	Estilo de <i>Coping</i>	
	Emoção	Problema
Frequência	12.0	18.0
Média	5.3	7.7
Desvio-padrão	3.1	4.7
Mediana	4.0	7.5

P = 0.1376

Figura 28 - Distribuição das médias de escolaridade no grupo controle segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

P = 0.1376

A figura 28 mostra que, no grupo controle, os indivíduos com escolaridades maiores utilizam o problema como foco estratégico para o enfrentamento dos eventos estressores, Evidenciando, mais uma vez, o predomínio deste estilo de *coping* por esses idosos, embora não haja diferença estatística entre os dois estilos.

Assim, com relação ao tipo de estratégia de enfrentamento mais utilizada, não se observou correlação estatisticamente significativa com a escolaridade tanto no grupo DA ($p=0.5207$) quanto no grupo controle ($p=0.1376$). Parece que tanto nos idosos com demência quanto naqueles sem alteração cognitiva patológica, não houve influência desta variável na definição dos estilos de *coping*.

4.2.5 Correlação entre o estilo de *coping* e a avaliação cognitiva nos dois grupos.

Considerando o envolvimento da cognição na elaboração das estratégias de enfrentamento e a definição do estilo de *coping*, optou-se por analisar o comportamento desta variável em indivíduos cujo desempenho cognitivo se encontra patologicamente comprometido.

Assim, observou-se no grupo DA um predomínio do estilo de *coping* focado na emoção nos idosos cujo desempenho cognitivo, avaliado pelo escore no MEEM, era menor. Essa correlação atingiu significância estatística (Tabela 43).

Tabela 43– Distribuição das medianas dos escores do MEEM do grupo DA segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

MEEM	Estilo de <i>Coping</i>	
	Emoção	Problema
Frequência	13.0	8.0
Média	19.4	23.5
Desvio-padrão	3.0	2.7
Mediana	20.0	23.0

p = 0.0074

Figura 29- Distribuição das médias dos escores do MEEM no grupo DA segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

p = 0.0074

Como demonstrado na Figura 29, os maiores escores se correlacionam significativamente com o estilo de *coping* focado no problema, evidenciando que dentro do grupo de idosos demenciados, aqueles com melhor desempenho cognitivo tendem a eleger a própria situação estressora como foco de ação para as estratégias de enfrentamento.

No grupo controle, embora tenha havido a mesma correspondência, esta correlação não foi estatisticamente significativa (Tabela 44).

Tabela 44 - Distribuição das medianas dos escores do MEEM do grupo controle segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

MEEM	Estilo de <i>Coping</i>	
	Emoção	Problema
Frequência	12.0	18.0
Média	26.7	27.8
Desvio-padrão	2.0	1.4
Mediana	27.0	28.0

p = 0.1602

Figura 30 - Distribuição das médias dos escores do MEEM no grupo controle segundo o estilo de *coping*. São Paulo, 2005.

p = 0.1602

Embora os escores máximos tenham sido os mesmos nos dois estilos de *coping*, observa-se, a partir da Figura 30, que tanto a média dos escores, como suas pontuações mínimas foram maiores nos indivíduos que utilizaram o problema como foco estratégico das ações de enfrentamento dos eventos estressores. Assim, evidencia-se que, também dentro do grupo controle, aqueles com melhor desempenho cognitivo tendem a eleger a própria situação estressora como foco de ação para as estratégias de enfrentamento, mas para esses indivíduos essa correlação não foi estatisticamente significativa.

4.3 Análise da confiabilidade das escalas utilizadas

Considerando o fato dos instrumentos de avaliação de estresse, ansiedade e depressão não terem sido utilizados por idosos com DA, decidiu-se analisar a confiabilidade destas escalas com o intuito de verificar o grau de coerência ou precisão com que o instrumento mede o atributo que se propõe a medir.

A confiabilidade é usualmente estimada pelo uso do teste-reteste e pela avaliação da consistência interna, sendo esta última a mais utilizada⁽⁶³⁾.

A estimativa mais usual da confiabilidade é o coeficiente alfa de correlação, que evidencia que o teste como um todo mede apenas um fenômeno. A premissa básica para essa análise é a de que os itens da escala estão positivamente relacionados uns com os outros, medindo, portanto o mesmo fenômeno.

Assim, o coeficiente de consistência interna obtido, ao medir a correlação entre os itens, expressa a confiabilidade da medida⁽⁶³⁾.

A análise de consistência interna foi realizada através do coeficiente Alfa de Cronbach⁽⁶³⁾, cuja medida de correlação entre os itens componentes de um indicador assume valores entre 0 e 1, numa escala progressiva de ajuste.

4.3.1 LSS nos grupos

A Tabela 45 apresenta os dados relativos à consistência interna da escala LSS total.

Tabela 45 – Índices de consistência interna entre os itens do LSS nos grupos. São Paulo, 2005.

Grupo	Alfa de Cronbach
Grupo DA	0.92
Grupo Controle	0.84

Analisando os valores de alfa nos dois grupos na Tabela 45, conclui-se que a escala LSS apresenta boa confiabilidade, sendo, portanto um instrumento preciso e coerente para medir a presença e intensidade dos sintomas de estresse tanto em idosos com demência quanto naqueles cognitivamente saudáveis.

Considerando as afirmações feitas na apresentação dos dados das análises de correlação dos sintomas de estresse, optou-se por verificar a consistência interna daqueles itens que evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 10 - 17).

Tabela 46 - Índices de consistência interna entre os itens do LSS no grupo DA. São Paulo, 2005.

Item	Alfa de Cronbach
06 – sinto falta de apetite	0.924
14 – tenho medo	0.923
16 – fico esgotado emocionalmente	0.921
22 – costume deixar de fazer às coisas no dia-a-dia	0.926
25 – sinto raiva	0.923
30 – tenho dificuldade de relacionamento	0.924
34 – sinto-me deprimido	0.922
49 – tenho um nó no estômago	0.924

Tabela 47- Índices de consistência interna entre os itens do LSS no grupo controle. São Paulo, 2005.

Item	Alfa de Cronbach
06 – sinto falta de apetite	0.842
14 – tenho medo	0.832
16 – fico esgotado emocionalmente	0.840
22 – costume deixar de fazer às coisas no dia-a-dia	0.837
25 – sinto raiva	0.838
30 – tenho dificuldade de relacionamento	0.837
34 – sinto-me deprimido	0.838
49 – tenho um nó no estômago	0.843

As Tabelas 46 e 47 evidenciam boa confiabilidade e correlação com os demais itens da escala, permitindo inferir que os dados das análises de correlação referentes a esta variável são confiáveis, uma vez que o instrumento mediu apenas um fenômeno, ou seja, as afirmações feitas sobre a diferença de comportamento entre os grupos relacionada aos sintomas de estresse podem ser consideradas confiáveis.

4.3.2 DATE –traço nos grupos

A Tabela 48 apresenta os dados relativos à consistência interna do inventário IDATE-traço total.

Tabela 48– Índices de consistência interna entre os itens do LSS nos grupos. São Paulo, 2005.

Grupo	Alfa de Cronbach
Grupo DA	0.51
Grupo Controle	0.58

Analisando os valores de alfa nos dois grupos na Tabela 48, conclui-se que a escala LSS apresenta confiabilidade questionável, uma vez que seus itens não se correlacionam adequadamente entre si para medir o mesmo fenômeno.

Considerando as afirmações feitas na apresentação dos dados das análises de correlação dos sintomas de estresse, optou-se por verificar a consistência interna daqueles itens que evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 19).

Tabela 49 - Índices de consistência interna entre os itens do IDATE-traço no grupo DA. São Paulo, 2005.

Item	Alfa de Cronbach
02 – canso-me com facilidade	0.509

Tabela 50 - Índices de consistência interna entre os itens do IDATE-traço no grupo controle. São Paulo, 2005.

Item	Alfa de Cronbach
06 – canso-me com facilidade	0.580

As Tabelas 49 e 50 também não evidenciam boa confiabilidade e correlação com os demais itens da escala, interferindo nas afirmações anteriores que dizem respeito às correlações estabelecidas com esta variável.

Assim, as inferências feitas quanto à diferença de comportamento entre os grupos relacionada ao traço de ansiedade podem ser questionáveis, uma vez, que nos grupos estudados, os itens do instrumento não demonstraram consistência interna entre si, comprometendo a capacidade da escala em medir o atributo ao qual ela se propõe a medir.

4.3.3 Escala Cornell de Depressão nos grupos

Embora esta escala tenha sido traduzida e apresentada boa confiabilidade em idosos com DA⁽⁶⁴⁾, ela não foi aplicada em idosos cognitivamente saudáveis, por isso, optou-se por verificar a consistência interna da medida do coeficiente alfa de Cronbach.

A Tabela 51 apresenta os dados relativos à consistência interna da Escala Cornell de Depressão total.

Tabela 51 – Índices de consistência interna entre os itens da Escala Cornell de Depressão. São Paulo, 2005.

Grupo	Alfa de Cronbach
Grupo DA	0.76
Grupo Controle	0.36

Analisando os valores de alfa nos dois grupos, na Tabela 51, conclui-se que a Escala Cornell de Depressão apresenta boa confiabilidade apenas para o grupo DA, sendo, portanto um instrumento preciso e coerente para medir a presença e intensidade de sintomas

depressivos em idosos demenciados. No entanto, observa-se que, para o grupo controle, o instrumento não atingiu coeficiente alfa estatisticamente significativo que fundamentasse sua confiabilidade e aplicabilidade nesta população.

Considerando as afirmações feitas na apresentação dos dados das análises de correlação dos sintomas de estresse, optou-se por verificar a consistência interna daqueles itens que evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 21 - 23).

Tabela 52 - Índices de consistência interna entre os itens da Escala Cornell de Depressão no grupo DA. São Paulo, 2005.

Item	Alfa de Cronbach
01 – ansiedade	0.765
08 – perda de interesse	0.717
18 – pessimismo	0.705

Tabela 53 - Índices de consistência interna entre os itens da Escala Cornell de Depressão no grupo controle. São Paulo, 2005.

Item	Alfa de Cronbach
01 – ansiedade	0.269
08 – perda de interesse	0.367
18 – pessimismo	0.367

As Tabelas 52 e 53 evidenciam boa confiabilidade e correlação com os demais itens da escala apenas no grupo DA, permitindo inferir que os dados das análises de correlação referentes a esta variável são confiáveis, uma vez que o instrumento mediu apenas um fenômeno. Assim, as afirmações feitas à diferença de comportamento nestes grupos relacionadas aos sintomas de depressão podem ser consideradas confiáveis, embora o mesmo não tenha sido observado no grupo controle.

