



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

BIANCA FERNANDES SILVA

**DOENÇA DE ALZHEIMER: SOBRECARGA, ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA
DE CUIDADORES INFORMAIS.**

**BELÉM
2018**

BIANCA FERNANDES SILVA

**DOENÇA DE ALZHEIMER: SOBRECARGA, STRESS E QUALIDADE DE VIDA DE
CUIDADORES INFORMAIS.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará como requisito parcial para a obtenção do título de graduação em terapia ocupacional.
Orientadora: Prof^a. Dra. Kátia Maki Omura.

**BELÉM
2018**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

BIANCA FERNANDES SILVA

Monografia apresentada ao Departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará como requisito parcial para obtenção do título de graduação em Terapia Ocupacional.

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a Kátia Maki Omura – Orientadora

Ms^a.Adriene Damasceno Seabra – Membro da banca

Ms. Edilson Coelho Sampaio – Membro da banca

Ms^a. Roberta Guzzo Souza Belo – Membro suplente

Apresentado em:

BELÉM – PA
2018

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por seu amor e sua imensa graça, pois mesmo quando os desafios foram lançados não desistir, graças ao meu Redentor que vive em minha vida, pois esse foi o ensinamento que Ele me deu, quando me amou e fez o meu sonho hoje se tornar realidade.

Agradeço meus pais, os quais compartilharam os meus sonhos, incentivando-me a prosseguir nesta jornada, e nas horas mais difíceis me deram força e me encorajaram a chegar aos meus objetivos. A eles que tanto torceram por mim dedico esta conquista, com a mais profunda admiração e respeito.

A minha orientadora Dra. Kátia Maki Omura, minha eterna gratidão, por me mostrar o caminho do aprendizado, compartilhar seus conhecimentos, com paciência e dedicação. Sou grata principalmente pelo apoio que nunca negou quando precisei; guardarei para sempre seus valiosos ensinamentos.

Aos meus amigos e familiares que estiveram ao meu lado, proporcionando momentos felizes de descontração e alegria, sempre que me encontrei desanimada e sem forças para continuar, meu muito obrigado por ouvir, rir e chorar comigo.

RESUMO

A Doença de Alzheimer é caracterizada por uma desordem neurológica crônica e progressiva, que apresenta prejuízos clínicos precoces que incluem perda de memória episódica, dificuldades na aquisição de novas habilidades, evoluindo com prejuízos nas funções cognitivas, podendo interferir nas atividades profissionais ou sociais do indivíduo, causando estresse, sobrecarga, dúvidas e angústias nos familiares. O objetivo deste trabalho é investigar a relação entre o estresse, sobrecarga e qualidade de vida do cuidador informal de pessoas com a doença de Alzheimer. A pesquisa foi realizada na Associação Brasileira de Alzheimer - Regional Pará (ABRAZ-PA), onde foram avaliados 9 cuidadores. Para a coleta dos dados, utilizou-se a escala de Estresse Percebido; a versão brasileira do WHOQOL-Bref (Instrumento de qualidade de vida da Organização da Saúde) e a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC). Como resultados, observou-se que em relação a qualidade de vida dos cuidadores avaliados nesta pesquisa, 78% dos cuidadores apresentaram qualidade de vida regular e 22% apresentam o nível necessitam melhorar dentro da ESC. Quando se avaliou a sobrecarga dos cuidadores, observou-se que 55,5% dos cuidadores apresentava nível moderado de sobrecarga seguido de 33,3% que apresentavam sobrecarga moderada a severa. Observou-se, também, a presença de estresse nos cuidadores, onde 44,5% representam estresse elevado e 55,5% estresse reduzido. Fica, portanto, explícito que os cuidados do idoso com a Doença de Alzheimer compromete a saúde do familiar cuidador, pois a saúde desses indivíduos encontra-se afetada, de maneira que o estresse e a sobrecarga ocasionado pelo cuidado podem influenciar no reconhecimento de seu real estado de saúde, interferindo assim, na sua qualidade de vida.

Palavra-chave: Doença de Alzheimer, cuidador informal, estresse, sobrecarga, qualidade de vida.

ABSTRACT

Alzheimer's disease is characterized by chronic and progressive neurological disorder that presents early clinical losses that include episodic memory loss, difficulty in acquiring new abilities, evolving with impairments in cognitive functions, and may interfere with the individual's professional or social activities, causing stress, overload, doubts and distress in family members. The objective of this work is to investigate the relationship between stress, overload and quality of life of the informal caregiver of people with Alzheimer's disease. The research was carried out in the Brazilian Association of Alzheimer's (ABRAZ-PA), where 9 caregivers were evaluated. To collect the data, were use the Perceived Stress Scale; the Brazilian version of the WHOQOL-Bref and Caregiver Overload Scale (ESC). As a result, it was observed that in relation to the quality of life of caregivers evaluated in this research, 78% of the caregivers presented regular quality of life and 22% presented the level they need to improve within the ESC. When the caregivers overload was evaluated, 55.5% of caregivers presented a moderate level of overload followed by 33.3% who presented moderate to severe overload. It was also observed the presence of stress in the caregivers, where 44.5% represented high stress and 55.5% reduced stress. It is therefore explicit that the care of the elderly with Alzheimer's disease compromises the health of the family caregiver, since the health of these individuals is affected, so that the stress and the overload caused by the care can influence the recognition of their real state of health, thus interfering in their quality of life.

Key words: Alzheimer's disease, informal caregiver, stress, overload, quality of life.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Representação em porcentagem do nível de estresse dos cuidadores.....	27
GRÁFICO 2. Representação em porcentagem do número de cuidadores avaliados com comprometimentos na qualidade de vida.....	29
GRÁFICO 3. Média dos itens avaliados no WHOQOL-BREF.....	30
GRÁFICO 4. Correlação sobrecarga e estresse do cuidador.....	30
GRÁFICO 5 . Correlação sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores.....	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Imagem de um cérebro cognitivamente normal, seguido pelo leve e o grave comprometimento cognitivo, respectivamente14

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Perfil dos cuidadores.....	26
Tabela 2 Nível de sobrecarga dos cuidadores	28

ÍNDICE DE ABREVIações

ABRAZ	Associação Brasileira de Alzheimer
APP	Proteína Precursora de Amiloide
DA	Doença de Alzheimer
ESC	Escala de Sobrecarga do Cuidador
PSS	Escala de Estresse Percebido
OMS	Organização Mundial de Saúde
RME	Ressonância Magnética Encefálica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Instrument

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO:	13
1.1 Principais aspectos sobre a doença de Alzheimer	16
1.2 O cuidador do idoso com a doença de Alzheimer: Estresse e sobrecarga	21
1.3 Qualidade de vida do cuidador	24
2 OBJETIVO	25
2.1. Objetivo Geral:	25
2.2. Objetivos Específicos:	25
3 METODOLOGIA	26
3.1 Tipo de Estudo	26
3.2 Local	26
3.3 Participantes da pesquisa	27
3.4 Etapas da pesquisa.....	27
3.5 Coleta de dados	28
3.5.1 Estresse Percebido (ANEXO A).....	28
3.5.2 Versão brasileira do WHOQOL-Bref, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil (Anexo B).	29
3.5.3 Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (Anexo C)	29
3.6 Análise dos dados.....	30
3.7 Aspectos éticos	31
4 RESULTADOS	31
4.1 Perfil dos cuidadores.....	31
4.2 Dados dos sujeitos que recebem o cuidado	32
4.4 Sobrecarga dos cuidadores	33
4.5 Qualidade de vida dos cuidadores	33
4.6 Correlação da sobrecarga e o estresse dos cuidadores	34
4.7 Correlação da qualidade de vida e sobrecarga.....	35

5 DISCUSSÃO	36
6 CONCLUSÃO	41
REFERENCIAS	43
ANEXO A	48
ANEXO B	49
ANEXO C	57
ANEXO D	58
APÊNDICE A	61
APENDICE B	62

1 INTRODUÇÃO:

O aumento gradativo de idosos indica que o Brasil está em processo de envelhecimento populacional, pois é o segmento que mais cresce, sendo composta em sua maioria por indivíduos com 60 anos ou mais, de acordo com a lei nº 8.842/94 da Política Nacional do Idoso. (LEAL et al, 2006).

Projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde - OMS (2009) propõe que no período de 1950 a 2025, deverão ter aumentado em 15 vezes o número de idosos brasileiros. O instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE, 2008), reforça afirmando que no Brasil, em 2008, os idosos representavam 9,5% da população, de forma que, caso as projeções se confirmem no ano de 2050, eles representarão aproximadamente 30% da população brasileira.

O crescente número da população idosa deve-se, não apenas, à queda da taxa de fecundidade, mas está intimamente relacionado à longevidade que tem aumentado progressivamente. Segundo projeções do IBGE (2010) a população com faixa etária de 65 anos, passaria de 14,9 milhões (7,4% do total) em 2013, para 58,4 milhões (26,7% do total), em 2060. No mesmo período, a expectativa média de vida do brasileiro deverá aumentar dos atuais 75 anos para 81 anos.

Devido ao processo de envelhecimento, o idoso sofre alterações funcionais que, embora variem de um indivíduo para o outro, são característicos dos idosos e decorrente de um processo biológico, podendo acarretar o surgimento de condições crônicas de saúde e possíveis sequelas debilitantes. Consequentemente, acredita-se no aumento do número de idosos dependentes inseridos no meio social e familiar. (SILVA; GALERA; MORENO, 2007).

Com o envelhecimento populacional, várias doenças podem surgir ao longo dos anos da vida do idoso, entre eles, destacam-se as doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e as doenças neurodegenerativas. Entre as doenças crônicas degenerativas, destaca-se a Doença de Alzheimer (DA) que é a forma de demência mais comum na população idosa, representando cerca de 55% dos casos (FALCÃO; MALUSCHKE, 2009). Sendo esta, uma doença cerebral crônico e degenerativa, de caráter progressivo e irreversível, distinguida através

das perdas graduais da função cognitiva e afetiva e das alterações comportamentais, de lenta manifestação e evolução deteriorante, ocasionando prejuízos nas atividades de vida diária e no desempenho social, tornando o indivíduo cada vez mais dependente de cuidadores (ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009)

Segundo Canineu (2002), a doença de Alzheimer não está relacionada ao gênero, pois pode atingir tanto homens quanto mulheres, sendo considerada a doença do envelhecimento, pois é mais comum em pessoas com mais de 60 anos, conhecida como senil, ou raramente ocorre aos 40 anos conhecida como pré-senil.

A doença de Alzheimer compromete a saúde do idoso como um todo, resultando na dependência para o desenvolvimento de suas atividades diárias e exigindo a presença de cuidador para suprir esta incapacidade. De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1999), o cuidador é definido como a pessoa, membro ou não da família, que cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, como alimentação, higiene pessoal, além de outras atividades do cotidiano.

A tarefa de cuidar é geralmente repetitiva e exaustiva, muitas vezes, uma atividade solitária e sem descanso, que pode acometer a vida psíquica do cuidador, com consequências físicas levando-o ao isolamento afetivo e social (FLORIANE, 2006). Os cuidadores ainda têm grandes probabilidades de apresentar ansiedade, que é caracterizada pela preocupação, irritabilidade, fadiga, insônia, taquicardia, estresse, entre outros sintomas, devido à grande responsabilidade que a tarefa de cuidar pode trazer. (SANTOS; OZELLO, 2013).

Neste sentido, Garrido e Almeida (1999), destacam o termo *burden* que é usado como equivalente de “fardo”, “impacto”, “sobrecarga”, frequentemente utilizado para descrever os aspectos negativos associados ao cuidador de indivíduos doentes. A sobrecarga dos cuidadores é um dos mais importantes problemas causados pela demência, pois a mesma aparece muito frequentemente relacionada a estados de cansaço físico e mental, estresse, depressão, ansiedade, falta de apoio social. (SONG, 2012).

Luzardo e Silva (2006) contribuem afirmando que esse sentimento é experimentado principalmente pelo cuidador ao realizar uma gama de atividades negativas geradores de estresse. O estresse é visualizado como algo negativo

que pode vir a ocasionar prejuízo no desempenho global do indivíduo, entendido como uma reação complexa com componentes físicos e psicológicos resultantes da experimentação de situações que ultrapassam os recursos de enfrentamento da pessoa. Essa situação ou experiência gera sentimentos negativos de tensão, ansiedade, medo ou ameaça. (BARSTOW , 1980)

Esses fatores quando associados podem vir a comprometer a qualidade de vida desse indivíduo (BOCCHI, 2004). Além disso, a sobrecarga do cuidador e o comprometimento de sua qualidade de vida pode reduzir a qualidade dos cuidados prestados a estes sujeitos. (A'CAMPO; SPLIETHOFF-KAMMINGA, 2010).

Almeida (2012) relaciona qualidade de vida ao estilo de vida do sujeito, que se caracteriza como os hábitos aprendidos e adotados durante toda a vida, relacionados com a realidade familiar, ambiental e social. São ações que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas, em que devem ser considerados elementos concorrentes ao bem-estar pessoal, controle do estresse, a nutrição equilibrada, a atividade física regular, os cuidados preventivos com a saúde e o cultivo de relacionamentos sociais.

O acompanhamento de um idoso com DA produz uma série de comprometimentos psicossociais, desencadeando desgastes de ordem emocional, física e psicológica para o cuidador e/ou familiar, uma vez que o tratamento, a que esse paciente é submetido, é extenso e vem acompanhado do aparecimento de perdas graduais das suas funções cognitivas e evoluindo para quadros de total dependência, necessitando cada vez mais de um cuidador. (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2010).

A DA tem se tornado um problema de saúde pública a nível mundial, e tem atingido diretamente a família/cuidador, diante disso, faz-se necessário investigar a sobrecarga no cuidador ocasionada por suas ocupações que tem como consequência o estresse e a redução na sua qualidade de vida. Pois, acredita-se que o ato de cuidar pode comprometer as ocupações de um indivíduo consequentemente interferir de maneira negativa na sua qualidade de vida possivelmente ocasionado pelo estresse e pela sobrecarga.

Esta situação é agravada pela falta de orientações e informações que geram ansiedade ao cuidador, que podem ser responsáveis por comprometimentos secundários advindos dessa sobrecarga. Tal problemática

nos leva a investigar qual a relação entre o estresse, sobrecarga e qualidade de vida desses cuidadores informais de pessoas com a doença de Alzheimer.

1.1. Principais aspectos sobre a doença de Alzheimer

O primeiro estudo descrevendo esta doença foi publicado pelo psiquiatra e neuropatologista alemão Alois Alzheimer. O termo “mal de Alzheimer” foi utilizado quando este médico iniciou o tratamento de um paciente de 55 anos em 1906, definindo como uma patologia neurológica que estava associada com a demência. Os sintomas mencionados abarcavam falhas na memória (recente), paranoia, distúrbios comportamentais e défices de linguagem, bem como a apresentação de um cérebro atrófico e com sinais de deposições proteicas anômalas, as quais foram posteriormente denominadas placas senis e emaranhados neurofibrilares. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2009, MARTOCCHIA; FALASCHI, 2008).

Atualmente é estimado que 35,6 milhões de pessoas possuem a Doença de Alzheimer e outros tipos de demência ao redor do mundo (ASSOCIAÇÃO DE ALZHEIMER, 2010). Em uma pesquisa realizada por Burlá et al. (2013) sobre a estimativa de idosos demenciados para o ano 2020, com idade igual ou superior a 65 anos, através de revisão de literatura de prevalência e incidência da DA em diferentes locais do país, tiveram como resultado a prevalência brasileira mais alta que a mundial apontando para um crescimento de 7,6% para 7,9% entre 2010 e 2020, ou seja, 55.000 novos casos de DA por ano.

A DA é caracterizada por uma desordem neurológica devastadora e fatal, porém, ainda não há a exatidão de sua causa, bem como, sua cura ainda não é conhecida. A DA é conhecida como uma doença senil, pois afeta principalmente idosos, logo o aumento da expectativa de vida tem elevado gradualmente o número de pessoas que estão desenvolvendo a doença (RAUK, 2009).

A Doença de Alzheimer é considerada o tipo mais comum de manifestação da demência, sua evolução é de caráter lento e progressivo, com duração média de oito anos entre o início dos sintomas e o óbito. (MANSUR et al., 2005; VIRELA; CAMARELLI, 2006). O prejuízo de memória é o evento clínico de maior magnitude. Os sintomas clínicos precoces incluem perda de memória

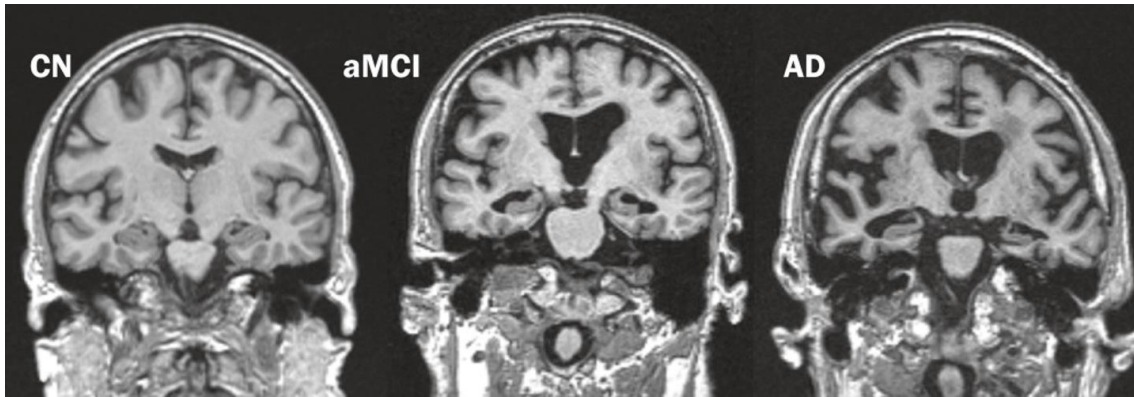
episódica (dificuldades de lembrar nomes e acontecimentos recentes), dificuldades na aquisição de novas habilidades, evoluindo com prejuízos nas funções cognitivas (julgamento, cálculo, raciocínio abstrato e habilidades visuo-espaciais). (GALLUCCI; TAMELINE; FORTALENZA, 2005)

Nos estágios intermediários destacam-se a afasia fluente (dificuldade para nomear objetos ou para escolher a palavra adequada, perda do poder de captação, de manipulação e por vezes de expressão de palavras e símbolos) e apraxia que é a impossibilidade de executar movimentos coordenados (marcha, escrita). Nos estágios terminais, encontram-se a intensificação dos prejuízos já apresentados, associados a alterações do ciclo sono-vigília; estado comportamental, sintomas psicóticos, picos de irritabilidade e agressividade, dificuldades de realizar atividades básicas (autocuidado) e instrumentais (relacionada a manutenção do ambiente, e do social) de vida diária. (ASSOCIAÇÃO DE ALZHEIMER, 2016; GALLUCCI; TAMELINE; FORTALENZA, 2005)

Bekris (2010) em seu estudo classifica de duas formas a Doença de Alzheimer: A DA familiar, caracterizada pelo surgimento prematuro ou de início precoce, que se manifesta antes dos 60 anos com característica de forte componente genético, sendo representada de 1% a 6% de todos os casos de DA diagnosticados. Já a DA de início tardio e a forma mais comum de manifestação da doença, seu surgimento ocorre após os 60 anos com comprometimentos complexo. Vale ressaltar que ambas as formas da doença apresentam mesmas características patológicas, como os déficits das funções cognitivas (memória recente e atenção), funções executivas, afasia e apraxia.

Nas fases iniciais da doença onde habitualmente a amnésia se destaca como um dos principais sintomas ou o mais importante, é possível notar, através de Ressonância Magnética encefálica (RME), alterações neuropatológicas como atrofia da formação hipocampal principalmente no córtex entorrinal. Posteriormente, com a evolução da DA torna-se perceptível a atrofia, também, em áreas neocorticais, como os lobos frontal, parietal e temporal (FIGURA 1) . (ZAKZANIS et al, 2003; PRASHANTHI; CLIFF JACK, 2010).

Figura 1: Imagem de um cérebro cognitivamente normal, seguido por um leve e grave comprometimento cognitivo, respectivamente.



Fonte: PRASHANTHI; CLIFF, 2010

As células nervosas ou neurônios se conectam entre si por conexões chamadas sinapses (Figura 2), nessas ligações ocorrem o fluxo de informação onde são liberados pequenos pulsos químicos de um neurônio que são retomados por uma célula receptora, é através desses circuitos que inicia-se a criação da base celular de lembranças, pensamentos e habilidades de um indivíduo, no entanto, na Doença de Alzheimer ocorrem falhas na transferência dessas informações (sinapses), pois, um grande número de células nervosas se deteriora, e em estágios avançados é possível notar a morte neural (ASSOCIAÇÃO DE ALZHEIMER, 2009). Vale ressaltar, que essa perda de neurônios se inicia no hipocampo, a área do córtex cerebral que exerce importante função de formação de novas memórias (RAUK, 2009).

Sabe-se que as causas que levam à DA não estão totalmente esclarecidas, mas os achados histopatológicos que a caracteriza são representados pelos marcadores neuropatológicos como as placas senis e os emaranhados neurofibrilares. Entende-se também que as mutações genéticas estão relacionadas com o descontrole da produção do peptídeo β -amilóide ($A\beta$), que é o principal constituinte das placas senis que são diagnosticadas na DA (RAUK, 2009).

O primeiro marcado neuropatológico denominada placa senis ou placa amilóides formam-se devido aos depósitos extracelulares anormais de material amilóide (agregados de peptídeos chamados beta-amilóide 40 e 42) decorrentes da clivagem da Proteína Precursora de Amilóide (PPA). A PPA encontra-se na fenda sináptica e sua divisão pode ocorrer por meio de dois caminhos (alfa-

secretase e beta-secretase) para a produção de fragmentos não neurotóxicos ou supostamente neurotóxicos durante a clivagem da enzima precursora de amilóide. A toxicidade resultante dos fragmentos depende do tipo de enzima envolvida no processo. (MUNOZ; FELDMAN, 2000; ALMEIDA, 2011; BENADIBA et al., 2012)

A via da alfa-secretase produz segmentos solúveis e não neurotóxicos, a clivagem ocorre entre os resíduos 16 e 17 da PPA. Já pela via da beta-secretase é produzida a β -amilóide (fragmento 1 – 40/42 da enzima precursora), que é neurotóxica, levando à morte de neurônios vulneráveis (Figura 4). (NETO; TAMELINI; FORTALENZA, 2005; ALMEIDA, 2011; BENADIBA et al., 2012)

Já o segundo marcador neuropatológico está relacionado com o a proteína tau que é encontrada nos microtúbulos os quais dão sustentação ao citoesqueleto dos neurônios. Em condições normais, a proteína TAU tem como função a associação nos microtúbulos para estabilizarem, porém, quando ocorre a hiperfosforilação da TAU (desencadeada pela hipoativação de uma fosforilase), ela se dissocia dos microtúbulos e se acumula na conformação de filamentos insolúveis helicoidais dando origem aos emaranhados neurofibrilares. Como consequência, no interior dos neurônios a fosforilação da TAU leva a ruptura da estrutura do citoesqueleto, pois, os nutrientes não conseguem mais se movimentar entre as células, desregulando as vias de sinalizações e comprometendo a função mitocondrial. A consequente degeneração de estruturas internas neuronais e a interrupção do fluxo axoplasmático, implicando na morte celular. (PAULA, 2009; ALMEIDA, 2011; FONSECA et al., 2008; VALE et al., 2011).