Uma possível justificativa para o alcance de um coeficiente alfa tão baixo no grupo controle, pode ser o fato de, em pelo menos 6 itens dos 19 presentes na escala, os indivíduos terem pontuado zero, o que acabou dificultando o estabelecimento de coerência e coesão entre os itens para medir o mesmo fenômeno. Os itens foram:

- 08 – perda de interesse;
- 09 – perda do apetite;
- 10 – perda de peso;
- 16 – ideação suicida;
- 18 – pessimismo;
- 19 – delírios congruentes com o humor.

5. DISCUSSÃO

Em virtude da proposta exploratória deste estudo de se verificar a presença e intensidade do estresse em um grupo de idosos com DA comparado com idosos cognitivamente saudáveis, considerou-se indispensável verificar as semelhanças e diferenças das características sócio-demográficas entre esses indivíduos.

Desta forma, antes de iniciarmos a discussão dos dados, torna-se necessário comentar que, embora se tenha observado diferença estatística entre os indivíduos com DA e controle em uma única variável, a similaridade obtida nas demais variáveis independentes, nos permitiu estabelecer as comparações e correlações entre os dois grupos, bem como prosseguir com a análise e discussão dos dados, considerando-os praticamente homogêneos no que diz respeito à sua caracterização sócio-demográfica.

Ao apresentar a “avaliação cognitiva” como forma de acessar conscientemente o potencial estressor que um determinado evento pode apresentar, Lazarus⁽³⁹⁾ explicitou claramente a vulnerabilidade e as crenças individuais como fatores influenciadores da avaliação feita pelo indivíduo. No entanto, considerar essa análise da situação conflituosa e elaborar estratégias de enfrentamento implica pressupor que o indivíduo possui substrato neurológico competente para operar esta avaliação.

Ao associarmos os recursos anátomo-funcionais com a habilidade cognitiva de idosos com DA e nos remetermos à teoria proposta por Lazarus⁽³⁹⁾, de uma forma um tanto intuitiva, analógica e óbvia poderíamos pressupor que esses indivíduos tenderiam a não vivenciar estresse ou vivenciá-lo de modo pouco intenso, uma vez que suas habilidades neuropsicológicas para apreendê-lo estão comprometidas. Por outro lado, considerando que é desejável ao profissional de saúde a assunção da atitude científica, a partir da qual até mesmo a aparente obviedade empírica deve ser posta em questão e ser submetida à análise científica e, considerando também, que o caráter progressivo da DA resulta em perdas funcionais, torna-se pertinente supor que a experiência de estresse vivida pelos indivíduos com DA pode ser mais complexa do que a simples alternativa binária de sua ausência ou presença neste grupo de pessoas.

É fato que a compreensão da complexa rede de conexões envolvidas na manifestação, avaliação e enfrentamento do estresse depende imprescindivelmente da correlação de fatores fisiológicos, intrapsíquicos e ambientais do indivíduo⁽³⁹⁾. Desta forma, na tentativa de compreender de que maneira os idosos com alterações cognitivas avaliam e enfrentam as situações estressoras, tentaremos discutir os resultados deste estudo, considerando as repercussões das disfunções anátomo-funcionais, presentes nestes indivíduos, na organização e acessibilidade das suas habilidades cognitivas e, conseqüentemente, na avaliação dos eventos ambientais.

Considerando a complexidade do tema, tentaremos organizar a discussão de modo a comentar os resultados à luz da literatura seguida da nossa impressão particular sobre o assunto, apresentado-as no sentido do melhor entendimento do que foi evidenciado por este estudo.

Assim, manteremos a organização da discussão no mesmo padrão de apresentação dos resultados, subdividindo-a nos seguintes tópicos:

- 1. Discussão dos resultados obtidos com a avaliação dos indicadores de estresse;
- 1.2 Discussão dos resultados obtidos com as correlações entre os indicadores de estresse e as variáveis independentes;
- 2. Discussão dos resultados obtidos com a avaliação do estilo de coping;
- 2.1 Discussão dos resultados obtidos com as correlações entre o estilo de coping e as variáveis independentes.

1. Discussão dos resultados obtidos com a análise dos indicadores de estresse

Selye⁽²⁶⁾, ao introduzir o conceito de estresse, caracterizou este estado como uma síndrome, cuja resposta produzida no corpo do indivíduo representava cronologicamente reações de adaptação ao estressor, a qual ele denominou Síndrome de Adaptação Geral (SAG).

Segundo este autor, a SAG se manifestaria em etapas com sintomas típicos, cujas características foram classificadas em biológica ou psicossocial⁽²⁷⁾. No entanto, a categorização da resposta de estresse em fases ordenadas e hierarquizadas proposta inicialmente por Selye⁽²⁶⁾ vem perdendo importância nos últimos anos, uma vez que a complexidade e diversidade dos sintomas possíveis transcendem o formato das fases, além de

não terem representado apoio teórico substancial no avanço científico da compreensão do fenômeno estresse.

A liberação dos diferentes componentes neuroendocrinológicos que participam do estresse são mediados por centros corticais e supra corticais relacionados às habilidades cognitivas, emocionais e comportamentais, diminuindo ou intensificando as alterações orgânicas do estresse⁽³⁹⁾.

As respostas de depressão, desânimo e submissão são derivadas das situações estressoras associadas com a possibilidade de controle sobre o evento, o qual ativa diferentes mecanismos psicológicos de reação ao estresse⁽⁶⁵⁾.

Os estímulos externos podem provocar reações ansiosas emocionais e comportamentais, ou seja, o estresse e as reações de ansiedade são modificadas pelas expectativas a respeito das conseqüências de condições estressoras⁽⁶⁶⁾.

Os efeitos da percepção individual, mais do que o fator estressor em si, determinam o estresse⁽⁶⁷⁾. A percepção de ameaça nas relações interpessoais, na integridade física ou em qualquer outro tipo de situação ameaçadora determina o estado de ansiedade de um indivíduo diante de um dado evento⁽⁶⁷⁾.

Assim, o estresse se constitui uma variável situacional, na qual a percepção é influenciada pela predisposição individual a reagir ao estressor com aumento da ansiedade. Esse pressuposto evidencia a estreita relação entre a presença de estresse e a ansiedade.

A ansiedade pode ser analisada considerando os conceitos do traço individual e do estado transitório, sendo o primeiro um influenciador da resposta do segundo. O estado de ansiedade consiste numa reação e sensação de tensão e apreensão de percepção consciente e desconfortável com estimulação associada ao sistema nervoso autônomo. Já o traço de ansiedade se refere às diferenças individuais relativamente estáveis, relacionadas à tendência à ansiedade. Ademais, o traço de ansiedade se associa ao estado de ansiedade, à medida que,

peessoas com distintos traços de ansiedade apresentam diferentes percepções ou tendências para avaliar a extensão da ameaça que se apresenta em determinada situação e responder a ela com diferentes níveis de elevação no estado de ansiedade⁽⁶⁸⁾.

Além da presença de sintomas físicos e psicossociais e do estado de ansiedade, relaciona-se também com o estresse a “avaliação cognitiva” que o sujeito faz de um determinado evento. Segundo este conceito, existe relação entre o indivíduo e o ambiente que é avaliado pela pessoa como excedendo seus recursos adaptativos e prejudicando seu bem-estar⁽³⁹⁾.

Com base nos pressupostos teóricos apresentados, apreende-se que:

- São indicadores do diagnóstico de estresse os sintomas de depressão, o estado de ansiedade e outros sinais e sintomas característicos de natureza biológica e/ou psicossocial;
- Há relação entre estado e traço de ansiedade;
- Há relação entre a avaliação cognitiva que o indivíduo faz de um determinado

evento e o estresse que ele vivencia.

Ainda, segundo esses pressupostos teóricos, é possível supor que os idosos com DA:

- possam ser poupados progressivamente da experiência do estresse, à medida que podem ter comprometida sua capacidade cognitiva de avaliar um estressor como tal;
- podem experimentar o estresse de modo peculiar, na medida em que não se julgam capazes de combatê-lo, apenas suportá-lo, resignando-se;
- podem apresentar uma avaliação cognitiva distorcida, percebendo ameaça num evento antes considerado indiferente.

Neste estudo, evidenciou-se que, em relação aos indicadores de estresse, os dois grupos se comportam de forma estatisticamente semelhante no que diz respeito à manifestação da intensidade de sintomas de estresse.

Embora não se tenha observado diferença estatisticamente significativa na intensidade do estresse entre os grupos, algumas distinções específicas foram observadas e merecem uma explanação mais detalhada.

Quanto à intensidade dos sintomas de estresse, evidenciou-se que os idosos com DA apresentaram intensidade média de estresse menor que os idosos cognitivamente saudáveis, embora esta não tenha sido estatisticamente. Desta forma, podemos inferir que, no que diz respeito à intensidade desses sintomas, ambos os grupos apresentaram comportamento semelhante. Assim, parece que o comprometimento cognitivo presente nos idosos com DA não influencia a intensidade com que o indivíduo experimenta o estresse, ou seja, neste estudo, o prejuízo da cognição, em indivíduos com demência, não implicou em ausência do estresse ou em sua vivência de modo menos intenso.

No grupo DA, observou-se um predomínio de idosos com sintomas de estresse em grau moderado, enquanto que no grupo controle houve predomínio do grau leve. Assim, ambos apresentaram sintomas de estresse, porém a intensidade de manifestação foi diferente, embora não tenha havido significância estatística nesta diferença. Além disso, embora não estatisticamente significativo, os idosos com DA apresentaram escores menores no inventário LSS comparado aos idosos sem demência.

Vale lembrar que a “avaliação cognitiva” é aquela por meio da qual o indivíduo distingue um evento como irrelevante, benéfico ou desafiador/ameaçador⁽³⁹⁾, baseado em experiências anteriores e no aprendizado. Neste caso, uma das habilidades cognitivas fundamentais é a memória, em especial a memória explícita², cujo componente episódico se encontra comprometido já na fase inicial da DA.

²Memória responsável pelo registro dos fatos e eventos, os quais assistimos ou participamos, e conhecimentos gerais adquiridos, cuja evocação utiliza a consciência para acessar a informação armazenada⁽¹⁸⁾.

Assim, o fato dos idosos com DA terem apresentado, neste estudo, média menor nos escores do inventário LSS, talvez se deva à dificuldade de acessar a informação registrada relacionada às experiências anteriores a respeito do potencial de risco do evento considerado, uma vez que sua memória episódica³ se encontrava significativamente prejudicada.

Neste caso, a partir da avaliação primária⁽³⁹⁾, esses idosos podem ter julgado o estressor pouco ameaçador, fazendo com que o estresse diminuísse. Possivelmente, até porque, julgá-lo prejudicial, implicaria na execução da avaliação secundária, cuja complexidade envolve a análise cognitiva do indivíduo a respeito do que deve ser feito, bem como das possíveis conseqüências decorrentes de uma determinada reação. Esta avaliação consiste num processo complexo e associativo, cuja execução envolve a interligação/interação entre as funções perceptivas, cognitivas e motoras, cuja habilidade integradora possibilita a definição, pelo sujeito, da opção de ação entre várias, a partir de uma determinada percepção do ambiente. Neste tipo de avaliação o sujeito analisa sua capacidade individual e recursos internos e externos disponíveis para manejar a situação. Desta forma, executar a avaliação secundária, de certo modo, colocaria o idoso com DA em contato direto com sua situação de limitação e dificuldade decorrente da doença, podendo aumentar a percepção de impotência e dependência diante da situação conflitante.