A presença de emaranhados neurofibrilares representa o fracasso do neurônio em manter adequadamente o seu citoesqueleto que é necessário para apoiar a forma de ramificação complexa de seus numerosos processos. A patologia e a definição dos estágios da doença são promovidas a partir do aumento do número e da distribuição dos emaranhados, sendo eles os principais mecanismos de morte dos neurônios na DA (BRAAK; BRAAK, 1991; MUNOZ; FELDMAN, 2000) .

O diagnóstico da DA pode ser estabelecido através de um processo que se inicia na avaliação clínica realizada com o paciente e seu familiar/cuidador, se utilizando de exames físicos gerais, psiquiátricos e neurológicos. Testes

neuropsicológicos que possibilitam o rastreamento cognitivo, exames laboratoriais para a certificação da doença e descarte de outras alternativas com quadros semelhantes e exames de neuroimagem que resultam em um diagnóstico mais preciso (CANINEU, 2002). Por outro lado, existem outros estudiosos como Vivela e Camaralli (2006) que destacam a importância de um exame anatomopatológico de tecido cerebral, que pode ser obtido através de biópsia ou necropsia.

Um dos sintomas mais importante que vem apresentando modificações no quadro clínico desses indivíduos são geralmente o déficit de memória, principalmente aquela de fatos recentes, do que se viveu ou que se aprendeu há menos tempo, preservando-se a memória antiga, que retém fatos já acontecidos há muitos anos na vida do indivíduo. Ao longo do tempo, com o agravamento dos comprometimentos, manifestam-se a labilidade afetiva, diminuição da capacidade intelectual, desorientação no tempo e no espaço (CANINEU, 2002; Freitas, 2015).

Com relação ao tratamento da doença de Alzheimer os objetivos principais dos medicamentos estão direcionados aos sintomas, e não a sua causa, ou seja, agem para corrigir os déficits cognitivos e os distúrbios psicocomportamentais, desacelerando a diminuição da memória, pois, estes medicamentos ainda não são capazes de interromper a doença. (ARRUDA; ALVAREZ; GONÇALVES, 2008). Dentre os medicamentos conhecidos para a doença de Alzheimer destacam-se os inibidores de colinesterase e memantina. O uso destes medicamentos mostrou eficácia em pacientes com DA de moderada a grave (ENGELHARDT et al., 2005).

Nesta fase mais aguda da doença é comum que o indivíduo desenvolva um quadro de depressão, pois, com o avançar da doença, os comprometimentos se tornarão cada vez maiores, e o indivíduo poderá chegar a não ter mais a capacidade de cuidar de si próprio, apresentando dificuldades de controlar a bexiga e o intestino, alterações posturais, flexão global do corpo, contraturas e ausência das funções psíquicas superiores, podendo o indivíduo chegar a ter uma vida totalmente vegetativa (CANINEU, 2002).

1.2 O cuidador do idoso com a doença de Alzheimer: Estresse e sobrecarga

À medida que a DA progride, surge o papel do cuidador, forjado subjetivamente a medida em que aparecem as dificuldades cotidianas de uma nova realidade, essas dificuldades são geradas pela gradativa perda da autonomia e o conseqüente aumento das necessidades de cuidados e supervisão, exigindo assim, que esse cuidador passe a tomada decisões e assumir atividades que passam a ser de sua inteira responsabilidade. (BALLARIN et al., 2016; ABREU et al. 2005).

Cuidar é mais que um ato, é uma atitude, portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo, representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade com o outro. O grande desafio para o familiar é combinar trabalho com cuidado, eles não se opõem mas podem manter íntima relação, o cuidar vive do amor, da compaixão, da medida justa de todas as coisas (BOFF, 2011).

O cuidador é quem presta cuidados à outra pessoa que esteja necessitando de auxílio por limitações físicas ou mentais. Esse cuidado oferecido é fundamental para a reabilitação funcional e para o atendimento às necessidades cotidianas do idoso fragilizado, sobretudo no seguimento das orientações para a saúde, bem-estar, segurança, conforto e, ainda, no respeito e incentivo ao estímulo, à autonomia e independência. (ARAUJO et al , 2011).Esse mesmo cuidador pode ser definido como o cuidador formal ou informal.

Cuidador formal é muitas das vezes um trabalhador assalariado ou autônomo e exerce sua função em domicílios ou instituições cuidadoras de idosos. Seus horários de trabalho podem se dar por revezamento de períodos/turnos ou por tempo integral, auxiliando em atividades cotidianas e necessárias do sujeito. Dentre essas atividades destacam-se: promover o bem-estar do idoso, cuidar de sua saúde, alimentação, higiene pessoal e de seu ambiente domiciliar e institucional (NASCIMENTO et al., 2008).

Já o cuidador informal, ao contrário do formal, é aquele que desempenha seu papel de cuidar sem receber nenhuma remuneração em troca de seus serviços, podendo ser pessoas da família ou não, como amigos e vizinhos. Faz-se distinção também entre os cuidadores primários, secundários e terciários. Os

cuidadores primários são os principais responsáveis pelo cuidado com o idoso. Os secundários podem até desenvolver o mesmo papel, porém, o que os diferencia dos primários é o nível de responsabilidade e decisão a serem tomadas em prol do indivíduo, atuando de maneira pontual em alguns cuidados básicos, como por exemplo o revezamento de cuidado. Os cuidadores terciários são coadjuvantes que podem substituir o cuidador primário por curtos períodos, realizando basicamente tarefas específicas como compras, pagar contas e receber pensões. (BALLARIN et al., 2016; NASCIMENTO et al., 2008).

Em estudos realizados com cuidadores informais, verificou-se que a maioria reside com o idoso doente, são mulheres, filhas ou esposas, casadas, com idade média entre 55 e 65 anos, sem emprego ou do lar, com oito ou mais anos de escolaridade (GARRIDO; MENEZES, 2004).

Esses cuidadores informais tendem a buscar a promoção da autonomia e independência do idoso, passando a auxiliar nas tarefas que outrora eram de cunho pessoal e desenvolvidas de maneira autônoma pelo idoso, ou seja, esse cuidador passa a conviver diariamente com o idoso, prestando-lhe cuidados desde a higiene pessoal, a alimentação e administração da medicação. (ARAUJO et al., 2012; GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012).

Assim, observa-se que grande parte destes cuidadores apresenta uma sobrecarga de papéis, uma vez que muitos deles possuem, além da tarefa de cuidador do idoso, as tarefas domésticas relacionadas com o cuidado do lar, além da atenção a outros familiares. (SCHOSSLER; CROSSETTI, 2008).

A sobrecarga deve ser vista como um conceito multidimensional, que abrange a esfera biopsicossocial, resultado da busca de equilíbrio entre as seguintes variáveis: tempo disponível para o cuidado, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuição de papéis. (MORAIS, 2012)

A sobrecarga do Cuidador pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam afetando tanto o bem-estar do cuidador como do paciente. Assim, é evidente que as atribuições do Cuidador informal, pertinentes ao ato de cuidar de seu familiar adoecido, interferem nos aspectos de sua própria vida pessoal, familiar, laboral e social, predispondo-os a conflitos (ARAUJO; PAUL; MARTINS, 2009; ARAUJO et al., 2013).

Em estudos realizados com amostras numerosas de cuidadores residentes no Paraná revelaram a prevalência de sobrecarga moderada a severa em mais de 70% dos familiares responsáveis pelo cuidado de idosos dependentes. (NARDI et al 2013; SEIMA, LENAR, 2011).

A sobrecarga refere-se ao desgaste do cuidador por cansaço, traduzindo-se em função de fatores de estresse significativos e um espaço de tempo curto ou a uma exposição prolongada a fatores de estresse pouco significativos, mas que ao longo do tempo originam consequências secundares (SEQUEIRA, 2010).

Rodrigues (2005) denomina o estresse como uma relação particular entre uma pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida, sendo avaliada pela pessoa como uma ameaça ou algo que lhe exija o suporte além de suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo o seu bem-estar.

Para que ocorra o desenvolvimento do estresse, é necessário que haja um evento desencadeador que pode ser externo ou interno. As fontes externas são do cotidiano, como dificuldade financeira, morte de familiar, doenças, entre outros (LIPP; MALAGRIS; NOVAIS, 2007), já as fontes internas estão relacionadas ao tipo de personalidade e ao modo como a própria pessoa reage as situações da vida, como preocupações, ansiedade elevada, comportamento competitivo etc. (LIPP; MALAGRIS; NOVAIS, 2007).

As consequências do estresse podem ser de natureza física e emocional, dentre os sintomas que podem ser mencionados destacam-se: fácil irritabilidade, geração de crises de ansiedade, insônia, dificuldades para interação social, respiração ofegante, falta de apetite, dor de cabeça, tensão muscular, taquicardia, hiperatividade, esfriamento das mãos e náuseas, entre outros. (LIPP; MALAGRIS; NOVAIS, 2007).

Diante disso, o cuidador precisa aprender a lidar com a emoção e com a nova situação em que se encontra, pois, a falta dessa habilidade pode comprometer ainda mais sua saúde, aumentando a pressão sobre ele. Caso contrário, o cuidador estressado acabará prejudicando, não somente a si mesmo, como também a sua família e, principalmente, o idoso que necessita dos seus cuidados. (NOVEMBRE, 2006).

1.3 Qualidade de vida do cuidador

O convívio diário com o idoso com a DA acarreta desgastes de ordem psicológicas, emocionais e financeiras, ocasionados principalmente pelo tempo de tratamento a qual o sujeito é submetido e as perdas graduais das suas funções cognitivas que evolui conseqüentemente para um quadro de total dependência. Esse novo cenário de reorganização da vida dos membros da família, gera desconfortos e interfere na qualidade de vida desse cuidador familiar e no cuidado prestado ao idoso. A organização Mundial de Saúde (OMS) defini qualidade de vida atualmente como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (CARRARO et al, 2016)

Inicialmente, o termo qualidade de vida passou a ser associado a melhorias no padrão de vida, sobretudo ligado a bens materiais adquiridos. Posteriormente, a qualidade de vida passou a incorporar sensação de bem-estar, realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, educação, estilo de vida, saúde e lazer, enfim, aspectos psicológicos, físicos e sociais, além dos econômicos. Portanto, o conceito de qualidade de vida é muito abrangente e inclui aspectos objetivos e subjetivos (MONTEIRO et al, 2010). A qualidade de vida pontua de forma independente quatro domínios: o físico, psicológico, relações sociais e o meio ambiente (OLIVEIRA et al., 2011).

A doença é sempre uma situação de crise, um acontecimento estressor, que produz efeitos no doente e na família, pois, a doença prolongada de um familiar representa uma situação de crise geradora de estresse, uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social. (PINTO et al., 2009; MARTINS et al., 2003)

Quando esta situação de ansiedade e tensão não é assimilado pelo cuidador familiar, com o tempo eles tendem a adotar novos modos de resposta para superar o conflito, que poderão conduzir a uma adequação não saudável refletindo com repercussões emocionais negativas que geram a sobrecarga e interferindo na sua qualidade de vida. (PINTO et al., 2009; MARTINS et al., 2003; SKINNER et al., 2003)

Luzardo, Gorini e Silva (2006) contribui com a ideia de que a tarefa de cuidar de um idoso com doença de Alzheimer exige do cuidador dedicação praticamente exclusiva, fazendo que ele deixe suas atividades. Algumas pessoas abandonam seus empregos e ocupações, deixam de viver suas próprias vidas, muitas vezes seguindo para o isolamento social e depressão. Para evitar tais comprometimentos alguns autores contribuem com possíveis fatores que melhorariam a qualidade de vida desses cuidadores, entre eles destacam-se: boa saúde física, envelhecimento saudável, boas condições financeiras associadas a presença de uma rede de apoio social, somada ao bem-estar espiritual (STENER, 2013; YU et al.,2013).

Em alguns estudos verificou-se que os cuidadores familiares se ressentem pela falta de uma rede de suporte mais efetivo nas áreas da saúde e social, e carecem de treinamentos e orientações específicas para a realização dos cuidados no âmbito domiciliar, ressaltam ainda a necessidade de haver mais estudos no Brasil acerca dos cuidadores, além de boa formação dos profissionais de saúde especializados nesta área e implantação de programas de orientação e apoio ao cuidador que envolvam a família, a comunidade e o estado.(SCHEEWE et al , 2011; GARRIDO; MENEZES ,2004).

2 OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral:

Investigar a relação entre o estresse, sobrecarga e qualidade de vida do cuidador informal de pessoas com a doença de Alzheimer.

2.2. Objetivos Específicos:

- Verificar a presença e o nível de estresse dos cuidadores informais
- Avaliar o nível de qualidade de vida dos cuidadores informais.
- Relacionar o nível de estresse e de sobrecarga com qualidade de vida dos cuidadores de idosos com Alzheimer.

3 METODOLOGIA:

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, com bases descritiva, exploratória e de campo. Diferentemente da pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa quantitativa podem ser quantificados. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade e recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre variáveis. (FONSECA, 2002)

Quanto à pesquisa descritiva, é um estudo que tem por objetivo descrever as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática. (GIL, 2008)

Já a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão sobre o tema estudado (GIL, 2007).

3.2 Local

O estudo foi desenvolvido na Associação Brasileira de Alzheimer-ABRAZ- Regional Pará, esta associação oferece apoio e contribui para a superação de dificuldades enfrentadas desde o momento do diagnóstico até as etapas mais avançadas da doença.

O Grupo de Apoio é um espaço de encontro, aprendizagem e troca de experiências oferecidas especialmente para familiares e cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer, no qual os participantes têm a oportunidade de refletir sobre a tarefa de cuidado sob novas perspectivas, ao encontrar novas estratégias para superar dificuldades e descobrir novas formas de lidar com o cotidiano modificado. Diante disso, nota-se ser um lugar propício a

realização da pesquisa, pois, está em consonância com os objetivos da pesquisa. (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2017)

A pesquisa foi desenvolvida com os participantes do grupo que é realizado nessa associação. Estes grupos ocorrem semanalmente, com duração de uma hora, com cuidadores formais e informais de pessoas com a Doença de Alzheimer.

3.3 Participantes da pesquisa

O número de participantes da pesquisa foi baseado de acordo com a média de participantes que comparecem nos grupos realizados na ABRAZ. Sendo assim, foram avaliados 9 cuidadores cujo o critério de inclusão e exclusão para a participação na pesquisa eram os seguintes:

- Os cuidadores maiores de dezoito anos, sem preferência de gênero que aceitem participar da pesquisa e assinem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE- Apêndice A);
- Que tenham boas condições físicas e mentais de participar da pesquisa;
- Que tenham vínculo familiar ou não com o sujeito, desde que seja o cuidador principal e não assalariado (informal) ;
- Que o sujeito (indivíduo com a Doença de Alzheimer) ainda esteja no seio familiar.

Com relação aos critérios de exclusão, foram excluídos aqueles que não aceitarem assinar o TCLE, os que não estiveram mais exercendo o papel de cuidador, e os demais que não se enquadraram nos critérios de inclusão acima citados.

3.4 Etapas da pesquisa

A pesquisa constitui-se no levantamento de informações que foram obtidos através dos dados fornecidos pelos cuidadores/participantes após o preenchimento de um questionário, construído pela acadêmica (Apêndice B). A primeira parte do questionário destinou-se a identificação do cuidador (1), composto pelo, nome, telefone de contato, data de nascimento, escolaridade,

idade e sexo. Posteriormente a parte relacionada com o Vínculo com o idoso (2), o Histórico Médico (3) e o Histórico Profissional (4). O mesmo contribuiu para certificar que os sujeitos estivessem de acordo com critérios de participação da pesquisa.