Além disso, evidenciou-se, estatisticamente, um predomínio de sintomas relacionados à percepção sensorial do estresse nos idosos com demência, comparados ao grupo controle. Assim, é possível que, nesses indivíduos, a percepção de ameaça de um evento estressor ao atingir a região cortical, que redistribui a informação aos diferentes centros neuroreguladores do estresse, tenha privilegiado a via do sistema nervoso simpático como mediador da reação ao estressor, em detrimento de outros centros reguladores com caráter avaliativo da situação,

³Tipo de memória explícita, caracterizada pelo registro dos eventos aos quais assistimos ou dos quais participamos⁽¹⁸⁾.

como por exemplo, a amígdala e o hipocampo, responsáveis, respectivamente, pelo comportamento de ansiedade e armazenamento/recuperação de informações. Ou ainda que, estando o indivíduo com as funções associativas prejudicadas, torna-se mais fácil perceber a ameaça apenas sensorialmente, sem interligar a informação com os centros cognitivos e motores responsáveis por avaliarem a situação, elaborarem uma reação e executar a resposta.

Possivelmente isto se deve ao fato de nesses idosos haver uma preservação dos neurônios da área cortical somatossensorial⁽⁶⁾, em detrimento da significativa perda neuronal nas estruturas límbicas e corticais associativas⁽⁶⁾, além da degeneração sináptica intensa no hipocampo⁽⁷⁻⁸⁾. Desta forma, ao atingir a região cortical, uma dada informação, por exemplo, o potencial de ameaça do estressor, seria predominantemente distribuída à via somatossensorial em detrimento das estruturas das camadas piramidais e do hipocampo, considerando a escassa rede sináptica existente nestas estruturas, refletindo, portanto, numa reação predominantemente física.

Analisando a característica da sintomatologia de estresse no grupo DA e controle, observou-se que entre os idosos cognitivamente saudáveis, a maioria dos sintomas representa disposições confrontivas/combativas, na tentativa de solucionar ou controlar o problema, ou seja, a reação orgânica (biológica ou psicossocial) predominante neste grupo caracteriza um preparo do indivíduo a reagir ao evento estressor. Desta forma, é possível que, a partir da “avaliação cognitiva” do evento, esses idosos tenham se posicionado como sujeitos ativos, com maior possibilidade de reagir ao estressor, através de uma análise positiva sobre sua capacidade individual de controlá-lo. Ao contrário do grupo DA, cujos sintomas de estresse refletem, predominantemente, uma disposição defensiva e de resignação da situação conflitante.

Com relação ao traço de ansiedade, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, o que implica inferir que tanto os idosos com demência como os cognitivamente saudáveis são equivalentes no que diz respeito à predisposição à ansiedade.

Embora não haja na literatura uma definição totalmente clara da associação entre estresse e ansiedade, o que parece ser aceito sem controvérsias é que a ansiedade se constitui um dos componentes emocionais mais freqüentes e importantes do processo de estresse, e o estressor, por sua vez, geralmente um elemento ansiogênico.

O grau de ansiedade manifestado num indivíduo depende da forma como um evento estressor é interpretado e dos recursos de que o indivíduo dispõe para manejá-lo. Ademais, se a pessoa percebe uma situação como ameaça, seu estado de ansiedade aumenta a depender de seu traço de ansiedade, de tal modo que quanto maior for seu traço de ansiedade, maior será sua tendência em vivenciar este evento com um grau de ansiedade mais elevado⁽⁶⁹⁾.

Tais conceitos sustentam a idéia segundo a qual há, na nossa personalidade e em nosso caráter, uma espécie de predisposição para mobilizarmos ansiedade com maior ou menor intensidade, caracterizando-nos, grosseiramente, como pessoas mais ou menos ansiosas. Este traço de ansiedade, embora não se constitua num determinismo, representaria a tendência mais provável de resposta ansiosa de uma pessoa diante de uma situação ansiogênica. Este traço, embora perene, pode sofrer modificações ao longo da vida em decorrência das experiências vividas e do aprendizado que estas experiências proporcionam.

A aproximação destes conceitos teóricos com os resultados obtidos com o presente estudo nos permite inferir que ambos os grupos apresentam, considerando as características pessoais e de personalidade individual, a mesma predisposição em responder transitoriamente a um evento estressor, ou seja, o traço de ansiedade teve um potencial de influência semelhante nos dois grupos, em relação à mobilização do estado de ansiedade.

Cabe ressaltar que as características pessoais podem sofrer alterações ao longo da vida e também em decorrência da DA. No entanto, neste estudo, parece que, na fase leve da doença, estes indivíduos, ainda, mantiveram um traço de ansiedade semelhante aos idosos sem alterações cognitivas. A princípio, o que se modifica, diante de diferentes eventos, é o estado de ansiedade, o qual obtivemos informações indiretas por meio da Escala Cornell de Depressão como um dos componentes depressivos.

Com relação aos de sintomas depressivos, evidenciou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo a presença e intensidade desses sintomas maior nos idosos com DA.

Não se sabe exatamente porque, mas a prevalência de depressão em idosos com demência é bastante elevada, variando de 0% a 86% ⁽⁷⁰⁻⁷¹⁾ e 24% em idosos com DA ⁽⁷²⁾. Esta variabilidade pode ser relacionada às dificuldades de diagnosticar a depressão na demência, como também ser resultado da própria insuficiência neuroquímica decorrente da alteração funcional constitutiva da própria doença, uma vez que alguns autores sugerem a possibilidade da morte neuronal na região do hipocampo desencadear um processo neurodegenerativo que predispõe o indivíduo ao desenvolvimento de um quadro depressivo ao longo do tempo⁽⁷³⁾. No entanto, esta evidência ainda não está claramente definida.

Em um estudo realizado com 362 idosos com demência, observou-se um percentual de 75% dos indivíduos com pelo menos um sintoma depressivo, sendo que nos idosos com DA, esta percentagem foi para 15.9% com sintomas leves e 15.5% com sintomas moderados a grave⁽⁴⁸⁾.

Desta forma, os dados, obtidos neste estudo, corroboram os achados na literatura a respeito da presença de sintomas depressivos na DA.

Ademais, embora o grupo DA tenha apresentado predomínio significativo dos sintomas depressivos comparado ao grupo controle, evidenciou-se algumas diferenças,

estatisticamente relevantes, nas características da manifestação e da intensidade da sintomatologia depressiva.

Assim, observou-se um predomínio do componente “ansiedade” da depressão no grupo controle, e aumento dos componentes “pessimismo” e “perda de interesse” no grupo DA.

Este resultado reforça a idéia, segundo a qual, embora o traço de ansiedade tenha sido semelhante nos dois grupos estudados, o estado de ansiedade foi maior entre os idosos cognitivamente saudáveis, mesmo que este estado transitório tenha sido acessado de forma indireta, ou seja, como um dos componentes da depressão.

Desta forma, a manifestação predominante do componente “ansiedade” da depressão aponta novamente uma tendência, no grupo controle, em avaliar positivamente sua capacidade individual de reagir ao problema.

Assim, é possível que a presença do estado de “ansiedade” como componente dos sintomas depressivos, neste caso, represente uma disposição individual a reagir ao evento estressor, uma vez que a ansiedade se constitui num impulso motivacional fundamental em muitas formas de comportamento, com importante significado adaptativo e evolutivo, estimulando o indivíduo a tomar as medidas necessárias para impedir sua ameaça ou reduzir suas conseqüências⁽⁷⁴⁾.

Já no grupo DA houve predomínio das sensações de pessimismo e desinteresse, cujo significado representa um forte componente de imobilismo e resignação, que pode ser atribuído à manifestação da percepção de impotência e limitação em reagir ao problema.

Parece que não só a percepção do estresse está prejudicada no grupo DA, mas também a interpretação da sua interação com o ambiente que o circunda e de onde, teoricamente, advém os estressores, resultando num predomínio de atitudes de defesa, passividade e distanciamento sobre as ações de tomada de posição.

Com base nas possíveis interpretações sobre o fenômeno do estresse nos grupos DA e controle, podemos concluir que, neste estudo, embora tanto os idosos com demência como os cognitivamente saudáveis tenham apresentado estatisticamente a mesma intensidade de estresse, as características qualitativas, referentes à sintomatologia desta síndrome, refletem uma postura de apreensão e confronto ao evento estressor no grupo controle, e de fuga e resignação no grupo DA, com predomínio, neste, das manifestações oriundas das regiões corticais primárias, em detrimento daquelas responsáveis pelo processo de “avaliação cognitiva” proposta por Lazarus⁽³⁹⁾.

1.2 Discussão dos resultados obtidos com as correlações entre os indicadores de estresse e as variáveis independentes

O tratamento estatístico, utilizado neste estudo, buscando identificar a significância das relações entre as variáveis idade e escolaridade e os indicadores de estresse mostrou:

Inexistência de correlação significativa estatisticamente entre idade e os indicadores de estresse no grupo DA.

Assim, observou-se que quanto maior a idade do indivíduo, maior a intensidade dos sintomas de estresse e do traço de ansiedade no grupo DA, porém esta correlação não foi significativa estatisticamente.

Além disso, detectou-se que quanto maior a idade, menor a intensidade dos sintomas depressivos no grupo DA, porém esta correlação não atingiu significância estatística.

No grupo controle, observou-se correlação negativa estatisticamente significativa entre a variável idade e alguns indicadores de estresse.

Observou-se que quanto maior a idade do indivíduo, menor a intensidade dos sintomas de estresse e traço de ansiedade, além de haver uma tendência em manifestar menos intensamente sintomas depressivos.

Lazarus ⁽³⁹⁾ ao observar diferença nos estilos de enfrentamento relacionados à idade, sugerem que as mudanças ocorram com a idade em função das mudanças nas fontes de estresse e não como consequência do processo de envelhecimento.

Vale lembrar que estes autores sugerem esta possibilidade ao comparar as fontes de estresse em faixas etárias diferentes, ao contrário deste estudo, que comparou grupos diferentes na mesma faixa etária.

Assim, neste estudo, a idade parece ter se constituído um facilitador da modulação de emoções (ansiedade e depressão) nos idosos controles, mas se descaracterizou com tal no grupo DA, provavelmente tendo sua influência sobrepujada pela própria doença e suas implicações cognitivas e funcionais.