Quando o cuidador correspondia ao critério de inclusão, aplicou-se os protocolos que foram selecionados de acordo com a necessidade da investigação. Foram aplicados com os cuidadores três protocolos: Estresse Percebido; WHOQOL-Bref e Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC).

3.5 Coleta de dados

Nesta sessão serão descritos os instrumentos selecionados para a coleta de dados.

3.5.1 Estresse Percebido (ANEXO A)

Cohen e colaboradores (1983) propuseram uma escala que mensura o estresse percebido, denominada *Perceived Stress Scale* (PSS – Escala de Estresse Percebido), a princípio apresentava 14 itens, sendo algum tempo depois também validada com dez e quatro questões. Os itens foram desenvolvidos para verificar o quanto os respondentes avaliam suas vidas como imprevisível, incontrolável e sobrecarregada. Estes três fatores têm sido considerados como componentes centrais na experiência de estresse.

A PSS é uma escala geral, que pode ser usada em diversos grupos etários, desde adolescentes até idosos, pois não contém questões específicas do contexto, essa ausência é um fator importante na escala e, provavelmente, a razão pela qual essa escala tenha sido validada em diversas culturas. Para este estudo, será utilizada a versão reduzida da escala, a PSS-10, que no Brasil foi traduzida e validada em adultos e idosos por REIS et al. (2010).

Na PSS-10 dos dez itens, seis são negativos (1, 2, 3, 6, 9 e 10) e os quatro restantes (4, 5, 7 e 8) positivos. Os elementos negativos destinam-se a avaliar a falta de controle e as reações afetivas negativas, enquanto os positivos medem o grau de habilidades para lidar com os estressores existentes. Para

obtenção do escore final, o item positivo tem sua pontuação somada invertida, e as demais questões negativas devem ser somadas diretamente. O escore pode variar de 0 a 40, sendo que quanto mais alto os escores, significa maior estresse percebido pelo indivíduo (ANTONIETTI, 2012).

3.5.2 Versão brasileira do WHOQOL-Bref, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil (Anexo B).

O WHOQOL-Bref é uma versão reduzida do World Health Organization Quality of Life Instrument 100 (WHOQOL-100), composto por 26 questões, com duas gerais de qualidade de vida e 24 representantes de cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original, o WHOQOL-100.

O WHOQOL-Bref é composto por quatro domínios da qualidade de vida, sendo que cada domínio tem por objetivo analisar, respectivamente: a capacidade física, o bem-estar psicológico, as relações sociais e o meio ambiente onde o indivíduo está inserido. Além destes quatro domínios é composto também por um domínio que analisa a qualidade de vida global (FLECK; LOUZADA; XAVIER, 2000). Cada domínio é composto por questões, cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5.

Os escores dos domínios são calculados através da soma dos escores da média do “n” de questões que compõem cada domínio. As perguntas um e dois, e os domínios serão classificadas das seguintes formas: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5). O resultado é multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20; comparáveis aos do WHOQOL-100, que podem ser transformados em escala de 0 a 100. (FLECK; LOUZADA; XAVIER, 2000)

3.5.3 Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (Anexo C)

A avaliação da sobrecarga foi realizada através da escala de sobrecarga do cuidador (ESC), traduzida e adaptada para a população portuguesa a partir da Burden Interview Scale (ZARIT; ZARIT, 1983; MARTÍN, 1996; SCAZUFCA, 2002), procedendo-se à análise e à descrição das características psicométricas

encontradas. Esta escala, na versão original, era constituída por 29 questões, onde se incluíam aspectos relacionados com a saúde física e psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais e a relação com o “receptor de cuidados”.

Após alguns anos este número foi reduzido para 22 questões (ZARIT ;ZARIT, 1983; MARTÍN, 1996; SCAZUFCA, 2002). Este instrumento permite avaliar a sobrecarga do cuidador informal e inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. Os itens são pontuados da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5). Pode-se assim concluir que o nível de sobrecarga dos cuidadores se classifica da seguinte forma: menor ou igual a 21 (ausência de sobrecarga); 21-41 (sobrecarga moderada); 41-60 (sobrecarga moderada a severa); maior ou igual a 61 (sobrecarga severa).

3.6 Análise dos dados

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis deste estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (estresse, sobrecarga e qualidade de vida), com valores de frequência (n), pontuação e percentual (%). Apresentando de forma descritiva os valores de média, desvio padrão.

Foi utilizada uma ferramenta, desenvolvida a partir de uma planilha, direcionada para o cálculo dos escores e estatística descritiva do instrumento WHOQOL-bref – seguindo a sintaxe proposta pelo Grupo WHOQOL. Essa ferramenta realiza os cálculos dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref de forma automatizada, cabendo ao pesquisador tabular os dados coletados na aplicação do WHOQOL-bref. (PEDROSO et al, 2010).

Para comparar as variáveis numéricas entre os grupos analisados utilizou-se o teste correlação linear de Pearson (r) que mede o grau da correlação linear entre duas variáveis quantitativas. É um índice adimensional com valores situados ente -1,0 (Significa uma correlação negativa perfeita entre as duas variáveis - Isto é, se uma aumenta, a outra sempre diminui.) e 1.0 (Significa uma

correlação perfeita positiva entre as duas variáveis.) e 0 (Significa que as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra. No entanto, pode existir uma outra dependência que seja "não linear"). (AYRES, 2012).

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada respeitando todos os princípios éticos, previstos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde.

Foram prestados todos os esclarecimentos aos participantes através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice A), o qual, após explicação dos objetivos do estudo, bem como os seus riscos e benefícios. Foram entregues em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa e outra com os pesquisadores. A pesquisa só iniciou após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos. Também foi comunicado aos participantes que estes podiam interromper a participação na pesquisa em qualquer momento, podendo até se recusar a responder a qualquer questão, a fim de que não sentissem pressionados a participarem da pesquisa

4 Resultados

4.1 Perfil dos cuidadores

Os dados da Tabela 1 evidenciam as características da amostra constituída de 9 cuidadores que frequentam o grupo realizado na Associação Brasileira de Alzheimer Regional Pará (ABRAZ- PA), demonstrando que a maior proporção dos cuidadores foi do gênero feminino (88,8%) e a idade média foi de 54,7 anos, sendo a idade menor 37 anos e o maior de 64 anos. Com relação ao grau de parentesco dos cuidadores informais, a maioria eram filhos 88,8% e 11,2%, sobrinhos. A distribuição da amostra quanto à escolaridade predominou os participantes com ensino superior, com 66,6% e os com ensino médio

representam de 33,3%. O tempo que os participantes cuidaram dos pacientes com a Doença de Alzheimer (DA) apresentou uma média de 6,3 anos.

Tabela 1: Perfil dos cuidadores

Variáveis	n(9)n(%)	Desv.
Cuidador		
Sexo do cuidador		
Feminino	8 (88,8)	NA
Masculino	1 (11,2)	NA
Idade média do cuidador	54,7	±11,07
Parentesco		
Filhos	8(88,8%)	
Sobrinho (a)	1 (11,2%)	NA
		NA
Escolaridade		
Ens. Médio	3 (33,3%)	NA
Ens. Superior	6 (66,7%)	NA
Tempo como cuidador		
Média	6,33	±5,38