Com relação à escolaridade, observou-se correlação negativa significativa entre esta variável e os indicadores de estresse no grupo DA, exceto para os sintomas de depressão. Desta forma, quanto mais anos de estudo o indivíduo tiver, menor a intensidade dos sintomas de estresse e traço de ansiedade.

No grupo controle a correlação também foi negativa, porém sem significância estatística.

Considerando o caráter qualitativo atribuído aos anos de estudo, podemos considerar que a escolaridade pode ter se constituído numa ferramenta favorável à percepção e avaliação do evento estressor à medida que pode permitir que as habilidades cognitivas construídas com o acúmulo de conhecimento e estudo pudesse continuar a contribuir na modulação do estresse e das emoções envolvidas, a despeito da presença da DA.

É interessante observar que, neste estudo, a influência positiva da escolaridade se mostrou mais evidente no grupo DA do que no controle, talvez porque este último tenha preservado outras vias de modulação da emoção além desta e outros tipos de memória além da relacionada ao aprendizado remoto.

A experiência e o conhecimento formal e informal acumulado influenciam a percepção e avaliação do potencial de ameaça de um agente estressor. Esse conteúdo aprendido é armazenado na memória semântica, sendo evocada à medida que é solicitada. Sabe-se que dentro do curso degenerativo da DA este tipo de memória costuma se alterar depois da memória episódica, que se constitui um dos déficits cognitivos mais precoces na doença^(20, 75-78).

Possivelmente, a possibilidade de ainda haver substrato neural capaz de permitir o acesso à memória semântica na fase leve da doença⁽⁷⁹⁾, explique a influência da escolaridade apenas no grupo DA, uma vez que na dificuldade de dar novos significados a um determinado evento, apreendê-lo e armazená-lo na memória episódica, estes indivíduos utilizam as interpretações já consolidadas na memória semântica, para dar significado à relevância do evento.

Já no grupo de idosos normais a escolaridade não exerceria o mesmo efeito, uma vez que esses indivíduos podem se beneficiar de novas experiências e aprendizados na construção de seus recursos e repertórios mnemônicos.

Com relação ao desempenho cognitivo, curiosamente não se observou correlação estatística entre esta variável e os indicadores de estresse em nenhum dos grupos. Possivelmente a utilização de somente um instrumento de avaliação cognitiva tenha limitado a análise, uma vez que o MEEM avalia globalmente a função cognitiva, sem se aprofundar nos diferentes domínios cognitivos.

Embora não tenham sido encontrados estudos que verificassem essa correlação, a partir dos indicadores sintomáticos de estresse, alguns trabalhos explicitam a relação entre elevados níveis de cortisol (indicador neuroendócrino do estresse) e déficit cognitivo em idosos normais, embora não tenha sido pesquisada correlação com indicadores sintomáticos subjetivos⁽⁸⁰⁾.

Desta forma, ao invés de se descartar a influência do desempenho cognitivo na presença e intensidade de estresse, a partir do relato do indivíduo, é necessário refinar a construção metodológica, com investimento nos inventários de avaliação, visando se aproximar cada vez mais do recorte ideal presente no comportamento desses indivíduos.

2. Discussão dos resultados obtidos com a avaliação do estilo de *coping*

Como já apresentado anteriormente a teoria de Lazarus⁽³⁹⁾ ampliou a concepção de estresse, à medida que incluiu a “avaliação cognitiva” como fator mediador da elaboração de estratégias de enfrentamento da situação estressora.

Segundo ele, o processo de estresse se inicia a partir de uma avaliação feita pelo indivíduo a respeito da sua relação com o ambiente no qual surgiu o estressor. Com base nisso, sua teoria foi denominada “Interacionista”⁽⁸¹⁾, estabelecendo que a presença e a intensidade do estresse que vivenciamos decorre da avaliação do potencial de ameaça que um dado evento representa para nós, em relação à avaliação que fazemos de nossos próprios recursos para controlá-lo ou neutralizar as emoções desagradáveis mobilizadas a partir dele. Esta relação, indivíduo-ambiente, constrói uma representação, cujo significado, grosseiramente, pode ser um desafio, ameaça ou irrelevante. Desta forma, não é apenas o estímulo ou o ambiente físico que determinam a resposta fisiológica do estresse, mas a avaliação que o indivíduo faz desse estímulo e de si próprio.

Para que o indivíduo possa distinguir uma determinada situação como irrelevante, desafiadora ou ameaçadora é necessário um eficiente sistema cognitivo, cujos recursos neuronais sejam capazes de interpretar símbolos a partir de experiências anteriores vividas e vicárias, além do conhecimento adquirido durante sua vida a partir do aprendizado e da memória⁽³⁹⁾.

Assim sendo, apesar de determinadas demandas internas e externas produzirem estresse na maioria das pessoas, existem diferenças na intensidade e no tipo de reação. Indivíduos diferem na sensibilidade e vulnerabilidade a certos tipos de eventos, bem como na interpretação e reação⁽³⁹⁾.

Embora o *coping* seja uma resposta do indivíduo à determinada demanda externa ou interna interpretada como desafiadora ou ameaçadora, cabe distinguir sua diferença de um comportamento adaptativo, uma vez, que elaborar estratégias de enfrentamento implica em esforços individuais, ao contrário do comportamento adaptativo que se constitui numa reação automatizada. Muitos comportamentos são originalmente construídos a partir de elaborações e associações mentais, mas podem ter se tornado automatizados a partir do processo de aprendizado⁽³⁹⁾.

Como explicitado anteriormente na introdução deste estudo, o *coping* poder como foco estratégico o problema ou a emoção. No primeiro, todas as tentativas do indivíduo são direcionadas a solucionar o problema, ou ao menos, diminuir suas conseqüências. Já no segundo, o indivíduo tenta substituir ou regular o impacto emocional do estresse sobre ele, reagindo defensivamente, de forma a evitar se confrontar, de modo realista, com a ameaça.

Com base no pressuposto teórico apresentado, apreende-se que:

- a “avaliação cognitiva” está associada às experiências vividas, vicárias e ao aprendizado;
- a intensidade do estresse depende das avaliações cognitivas e da eficácia do *coping* que o indivíduo utiliza para enfrentar situações adversas;
- a efetividade e qualidade do *coping* também estabelece uma relação, teoricamente, direta com a capacidade de aprendizado e de elaboração mental dos indivíduos;
- a eleição pelo estilo de *coping* focado no problema ou na emoção irá depender não apenas da interpretação do indivíduo sobre a ameaça, como também sobre os seus recursos

disponíveis para elaborar estratégias coerentes com sua capacidade individual de reagir e enfrentar determinada situação adversa.

Desta forma, considerando estes pressupostos teóricos, hipoteticamente, os idosos com DA podem apresentar aumento da intensidade de estresse na medida em que tendem a utilizar estratégias de *coping* menos elaboradas, ou ainda, tendem a elaborar estratégias predominantemente defensivas, uma vez, que o comprometimento cognitivo decorrente da doença pode prejudicar a elaboração de um enfrentamento confrontivo com a situação estressora.

Neste estudo, na análise das estratégias de enfrentamento elencadas pelos indivíduos no manejo das situações percebidas como conflituosas, observamos um predomínio do *coping* focado na emoção nos indivíduos com DA, e do *coping* focado no problema no grupo controle, embora essa diferença não tenha alcançado significância estatística.

Além disso, encontrou-se nos dois grupos predomínio de mais de um estilo de estratégia de *coping*, resultado que corrobora achados de literatura, na qual se verificou, em um grupo de idosos, uma rede de relações entre os diferentes estilos com predomínio de alguns, mas não a utilização de um único ⁽⁵⁸⁾.

De uma forma coerente, encontrou-se predomínio do estilo de *coping* otimista (foco na emoção) no grupo DA e confrontivo (foco no problema) no grupo controle.

Esta diferença na seleção de estratégias de enfrentamento, embora não tenha sido estatisticamente significativa, nos faz refletir sobre o esforço comportamental que este grupo faz para manejar demandas específicas que são analisadas como algo que ameaça sua integridade pessoal. Desta forma, ao eleger prioritariamente o *coping* focado na emoção, o grupo DA explicita sua dificuldade em recrutar recursos que permitam a mudança da situação, na tentativa de remover o problema ou diminuir sua capacidade de impacto como fonte estressora.

Diante da limitação neuropsicológica em elaborar estratégias combativas, esses idosos elegem, como estratégia de *coping*, processos defensivos e de distanciamento do problema, focando sua ação na regulação ou substituição do impacto emocional do estresse. É como se, por exemplo, na impossibilidade de mudar o fato de que se encontram esquecidos e limitados funcionalmente, eles, de forma otimista, avaliassem o déficit de memória e as dificuldades decorrentes desta situação como normal e esperada dentro do processo de envelhecimento. Isto de certa forma se verifica na medida em que quase todos os idosos com DA referiram, no inventário LSS, que apenas esporadicamente se percebiam esquecidos.

Já no grupo controle, ocorreu o contrário. Diante da possibilidade de eleger estratégias adaptativas que se confrontam com a situação estressora, esses idosos utilizam predominantemente o *coping* focado no problema. Este achado diverge dos resultados obtidos em estudo anterior, cuja estratégia eleita prioritariamente em idosos cognitivamente saudáveis, foi a de caráter passivo, focado na emoção como estratégia amenizadora do impacto emocional desencadeado por determinado problema⁽⁸²⁾.

Um determinado estilo de *coping* adotado não é inerentemente bom ou ruim. Ao contrário, a avaliação da eficácia do estilo de *coping*, adotado por um indivíduo, precisa ser analisada considerando o contexto em que o evento estressor ocorre, uma vez que, um determinado estilo de enfrentamento pode ser eficaz em uma situação, mas não em outra. Num preparatório para uma prova, por exemplo, é adaptativo focalizar a ação de enfrentamento no problema. No entanto, ao aguardar o resultado é interessante direcionar as ações de *coping* ao controle do impacto emocional decorrente da espera⁽⁸³⁾. Da mesma forma, ao lidar com situações inexoráveis, como por ex., a morte do companheiro, pode ser mais adaptativo inicialmente se engajar num *coping* paliativo no manejo da situação focada na emoção e então depois, após a restauração do equilíbrio emocional, eleger um *coping* mais instrumental na elaboração dos planos futuros⁽⁸⁴⁾.

Além disso, na avaliação da eficácia do *coping*, constitui-se necessário verificar a possibilidade não apenas da resolução do problema, mas também de controlá-lo⁽⁸⁵⁾. Esta abordagem se refere principalmente a situações insolúveis e permanentemente estressoras, como no caso das doenças crônicas, nas quais, a ausência de perspectivas de cura requer muito mais estratégias de controle das emoções e da situação do que ações confrontivas⁽⁸⁶⁾.

Ademais, há dados na literatura que apontam o controle emocional, alcançado a partir do *coping* focado na emoção, como uma estratégia favorável e eficaz no enfrentamento das situações estressoras, nas quais há pouca capacidade de controle⁽⁸⁷⁻⁸⁸⁾.

Desta forma, baseado nos pressupostos teóricos apresentados, pode ser que o predomínio do *coping* focado na emoção, no grupo de idosos com DA, tenha sido, considerando o contexto crônico de sua situação, uma estratégia adaptativa e defensiva destes indivíduos elaborada com a finalidade de minimizar o impacto emocional decorrente da percepção de suas limitações e perdas, uma vez, que, diante dela, confrontar-se com a situação poderia, resultar em emoções mais ameaçadoras do que o próprio evento originário do estresse.

No entanto, alguns autores sugerem que, embora a estratégia focada na emoção pareça ser adaptativa a curto prazo, se o indivíduo prolongar seu uso por muito tempo, poderá tender a passividade e repetidamente focalizar sua ação em emoções negativas e nas possíveis conseqüências dessas sensações⁽⁸⁹⁾.

No tocante à relação dos indicadores de estresse na eleição por determinada estratégia de enfrentamento, não se observou diferença estatisticamente significativa entre o estilo de *coping* e os sintomas de estresse e ansiedade. No entanto, em ambos os grupos, observou-se que níveis mais intensos de sintomas de estresse estavam associados ao *coping* focado na emoção, enquanto traços de ansiedade mais elevados se associaram ao *coping* focado no problema.

Os dados referentes à correlação dos sintomas de estresse com o estilo de *coping*, embora não estatisticamente significante, parece coerente com a maioria dos estudos sobre *coping* e ajustamento encontrados na literatura, os quais apontam para uma intensa associação entre o *coping* focado na emoção e elevados níveis de estresse⁽⁹⁰⁻⁹²⁾.

No que diz respeito ao presente estudo, com relação aos dados referentes ao traço de ansiedade, embora também não tenha havido significância estatística, parece coerente que essa variável tenha se correlacionado positivamente com o *coping* focado no problema, uma vez, que a ansiedade se constitui fator mobilizador do indivíduo em reagir à determinada situação percebida como ameaçadora⁽⁷⁴⁾.

No tocante aos sintomas depressivos, observou-se um predomínio do *coping* voltado para a emoção no grupo DA. No entanto, essa diferença não alcançou significância estatística.

Alguns dados da literatura sugerem uma tendência ao aumento de sintomas de depressão e ansiedade relacionados à passividade do indivíduo e à sua forma repetida de focalizar suas ações de enfrentamento em emoções negativas e nas suas possíveis consequências⁽⁹³⁾.

Assim, para os idosos com DA, nos quais se observou elevação significativamente mais intensa dos sintomas depressivos que o grupo controle, a seleção repetida pelo *coping* focado na emoção pode ter sido um dos fatores influenciadores da intensificação desses sintomas.

Com relação ao comportamento do grupo controle na manifestação dos sintomas depressivos, observou-se o predomínio do *coping* focado no problema quando há níveis mais intensos desses sintomas, embora não tenha sido estatisticamente significativo.

Além disso, cabe lembrar que foi observado um predomínio da sensação de ansiedade dentro do conjunto de sintomas depressivos, no grupo controle, estatisticamente significativo. Desta forma, mais uma vez, os dados parecem coerentes, já que o estilo de *coping* focado no

problema eleito predominantemente por esses indivíduos, reflete a disposição e sua autoconfiança para enfrentar a situação adversa, manifestando a sensação de ansiedade, cuja característica mobilizadora impulsiona a pessoa agir sobre o problema ou reduzir suas conseqüências.

Concluindo, parece que, neste estudo, os idosos com DA tendem a utilizar a emoção como estratégia adaptativa ao enfrentamento das situações adversas, buscando agir sobre o impacto emocional que as dificuldades diárias promovem em seu cotidiano, uma vez que seu comprometimento cognitivo prejudicou elaboração de ações confrontivas e de resolução do problema. Ao contrário, dos idosos cognitivamente saudáveis, os quais demonstraram uma tendência em manejar os eventos estressores de forma combativa, elencando estratégias focadas no problema, na tentativa de solucioná-lo ou minimizar suas conseqüências.

2.1 Discussão dos resultados obtidos com as correlações entre o estilo de coping e as variáveis independentes

Com relação à escolaridade, observou-se, nos dois grupos, que os indivíduos com maior escolaridade tenderam a eleger o problema como foco estratégico de enfrentamento das situações adversas, embora essa diferença não seja estatisticamente significativa.

Assim, parece, mais uma vez, que a escolaridade exerceu influência positiva no manejo do problema, já que os indivíduos tenderam a eleger estratégias combativas, cuja elaboração requer utilização do conhecimento adquirido e das experiências vivenciadas.

No que diz respeito ao desempenho cognitivo, embora não tenha sido observada correlação com a avaliação do potencial estressor, observou-se que no grupo DA os idosos com melhor desempenho no MEEM elegem prioritariamente estratégias de *coping* focadas no problema, em detrimento da emoção. Essa diferença foi estatisticamente significativa. Esse dado parece novamente indicar que, a depender da evolução da doença, esses indivíduos

fazem uso do conhecimento adquirido e armazenado na memória semântica na tentativa de combater o problema. Embora o *coping* predominante neste grupo tenha sido focado na emoção, esse dado mostra que os indivíduos com desempenho cognitivo melhor, alguns recursos neuropsicológicos, anátomo-funcionais e neurofisiológicos ainda estão disponíveis para o manejo, de maneira mais combativa, das situações estressoras.

No grupo controle, observou-se o mesmo fato, porém não se alcançou significância estatística, possivelmente porque as pontuações alcançadas no MEEM foram máximas ou muito próximas umas das outras, dificultando a análise comparativa deste dado.

6. CONCLUSÕES

Os resultados obtidos, neste estudo, permitiram as seguintes conclusões:

- Não houve diferença estatisticamente significativa entre a presença de estresse nos dois grupos avaliados, embora os idosos com DA leve apresentem níveis de sintomas de estresse menores que idosos sem demência;
- Idosos com DA leve apresentam predomínio de sintomas físicos de estresse em comparação a idosos sem demência;
- Idosos com DA leve apresentam predomínio da intensidade moderada dos sintomas de estresse em comparação a idosos sem demência, embora não haja significado estatístico nesta diferença;
- Idosos com DA leve apresentam predomínio de sintomas depressivos em comparação a idosos sem demência;
- Não houve correlação estatisticamente significativa entre os indicadores de estresse e a idade nos idosos com DA;
- Em idosos com DA, quanto maior a idade, maior a intensidade dos sintomas de estresse e do traço de ansiedade, porém esta correlação não foi significativa estatisticamente;
- Em idosos com DA, quanto maior a idade, menor a intensidade de sintomas depressivos, porém esta correlação não atingiu significância estatística.

- Em idosos sem demência quanto maior a idade, menor a intensidade dos indicadores de estresse;
- Em idosos com DA leve, quanto maior o grau de escolaridade, menor a intensidade dos sintomas de estresse e traço de ansiedade;
- Não houve correlação estatisticamente significativa entre a escolaridade e os indicadores de estresse em idosos sem demência;
- Não houve correlação estatisticamente significativa entre desempenho cognitivo e os indicadores de estresse nos grupos DA e controle;
- Não houve correlação estatisticamente significativa entre os estilos de *coping* de idosos com DA leve e idosos sem demência, embora haja predomínio do *coping* focado na emoção nos indivíduos com DA leve;
- Não houve correlação estatisticamente significativa entre os estilos de *coping* e os indicadores de estresse nos dois grupos;
- Não houve correlação estatisticamente significativa entre os estilos de *coping* e variável escolaridade, embora haja predomínio do *coping* focado no problema em indivíduos com mais anos de estudo nos dois grupos;
- Idosos com DA leve, que apresentam melhor desempenho cognitivo, elegem o *coping* focado no problema para resolução de situações estressoras;

- Não houve correlação estatisticamente significativa entre estilo de *coping* e desempenho cognitivo nos idosos sem demência.

Finalizando, cabe ressaltar que, a exploração do comportamento do estresse e *coping* em idosos com DA não se esgota neste estudo, uma vez, que outras questões foram suscitadas a partir dele, que requerem novas investigações considerando a complexa interação entre os fatores psíquicos, individuais, culturais e biológicos.

Desta forma, sugere-se, em estudos posteriores, grupos com número maior de indivíduos, a inclusão de indicadores biológicos de avaliação de estresse na análise das correlações entre esses fatores, além do uso de instrumentos mais refinados de avaliação cognitiva e de estresse, para que possamos avançar na construção do conhecimento dessa complexa rede de interações que se constitui a mente humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lebrão ML, Duarte YAO. SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
2. Kilsztajn S, Rossbach AC, Câmara MB, Carmo, MSN. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. In: Anais do 13º Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2002 nov. 4-8; Ouro Preto.
3. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1987; 76:465-479.
4. Herrera Jr E, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Disease and Association Disorders* 2002; 16(2):103-8.
5. Clark RF, Goate AM. Molecular genetics of Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1993; 50:1164-1172.
6. Forlenza O, Caramelli P, editors. *Neuropsiquiatria Geriátrica*. São Paulo: Atheneu; 2000. Neuropatologia da doença de Alzheimer; p. 107.
7. Honer WG, Dichson DW, Gleeson J, Davies P. Regional Synaptic pathology in Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* 1992; 13:375-382.
8. Heinomen O, Soininen H, Sorvari H, Kosunen O, Paljärvi L, Koivisto E *et al.* Loss of synaptophysin-like immunoreactivity in the hippocampal formation is an early phenomenon in Alzheimer's disease. *Neuroscience* 1995; 64:375-384.
9. Scheff SW, Price DA. Synapse loss in the temporal lobe in Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 1993; 33:90-99.

10. Plassman B, Breitner J. apud Henry Brodaty The genetics of Alzheimer's disease. In: J O'Brien, D Ames and A Burns editors. Dementia. 2nd edition London: Arnold, 2000.
11. National Institute on Aging and Reagan Institute Working Group on Diagnostic Criteria for the Neuropathological Assessment of Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging* 1997; 18 Suppl 4: 51-2.
12. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS – ADRDA work group under the auspices of the Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34:939-944.
13. Mirra SS, Heyman A, McKeel D. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part III: Standardization of the neuropathologic assessment of Alzheimer's disease. *Neurology* 1991; 41:470-486.
14. Reisberg B. Dementia: a systematic approach to identifying reversible causes. *Geriatrics* 1986; 41:30-46.
15. Eisdorfer C, Cohen D, Paveza GJ. An empirical evaluation of the Global Deterioration Scale for staging Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1992; 149:190-4.
16. Berg L. Clinical Dementia Rating. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24:637-9.
17. Newman SK, Warrington EK, Kennedy AM, Rossor MN. The earliest cognitive change in a person with familial Alzheimer's disease: presymptomatic neuropsychological features in a pedigree with familial Alzheimer's disease confirmed at necropsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994; 57(8):967-72.