Fonte: O autor deste trabalho

*NA: Não se aplica

4.2 Dados dos sujeitos que recebem o cuidado

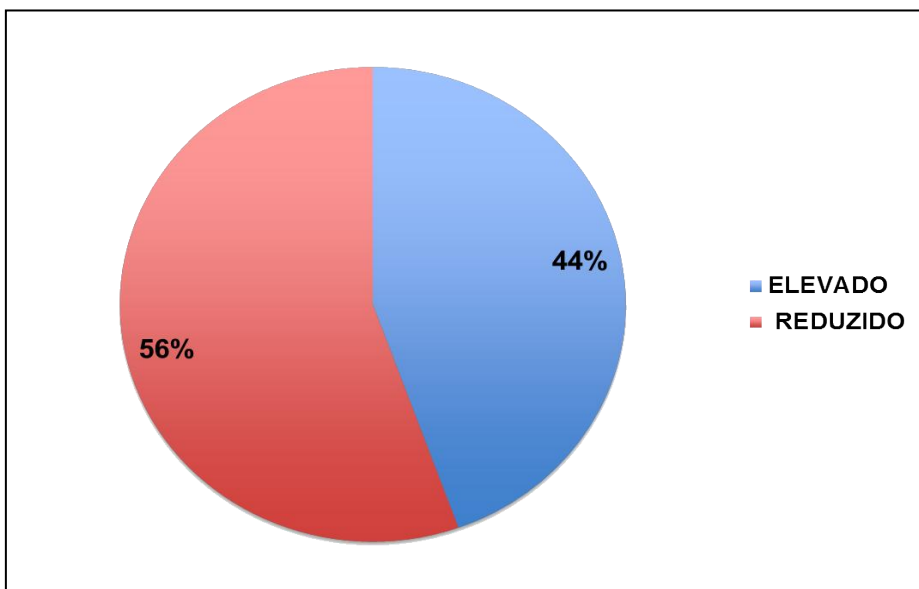
Os dados da pesquisa evidenciam a prevalência do sexo feminino (100%) dos sujeitos com a doença de Alzheimer, com relação a idade, apresentaram média de 83 anos, com desvio padrão $\pm 11,03404$.

4.3 Estresse do cuidador

O nível de estresse dos cuidadores foi avaliado por meio da Escala de Estresse Percebido (PSS), onde observou-se a presença de estresse nos cuidadores, destes, 44,5% apresentaram estresse elevado e 55,5% mostraram

estresse reduzido, evidenciando um nível de estresse entre os cuidadores (Gráfico 1).

Gráfico 1: representação em porcentagem do nível de estresse dos cuidadores.



Fonte: O autor deste trabalho

*Reduzido (0 a 20) *Elevado (21 a 40)

4.4 Sobrecarga dos cuidadores

Quando se avaliou a sobrecarga dos cuidadores, observou-se que 55,5% dos participantes da pesquisa, apresentou nível moderado de sobrecarga, seguido de 33,3% com sobrecarga moderada a severa, como mostra a tabela 2.

Tabela 2: Nível de sobrecarga dos cuidadores

Sobrecarga	Frequência	Percentual (%)
Ausência de sobrecarga	1	11,2
Sobrecarga moderada	5	55,5
Sobrecarga moderada a severa	3	33,3
Sobrecarga severa	0	0
Total	9	100

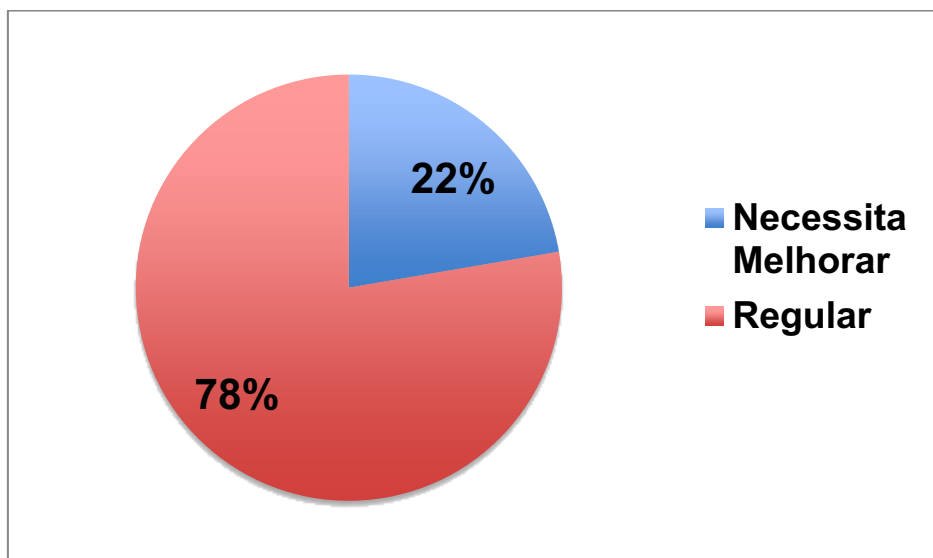
Fonte: O autor deste trabalho

4.5 Qualidade de vida dos cuidadores

Com relação a qualidade de vida foi utilizada uma ferramenta desenvolvida a partir de uma planilha, direcionada para o cálculo dos escores e estatística descritiva do instrumento WHOQOL-bref mencionada anteriormente.

Quando avaliado a qualidade de vida dos cuidadores, observou-se que 78% apresentaram qualidade de vida regular e 22% apresentaram o nível necessitam melhorar como mostrado no gráfico 2.

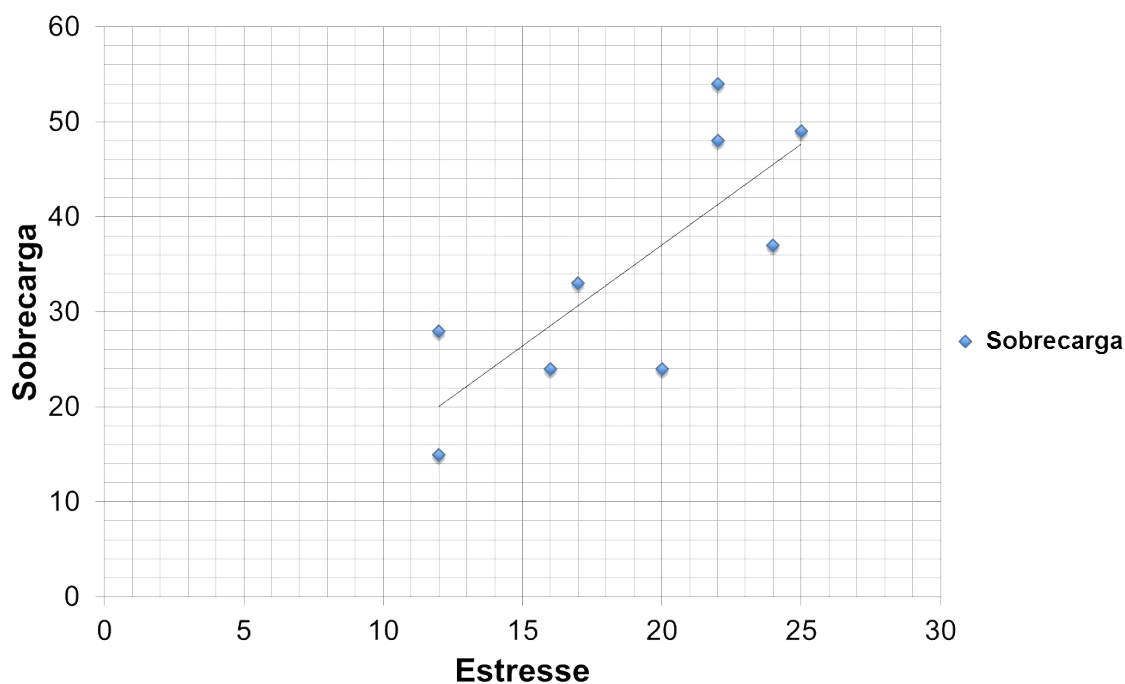
Gráfico 2: representação em porcentagem do número de cuidadores avaliados com comprometimento na qualidade de vida.