18. Izquierdo I, editor. Memória. 1st ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. Os tipos e as formas de memória; p. 19-33.
19. Sullivan EV, Corkin S, Growdon JH. Verbal and nonverbal short-term memory in patients with Alzheimer's disease and in health elderly subjects. *Dev Neuropsychol* 1986; 2:387-400.
20. Perry RJ, Peter Watson, Hodges JR. The nature and staging of attention dysfunction in early (minimal and mild) Alzheimer's disease: relationship to episodic and semantic memory impairment. *Neuropsychologia* 2000; 38:252-271.
21. Brucki SMD. Curso clínico da doença de Alzheimer's. In: Forlenza OV, Caramelli P, editors. *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Atheneu; 2002. p.119.
22. Linn RT, Wolf PA, Bachman DL et al. The "preclinical phase" of probable Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1995; 52:485-490.
23. Petersen RC, Smith GE, Waring SC et al. Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 1999; 56:303-8.
24. Caramelli P, Poissant A, Gauthier S, Bellavance A, Gauvreau D, Lecours AR, Joannette Y. Educational level and neuropsychological heterogeneity in dementia of the Alzheimer type. *Alzheimer Disease and Association Disorders* 1997; 11(1):9-15.
25. Morillo LS. Fatores moduladores do estresse em idosos. [dissertação] São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da USP; 2000.
26. Selye H. The stress of life. New York:McGraw Hill; 1956.

27. Vasconcellos EG O modelo psiconeuroendocrinológico de stress. In: Seger, L. Psicologia e odontologia – uma abordagem integradora. 2ed. São Paulo, Santos, 1992. p.25-35.
28. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. J Psychosom Res 1967; 11:213-8.
29. Dohrendwend BS, Dohrendwend BP, editors. Stressfull life events: their nature and effects. New York: Wiley; 1974.
30. Bruce ML, Kim K, Leaf PJ, JacobsS. Depressive episodes and dysphoria resulting from conjugal berearment in a prospective community sample. J Psychiatry 1990; 147:608-11.
31. Emmerson JP, Burvill, PW, Finlay-Jones R, Hall W. Life events, life difficulties and confiding relationship in the depressed elderly. Br J Psychiatry 1989; 155:787-92.
32. Kiecolt-Glaser JK, Marucha PT, Malarkey WB, Mercado AM, Glaser R. Slowing of wound healing by psychological stress. Lancet 1995; 346:1194-6.
33. Brown GW, Harris T. Social origins of depression. New York: Free Press; 1978.
34. Folkman S. Dynamics of stressul encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. J Pers Soc Psychol 1986; 50(5):992-1003.
35. Sapolsky RM. Why is psychological stress stressful? In: Why zebras don't get ulcers: a guide to stress, stress-related diseases, and coping. New York: W.H.Freeman and Company 1994.
36. Lightman SL, Harbuz MS. Expression of corticotropin-releasing factor mRNA in response to stress. Ciba Foundation Symposium 1993; 172:173-198.

37. Chrousos GP. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and immune-mediated inflammation. *New Engl J Med* 1995; 332:1351-62.
38. Timo-Iaria C. Fisiologia do sistema nervoso. Laboratório de Neurologia Experimental e Fisiologia Clínica. Faculdade de Medicina da USP. São Paulo; 1998.
39. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York, Springer, 1984
40. McNeilly M, Anderson NB. Age differences in psysiological responses to stress. In: Ruskin, PE, Talbot JA. Aging and post-traumatic stress disorders. 1st ed. American Psychiatric Press, 1996, p.163-201.
41. Chaves EC, Cade NV, Montovani MF, O’Leite RCB, Spire WC. Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. *Rev Esc Enf USP*. 2000;34(4):370-375.
42. Lazarus RS. Psychological stress and coping process. New York, McGraw Hill, 1966.
43. Bandura A. Adams NE, Byer J. Cognitive processes mediating behavioral change. *J Pers Soc Psychol*. 1977; 35: 125-139.
44. Goldberger L, Breznitz S. Handbook of stress: theoretical and clinical aspects. New York: Free Press, 1982.
45. Diehl M, Coyle N, Labouvie-Vief G. Age and Sex differences in strategies of coping and defense across the life span. *Psychol Aging*. 1996; 11(1):127-39.
46. Whitty MT. Coping and defending: age differences in maturity of defense mechanisms and coping strategies. *Aging Ment Health*. 2003; 7(2):123-32.

47. Makuch RW, Simon RM. Sample size requirements for comparing time-to-failure among k treatment groups. *J Chronic Dis.* 1982; 35:861-867.
48. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment. *JAMA* 2002; 288(12): 1475-83.
49. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34(7):939-44.
50. Associação Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais. 1994.
51. Jorm AF, Jacomb PA. The informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): Socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychol Med* 1989; 19:1015-1022.
52. Bustamante SEZ, Bottino CMC, Lopes MA, Azevedo D, Hototian SR, Litvoc J e cols. Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61(3-A):601-606.
53. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the clinician. *J Psychiatric Res* 1975; 12:129-138.
54. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61(3).
55. Vasconcellos EG. Stress, coping and social competence in cardiovascular diseases. [Tese] Ludwig Maximilians Universität in München; 1984.

56. Chaves EC. Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno. [tese] São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da USP; 1994.
57. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. IDATE: Inventário de ansiedade Traço-Estado. Rio de Janeiro, CEPA, 1979.
58. Galdino JMS. Ansiedade, depressão e *coping* em idosos. [dissertação] SãoPaulo (SP): Escola de Enfermagem da USP, 2000.
59. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell scale for depression in dementia. Biol Psychiatry 1988; 23(3):271-84.
60. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Use of Cornell scale in nondemented patients. J Am Geriatr Soc 1988; 36(3):230-6.
61. Jalowiec A. Jalowiec Coping Scale (revised). Unpublished manuscript. University of Illinois, Chicago, 1987.
62. Rosner B. Fundamentals of biostatistics. Boston, PWS publishers, 2nd edition, 1986, 584pp.
63. Pereira JCR. Análise de dados qualitativos – estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. EDUSP, 1999. 156pp.
64. Carthery-Gourlat MT, Nitrini R, Areza R, Caramelli P, Schultz RR et al. Apresentação das versões brasileiras para a escala DAD (disability assesment for dementia) e para a escala Cornell de depressão em demência. Arq Neuropsiquiatr 2003; 61(2):23.
65. Henry JP. The relation of social to biological processes in disease. Soc Sci Med. 1982. 16(4):369-380.

66. Magnusson D. Situational determinants of stress: an interactional perspective. In: Goldberger L, Breznitz S. Handbook of stress – theoretical and clinical aspects. New York, The Free Press, 1986. cap. 15, p.231-253.
67. Engler apud Chaves EC. In: Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao turno noturno. [tese] São Paulo (SP): Instituto de Psicologia da USP; 1994.
68. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushen RE. Manual for the state-trait-anxiety inventory. California, Consulting Psychological Press, 1970.
69. Rosenman RH, Chesney MA. Stress, type A behavior and coronary disease. In: Goldberger L, Breznitz S. Handbook of stress – theoretical and clinical aspects. New York, The Free Press, 1986. cap.33, p.547-565.
70. Ballard CG, Bannister CL, Oyebode F. Depression in dementia sufferers. Int J Geriatric Psychiatry. 1996; 11:507-515.
71. Draper B. The diagnosis and treatment of depression in dementia. Psychiatr Serv 1999;50:1151-1153.
72. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on memory in aging. Am J Psychiatry 2000; 157(5):708-714.
73. Lee AL, Ogle WO, Sapolsky RM. Stress and depression: possible links to neuron death in the hippocampus. Bipolar disorders, 2002. 4:117-128.
74. Brandão ML. Psicofisiologia. São Paulo: Atheneu, 2000.
75. Butters N, Granholm E, Salmon DP, Grant I, Wolfe J. Episodic and semantic memory: a comparison of amnesic and demented patients. J Clin and Experim Neuropsych. 1987;9:479-97.

76. Petersen RC, Smith GE, Ivnik RJ, Kokmen E, Tangalos EG. Memory function in very early Alzheimer's disease. *Neurology*. 1994; 44:867-72.
77. Welsh K, Butters N, Hughes J, Mohs R, Heyman A. Detection of abnormal memory decline of Alzheimer's Disease using CERAD neuropsychological measures. *Archives of Neurology*. 1991; 48:278-81.
78. Welsh KA, Butters N, Hughes JP, Mohs RC. Detection and staging of dementia in Alzheimer's disease: use of the neuropsychological measures developed for the consortium to establish a registry for Alzheimer's disease. *Archives of Neurology*. 1992;49:448-52.
79. Lupien SJ, Lepage M. Stress, memory and the hippocampus: can't live with it, can't without it. *Behav Brain Res* 2001; 127: 137-58.
80. Desgranges B, Baron JC, Lalevée C, Giffard B, Viader F et al. The neural substrates of episodic memory impairment in Alzheimer's disease as revealed by FDG-PET: relationship to degree of deterioration. *Brain*. 2002; 125:1116-1124.
81. Lazarus R. Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *Am Psychologist*. 1991; 46(8):819-834.
82. Heckausen J, Schultz R. Uma teoria do controle no curso de vida: In: Neri, AL. *Psicologia do envelhecimento*. São Paulo: Papirus, 1995. p159-194.
83. Folkman S, Lazarus R. If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J. Personal. Soc. Psychol.* 1985. 48:150-70.
84. Stroebe MS, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud*. 2001. 23:197-224.

85. Zeidner M, Endler NS apud Folkman S, Moskowitz JT. In: Coping: Pitfalls and promise. Annu. Ver. Psychol. 2004. 55:745-74.
86. Mattlin JA, Wethnigton E, Kessler RC. Situacional determinants of coping and coping effectiveness. J Health Soc Behav. 1990. 31:103-22.
87. Christensen AJ, Benotch EG, Wiebe JS, Lawton WJ. Coping with treatment-related stress: effects on patient adherence in hemodialysis. J Consult Clin Psychol. 1995. 63:454-59.
88. Terry DJ, Hynes GJ. Adjustment to a low-control situation: reexamining the role of coping responses. J Personal Soc Psychol. 1998. 74(4):1078-92.
89. Stanton Al, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. J Consult Clin Psychol. 2000. 68(5):875-82.
90. Stanton Al, Danoff-Burg S, Cameron CL, Ellis AP. Coping through emotional approach: problems of conceptualization and confounding. J Personal Soc Psychol. 1994. 66:350-62.
91. Stanton Al, Danoff-Burg S, Cameron CL, Bishop M, Collins CA et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. J Consult Clin Psychol. 2000. 68(5):875-82.
92. Stanton Al, Parsa A, Austenfeld JL apud Folkman S, Moskowitz JT. In: Coping: Pitfalls and promise. Annu. Ver. Psychol. 2004. 55:745-74.
93. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination i depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. J Abnorm Psychol. 2000. 109(3):504-11.

ANEXOS

ANEXO A

CÁLCULO DO TAMANHO AMOSTRAL

Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizada a seguinte fórmula:

Fórmula de Makuch e Simon⁽⁴⁷⁾:

$$n = \frac{[z(\alpha/2) \cdot \sqrt{2 \cdot p_m q_m} - z(1 - \beta) \cdot \sqrt{p_1 q_1 + p_2 q_2}]^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

onde: $p_m = (p_2 + p_1)/2$

$$q_m = 1 - p_m$$

p_1 = proporção referente a amostra 1. (7.2%)

$$q_1 = 1 - p_1$$

p_2 = proporção referente a amostra 2. (32.3%)

$$q_2 = 1 - p_2$$

$z(\alpha/2)$ e $z(1 - \beta)$ = valor da distribuição Normal-padrão.

α = nível de significância do teste

Poder do teste = $1 - \beta$.

n = tamanho amostral

As porcentagens utilizadas para a execução do cálculo se referem à prevalência de ansiedade e depressão (variáveis utilizadas para a avaliação do estado de estresse) nesses três grupos obtida em estudo realizado por Lyketsos e cols⁽⁴⁸⁾. Assim, o número da casuística sugerido neste projeto de estudo reflete um quantitativo próximo do ideal, uma vez que não sabemos, na amostra a ser estudada, as porcentagens reais.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado senhor (a):

Como aluna de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, eu, Juliana Nery de Souza, estou desenvolvendo um trabalho de pesquisa para a obtenção do título de mestre em Enfermagem sob a orientação da Prof^a Dra. Eliane Corrêa Chaves, enfermeira, professora doutora do Departamento de Enfermagem médico-cirúrgica desta escola e, com a colaboração do Dr. Paulo Caramelli, médico neurologista do ambulatório de neurologia do HC-FMUSP, doutor em medicina e professor do curso de pós-graduação do Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da USP.

Este trabalho tem a finalidade de verificar a existência de relação entre o estresse vivenciado em sua vida cotidiana e o desempenho de seu aprendizado, memória, atenção, linguagem e orientação. Este estudo será realizado com idosos sem alterações nesses desempenhos, e naqueles com diagnóstico médico de Doença de Alzheimer de intensidade leve.

Para isso venho pedir sua autorização para incluí-lo no grupo de estudo, solicitando que responda a alguns questionários e testes a serem realizados em uma consulta individual no ambulatório de neurologia do HC-FMUSP, com duração aproximada de 1 hora.

Esclareço que a participação neste trabalho não é obrigatória e que sua negação não trará qualquer prejuízo a sua pessoa, podendo o sr(a) ou familiar/representante legal retirar o consentimento de participação no estudo a qualquer momento, sem que isso interfira na assistência recebida neste hospital e ambulatório.

Cabe lembrar que durante a vigência do estudo e após essa o sr(a) continuará recebendo assistência dos profissionais do ambulatório deste hospital.

A pesquisadora se compromete a manter o sigilo e o caráter confidencial de sua identificação e de suas informações.

Coloco-me à sua disposição para esclarecimentos que o senhor (a) achar necessários.

Antecipadamente agradeço sua atenção.

Tel: (11) 4135 1330/ (11) 9803 5624; e-mail: juli3@bol.com.br

Eu, _____ após ler, compreender e não ter dúvidas sobre as informações descritas, concordo em participar desse estudo.

Eu, _____ após ler, compreender e não ter dúvidas sobre as informações descritas, concordo com a participação de meu _____ nesse estudo.

Grau de parentesco com o paciente

ANEXO C

CRITÉRIOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DA

Critérios estabelecidos pelo NINCDS-ADRA para o diagnóstico clínico de DA provável

I. O diagnóstico provável da DA inclui:

- O diagnóstico de demência estabelecido por uma avaliação clínica e documentação por exames de triagem como o MEEM. Este diagnóstico deve ser confirmado por testes neuropsicológicos;
- Os pacientes devem apresentar comprometimento em duas ou mais áreas da cognição;
- Declínio progressivo de memória e outras funções cognitivas;
- Não apresentar alteração de consciência;
- Início da doença pode ocorrer entre 40 e 90 anos, mais frequentemente depois dos 65 anos de idade;
- Ausência de outras doenças sistêmicas ou cerebrais que podem causar declínio progressivo da memória e cognição.

II. O diagnóstico provável da DA é confirmado por:

- Comprometimento progressivo de funções cognitivas específicas, tais como, linguagem, habilidade motora e percepção;
- Prejuízo das atividades da vida diária e alteração de padrões comportamentais;
- História familiar positiva para a doença;
- Resultados laboratoriais: a) punção lombar normal; b) padrão normal ou mudanças inespecíficas no eletroencefalograma (EEG); e c) evidências de atrofia cerebral na tomografia computadorizada (TC).

III. Outras características clínicas que podem estar associadas com o diagnóstico provável da DA, depois da exclusão de outras causas de demência, incluem:

- Platôs durante a progressão da doença;
- Sintomas depressivos, insônia, incontinências, delírio, ilusões, alucinações, explosões verbais, emocionais e físicas, distúrbios sexuais e perda de peso;
- Outras anormalidades neurológicas, em geral nos estágios mais avançados da doença;
- TC normal para a idade.

IV. Características clínicas que tornam o diagnóstico provável da DA incerto:

- Início agudo;
- Achados neurológicos focais como hemiparesia, perda sensorial ou incoordenação motora nos estágios iniciais da doença;
- Crises epiléticas ou convulsões nos estágios iniciais da doença.

McKhann et al. 1984.

Critérios definidos pelo DSM-IV

Os critérios diagnósticos de DA pelo DSM-IV incluem:

- I. Desenvolvimento de alterações cognitivas múltiplas manifestadas por:
 1. comprometimento de memória (dificuldade de aprender novas informações ou recordar informações previamente aprendidas);
 2. comprometimento em uma (ou mais) das seguintes funções cognitivas:
 - afasia (distúrbio de linguagem);
 - apraxia (distúrbio na execução de atividades motoras apesar de a função motora estar intacta);
 - agnosia (incapacidade de reconhecer e identificar objetos apesar de as funções sensoriais estarem intactas);
 - distúrbio das funções executivas (planejamento, organização do pensamento, abstração, fluência verbal e motora; comportamentos perseverativos).
- II. As alterações cognitivas causam prejuízo social e ocupacional e representam declínio significativo no funcionamento anterior;
- III. O curso da doença é caracterizado por início gradual e declínio cognitivo contínuo;
- IV. As alterações cognitivas não são causadas por nenhum dos seguintes itens:
 - outras condições do sistema nervoso central que causam déficit progressivo de memória e cognição;
 - condições sistêmicas que causam demência;
 - condições induzidas por substâncias químicas;
- V. As alterações não ocorrem apenas em associação com *delirium*;
- VI. O distúrbio não é melhor classificado por outros distúrbios psiquiátricos (depressão maior, esquizofrenia e outros).

American Psychiatric Association, 1994.

Critérios de gravidade DSM-III-R

Leve: embora as atividades sociais e no trabalho estejam significativamente comprometidas, a capacidade de viver independente permanece, com higiene pessoal adequada e juízo relativamente intacto.

Moderado: o viver independente oferece perigo a algum grau de supervisão é necessário.

Grave: atividades diárias tão comprometidas que é necessária supervisão contínua, por exemplo, incapacidade de manter higiene pessoal mínima, grande incoerência ou mutismo.

American Psychiatric Association, 1990

ANEXO D

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE

ENFERMAGEM DA USP

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HC-FMUSP

ANEXO E

DADOS GERAIS DE CARACTERIZAÇÃO PESSOAL

() grupo controle

() DA leve

1. DADOS PESSOAIS

Nome: _____ idade: _____ Sexo: M() F()

Estado civil: _____ Quantos anos você estudou:

Atividade profissional atual: () sim. Qual ? _____

() não () aposentado () estudante () outros _____

Mora em: casa () instituição () outros: _____

2. AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO

a) Doença neurológica, psiquiátrica em atividade?

() não () sim. Quais?

b) Doença crônica (nefropatia, hepatopatia, tireoidopatia..) () Não () Sim. Quais?

Se SIM, esta(s) doença(s) compromete(m) a cognição?

() Não () Sim.

c) Queixa de dificuldade cognitiva durante a anamnese?

() Não () Sim

d) Achados no exame físico que indiquem doenças que podem afetar a cognição?

() Não () Sim

e) Vida independente na comunidade?

() Não () Sim

f) História prévia de outros transtornos que podem afetar a cognição (ex, alcoolismo no passado)?

() Não () Sim

Se sim: Esses transtornos estão em atividade: () Não () Sim

Há seqüela cognitiva: () Não () Sim

3. MEDICAÇÕES EM USO:

Usa algum medicamento ou utilizou nas duas últimas semanas? Qual? (Anotar dose diária)

Tabagismo: () sim () não Quanto/ há quanto tempo: _____

Alcoolismo: () sim () não Quanto/ há quanto tempo: _____

Reposição Hormonal: () sim () não Quanto tempo: _____

4. ANTECEDENTES PESSOAIS

Diabetes 0-Não 1-Sim

Hipertensão arterial 0-Não 1-Sim

AVC: 0-Não 1-Sim, quantas vezes: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 —5

Insuficiência coronariana 0-Não 1-Sim

Epilepsia 0-Não 1-Sim

Meningite 0-Não 1-Sim

Trauma de crânio com perda de consciência 0-Não 1- Sim. Quando? _____

Outros antecedentes: _____

ANEXO F

“MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL”

ORIENTAÇÃO TEMPORAL – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- Que dia é hoje?
- Em que mês estamos?
- Em que ano estamos?
- Em que dia da semana estamos?
- Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)

ORIENTAÇÃO ESPACIAL – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala – apontando para o chão)
- Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)
- Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?
- Em que cidade nós estamos?
- Em que Estado nós estamos?

MEMÓRIA IMEDIATA – Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso tijolo (dê um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

CÁLCULO: subtração de 7 seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.

EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir – dê um ponto para cada resposta correta.

NOMEAÇÃO: peça ao sujeito para nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) – 1 ponto para cada.

REPETIÇÃO: Preste atenção – vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: “Nem aqui, nem ali, nem lá” – Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto).

COMANDO: Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

LEITURA: Mostre a frase escrita “FECHE OS OLHOS” e peça para o sujeito fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

FRASE: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).

CÓPIA DO DESENHO: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos), formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto).

Escore: _____ / 30.

ANEXO G

ESCALA DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL (IQCODE)

Gostaria que você se lembrasse como seu familiar estava há 10 anos atrás, e compare com o estado em que ele(a) está agora. As questões abaixo são situações nas quais esta pessoa usa sua memória ou raciocínio e você indicará se estas situações melhoraram, pioraram ou se permaneceram do mesmo jeito, nos últimos dez anos. Por exemplo, se há 10 anos atrás esta pessoa sempre se esquecia onde guardava suas coisas, e ainda se esquece, isto seria considerado como “não muito alterado”.

Marque com um “X” na resposta apropriada. Se a pessoa nunca fez determinada função ou tarefa, marque “não se aplica”. Se o familiar não tem certeza ou desconhece alguma informação, marque “não sabe”.

ANEXO H

INVENTÁRIO LISTA DE SINTOMAS DE STRESS (LSS)

Avalie os sintomas que se seguem conforme a frequência em sua vida nos últimos tempos e marque o número que melhor representá-la.

0 = nunca 1 = raramente 2 = freqüentemente 3 = sempre

- 1) Sinto a respiração ofegante
- 2) Qualquer coisa me apavora
- 3) Tenho taquicardia (aumento das batidas do coração)
- 4) Tenho a sensação que vou desmaiar
- 5) No fim de um dia de trabalho estou esgotado
- 6) Sinto falta de apetite
- 7) Como demais
- 8) Rôo unhas
- 9) Tenho pensamentos que provocam ansiedade
- 10) Sinto-me alienado(a)
- 11) Ranjo dentes
- 12) Aperto as mandíbulas
- 13) Quando me levanto de manhã já estou cansado(a)
- 14) Tenho medo
- 15) Tenho desânimo
- 16) Fico esgotado(a) emocionalmente
- 17) Sinto angústia
- 18) Noto que as minhas forças estão no fim
- 19) Minha pressão se altera
- 20) Apresento distúrbios gastrointestinais (acidez, colite, gastrite...)
- 21) Tenho cansaço
- 22) Costumo faltar ao trabalho
- 23) Sinto dores nas costas
- 24) Tenho insônia
- 25) Sinto raiva
- 26) Qualquer coisa me irrita
- 27) Sinto náuseas
- 28) Fico afônico(a)
- 29) Não tenho vontade de fazer as coisas
- 30) Tenho dificuldade de relacionamento
- 31) Ouço zumbidos nos ouvidos

- 32) Fumo demais
- 33) Sinto sobrecarga de trabalho
- 34) Sinto-me deprimido(a)
- 35) Esqueço-me das coisas
- 36) Sinto o corpo coberto de suor frio
- 37) Sinto os olhos lacrimejantes e visão embaçada
- 38) Sinto exaustão física
- 39) Tenho sono exagerado
- 40) Sinto insegurança
- 41) Sinto pressão no peito
- 42) Sinto provocações
- 43) Sinto insatisfação com o meu trabalho
- 44) Tenho dor de cabeça
- 45) Tenho as mãos e/ou os pés frios
- 46) Tenho a boca seca
- 47) Sinto que meu desempenho no trabalho está limitado
- 48) Tenho pesadelos
- 49) Tenho um nó no estômago
- 50) Tenho dúvidas sobre mim mesmo(a)
- 51) Sofro de enxaqueca
- 52) Meu apetite oscila muito
- 53) Tem dias em que de repente tenho diarreia
- 54) Minha vida pessoal está difícil
- 55) Meus músculos estão sempre tensos
- 56) Tenho vontade tudo o que estou fazendo
- 57) Tenho discutido frequentemente com amigos e familiares
- 58) Evito festas, jogos e reuniões sociais
- 59) Tenho vontade de ficar sozinho(a)

ANEXO I

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE – TRAÇO (IDATE)

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar **COMO VOCÊ GERALMENTE SE SENTE**. Não gaste tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente **GERALMENTE**.

Avaliação				
Quase nunca – 1 Às vezes – 2 Frequentemente – 3 Quase sempre – 4				
1. Sinto-me bem.	1	2	3	4
2. Canso-me com facilidade.	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar.	1	2	3	4
4. Gostaria de ser tão feliz como os outros parecem.	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me cansada.	1	2	3	4
7. Sou calma, ponderada e senhora de mim mesma.	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver.	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz.	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas.	1	2	3	4
12. Não tenho confiança em mim mesma.	1	2	3	4
13. Sinto-me segura.	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas.	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimida.	1	2	3	4
16. Estou satisfeita.	1	2	3	4
17. Às vezes idéias sem importância me entram na cabeça e ficam-me preocupando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça.	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável.	1	2	3	4
20. Fico tenso preocupado quando penso em meus problemas do momento.	1	2	3	4

ANEXO J

ESCALA CORNELL PARA DEPRESSÃO EM DEMÊNCIA

Sistema de Pontuação: a = incapaz de avaliar; 0 = ausente; 1 = leve ou intermitente; 2 = grave
A pontuação deve se basear em sinais/sintomas que tenham ocorrido durante a semana anterior à entrevista. Não devem ser pontuados os sintomas resultantes de incapacidade física ou doença.

A- SINAIS RELACIONADOS AO HUMOR

1- ANSIEDADE
(expressão ansiosa, ruminações, preocupações)	a	0	1	2
2- TRISTEZA
(expressão triste, voz triste, choroso)	a	0	1	2
3- FALTA DE REATIVIDADE A EVENTOS PRAZEIROSOS	a	0	1	2
4- IRRITABILIDADE
(facilmente chateado, “pavio curto”)	a	0	1	2

B- DISTÚRBIOS DO COMPORTAMENTO

5- AGITAÇÃO
(inquieta, puxando o cabelo, esfregando as mãos)	a	0	1	2
6- RETARDO MOTOR
(movimentos lentos, discurso lentificado, reações demoradas)	a	0	1	2
7- QUEIXAS FÍSICAS MÚLTIPLAS
(pontue “0” se apresentar apenas queixas gastrointestinais)	a	0	1	2
8- PERDA DO INTERESSE
(menos envolvido em atividades rotineiras)
obs.: pontue apenas se as mudanças ocorrerem agudamente, isto é, em menos de um mês.	a	0	1	2

C- SINAIS FÍSICOS

9- PERDA DO APETITE
(comendo menos que o usual)	a	0	1	2
10- PERDA DE PESO
(pontue 2 se a perda for maior que 5 Kg em 1 mês)	a	0	1	2
11- FALTA DE ENERGIA
(fatigabilidade, incapaz de sustentar atividades)
obs.: pontue apenas se a mudança ocorreu agudamente, i. e., em menos de 1 mês	a	0	1	2

D- FUNÇÕES CÍCLICAS

12- VARIAÇÃO DIURNA DO HUMOR
(piora matinal dos sintomas)	a	0	1	2

13- DIFICULDADE EM INICIAR O SONO (dorme mais tarde que o costumeiro)	a	0	1	2
--	---	---	---	---

14- DESPERTARES MÚLTIPLOS DURANTE O SONO	a	0	1	2
--	---	---	---	---

15- DESPERTAR PRECOCE PELA MANHÃ (mais cedo do que usualmente o faz)	a	0	1	2
---	---	---	---	---

E- DISTÚRBIO IDEATIVO

16- IDEIAÇÃO SUICIDA (sente que a vida não tem mais sentido, intenções suicidas ou tentativa de suicídio)	a	0	1	2
---	---	---	---	---

17- AUTO-ESTIMA POBRE (auto-culpa, auto-depreciação, sentimentos de impotência)	a	0	1	2
--	---	---	---	---

18- PESSIMISMO (antecipa o pior)	a	0	1	2
-------------------------------------	---	---	---	---

19- DELÍRIOS CONGRUENTES COM O HUMOR (delírios de pobreza, doença ou perda)	a	0	1	2
--	---	---	---	---

ANEXO K

INVENTÁRIO SOBRE COPING – JALOWIEC

Assinale com um (X) as questões que tem a ver com o que você faz quando tem que enfrentar um problema.

1. () preocupa-se com o problema
2. () tem esperança de que as coisas melhorem
3. () come ou fuma mais que o habitual
4. () refleti sobre diferentes modos de lidar com situação
5. () tenta convencer-se de que as coisas poderiam ser piores.
6. () exercita-se ou faz qualquer atividade física
7. () tenta “afastar” o problema por um tempo
8. () “enlouquece” e perde a energia
9. () espera o pior que pode acontecer
10. () tenta tirar o problema da mente e pensar em outra coisa.
11. () conversa sobre o problema com familiares ou com familiares ou com amigos.
12. () aceita a situação porque pouco pode ser feito
13. () tenta ver o problema objetivamente em todos os ângulos
14. () sonha com uma vida melhor
15. () conversa sobre o problema com profissionais tais como médico, enfermeira, professor, consultor.
16. () tenta manter a situação sob controle.
17. () reza ou põe a sua confiança em Deus.
18. () tenta sair da situação
19. () guarda seus sentimentos para si próprio
20. () culpa qualquer outra pessoa pelo problema
21. () espera para ver o que acontecerá
22. () deseja ficar só para refletir sobre as coisas
23. () resigna-se com a situação porque as coisas parecem sem esperança.
24. () descarrega suas tensões em alguém.
25. () tenta mudar a situação
26. () usa técnicas de relaxamento
27. () tenta descobrir mais sobre o problema
28. () dorme mais que o habitual
29. () tenta lidar com as coisas uma de cada vez.
30. () tenta manter a vida o mais normal possível e não deixa o problema interferir
31. () pensa sobre como lidou com outros problemas no passado
32. () tenta não se preocupar-se porque tudo provavelmente terminará bem

- 33. () tenta resolver um compromisso
- 34. () toma um aperitivo para se sentir melhor
- 35. () deixa o tempo cuidar do problema
- 36. () tenta distrair-se fazendo algo que lhe dê prazer
- 37. () convence-se que é capaz de superar qualquer coisa, independente da dificuldade
- 38. () realiza um plano de ação.
- 39. () tenta manter o senso de humor
- 40. () adia para enfrentar o problema
- 41. () tenta manter os sentimentos sob controle
- 42. () conversa sobre o problema com pessoas que têm estado em situações similares
- 43. () elabora mentalmente o que deve ser feito
- 44. () tenta manter-se ocupado
- 45. () aprende algo novo para lidar com o problema
- 46. () faz algo impulsivo ou arriscado que não faria usualmente
- 47. () pensa sobre as boas coisas de sua vida
- 48. () tenta evitar ou ignorar o problema
- 49. () compara-se com outras pessoas que estão na mesma situação
- 50. () tenta pensar positivamente
- 51. () culpa-se por estar nessa situação
- 52. () prefere resolver coisas por si mesmo
- 53. () toma medicação para diminuir a tensão
- 54. () tenta ver o lado bom da situação
- 55. () tenta convencer-se de que o problema não é tão importante
- 56. () evita ficar com pessoas
- 57. () tenta aperfeiçoar-se de algum modo para lidar melhor com a situação
- 58. () deseja que o problema desapareça
- 59. () depende de outras pessoas para a obtenção de ajuda
- 60. () tenta convencer-se de que está apenas tendo má sorte.