Fonte: O autor deste trabalho

4.6 Correlação da sobrecarga e o estresse dos cuidadores

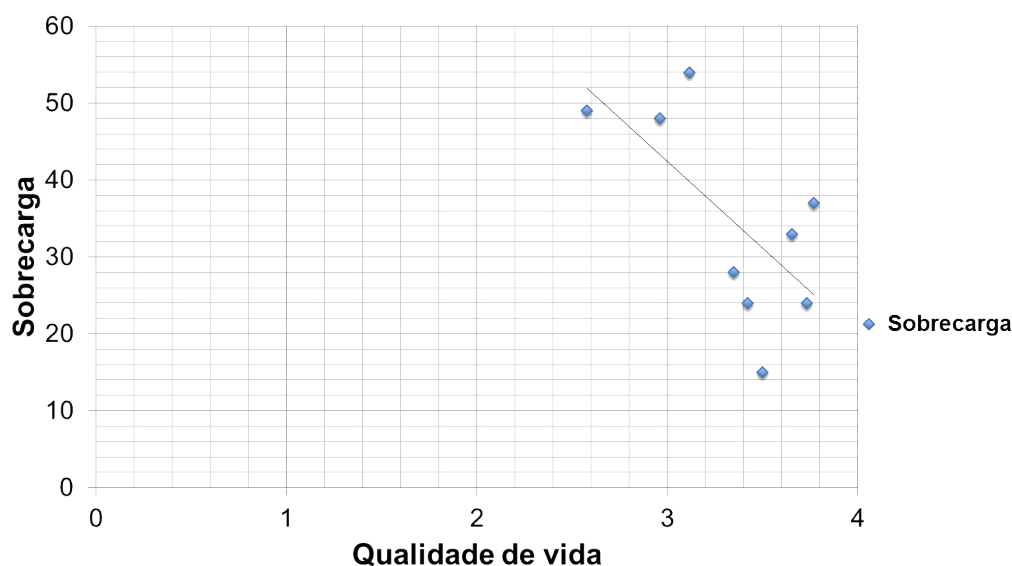
O gráfico 3 apresenta a correlação entre a sobrecarga e os comprometimentos do estresse nos cuidadores avaliados, onde revelou uma correlação positiva moderada ($r=0,776$) entre estes componentes, considerada estatisticamente significativa ($p<0,05$). Nesse contexto, podemos afirmar que, quanto maior o estresse do familiar que presta o cuidado, maiores são as chances de os cuidadores apresentarem sobrecarga.

Gráfico 3: Correlação sobrecarga e estresse dos cuidadores

Fonte: Oautor deste trabalho

4.7 Correlação da qualidade de vida e sobrecarga

Quando realizou-se a correlação entre a sobrecarga e a qualidade de vida dos cuidadores, foi possível observar uma correlação negativa moderada entre estes componentes ($r=-0,667$) considerada estatisticamente significativa ($p<0,05$). Pode-se concluir que há uma forte correlação entre as variáveis apresentadas, pois, quanto maior o nível de sobrecarga dos cuidadores, pior é o seu nível de qualidade de vida.

Gráfico 4: Correlação sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores

Fonte: O autor deste trabalho

5. DISCUSSÃO

A partir do final do século XX, emergiu, no cenário nacional, a figura do cuidador de idosos, decorrente do aumento da incidência e da prevalência das doenças crônico-degenerativas, está por sua vez, gera comprometimentos cognitivos que se agravam gradativamente no idoso, exigindo, assim, cuidados e supervisão de terceiros. Diante disso, a demanda apresentada por este indivíduo (Cuidador) evidencia a importância de caracterizá-lo e de compreender suas necessidades.

Os cuidadores entrevistados neste trabalho eram informais, que se identificaram, em sua maioria, como cuidadores principais, ou seja, responsáveis pelo idoso e pela maior parte das tarefas e demandas apresentadas pelo sujeito. Observou-se que grande parte dos cuidadores assumiam este papel, mesmo não tendo recebido qualquer treinamento ou instruções para lidar com essa nova realidade. Neste sentido, os cuidadores tentaram encontrar outras formas de enfrentamento e passaram por readequação de suas atividades ocupacionais.

Ao realizar uma investigação relacionada às características deste cuidador observamos que nos estudos realizados por Matos e Descargo (2012) a maioria dos cuidadores eram do sexo feminino (88,7%), sendo em sua maioria

classificadas como filhas ou esposas, logo este trabalho corrobora com os resultados apresentados pelo presente estudo, onde observa-se uma prevalência de cuidadores do gênero feminino e principalmente a presença de filhas ou esposas.

Os mesmos resultados foram encontrados em trabalhos realizados em âmbito internacional (STACKFLETH ET AL 2012; PIMENTA et al, 2009), mostrando o predomínio de cuidadores mulheres. Esses resultados reforçam o papel social que a mulher assume, e vem assumindo historicamente, determinada com a função de provedora de cuidados. (STACKFLETH R, 2012)

Tal resultado é decorrente da carga cultural e social, que considera uma característica da mulher a função de adaptar-se às exigências dos familiares, e prover assistência e a organização da vida familiar, que abrange os cuidados dos filhos, atividades domésticas e familiares, além dos cuidados necessários para consigo mesma. Portanto, a mulher é vista como a mais preparada para desempenhar o referido papel, enquanto o homem deve ser o provedor financeiro da família (LENARDT et al., 2010; BORGHI et al., 2013).

Existe uma diversidade de argumentos que justificam a prevalência das mulheres no papel de cuidadora, Cachioni et al (2011), argumenta que essa presença acentuada se dá devido a maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens, além de serem mais jovens que seus maridos. Já Cesário et al (2017) relaciona essa prevalência a disponibilidade da mulher em participar de grupos de apoio, em que possa compartilhar suas dificuldades e seus aprendizados.

Apesar de no presente estudo os cuidadores do sexo masculino representaram apenas 11,2% da amostra, indicando ser minoria como cuidador principal, existem estudos que contribuem com diferentes resultados, afirmando a crescente participação do sexo masculino no cuidado (GUEDEA, 2009; STACKFLETH R, 2012), tendo como exemplo, o estudo realizado em Portugal por Guedea et al. (2009) que destaca o aumento do cuidador masculino, onde 27,1% de sua amostra eram do sexo masculino.

Estudos prévios realizados por Oliveira (2011); Pimenta et al, (2009) e Anjos et al (2014), destacam a elevada idade entre os cuidadores principais. Nossos resultados mostram média de 54,7 anos, mostrando que este resultado pode estar associado ao fato de que muitas vezes este cuidador é um cônjuge

ou mesmo um filho. Além disso, a idade avançada dos cuidadores é motivo de preocupação, pois pode influenciar diretamente no risco de sobrecarga para o cuidador. (PIMENTA et al, 2009; ANJOS et al., 2014).

Com relação a escolaridade dos cuidadores avaliados no presente estudo, evidenciou-se uma predominância do nível de escolaridade de ensino superior (66,6%) seguido de nível médio (33,4 %) que difere dos resultados apresentados por alguns estudos que encontraram baixo nível de escolaridade entre os cuidadores pesquisados (OLIVEIRA, 2011; PIMENT et al, 2009; ANJOS et al, 2014).

Quando analisado o tempo de cuidado oferecido ao familiar, nota-se um elevado percentual de cuidadores que exercem essa função há mais de 3 anos (66,6%), tal resultado é ratificado por outros autores como Cesário et al (2017) que apresentam percentual de 55,8% de cuidadores que exercem essa função há mais de 3 anos e Anjos et al (2014), traz como resultados que 89,6% dos cuidadores avaliados se dedicam a esta atividade há mais de 1 ano.

Seima, Lenardt e Caldas (2014), contribuem afirmando que exercer esse cuidado há um tempo prolongado poderia ser um fator determinante no aumento da sua sobrecarga. Em seu trabalho, constataram que 61% dos entrevistados exerciam o cuidado ao longo tempo e apresentaram sobrecarga.

Ao assumir a função de cuidador, este indivíduo estará aumentando suas responsabilidades e, conseqüentemente, a sobrecarga física. Assim, o idoso cuidador, sem suporte ou informação, é submetido a esforços físicos e emocionais que podem transformá-lo em um doente, ou até mesmo agravar patologias já estabelecidas, pois, muitas vezes, este cuidador apresenta doenças crônicas que torna difícil a realização de algumas tarefas seculares e principalmente, as relacionadas ao cuidado do idoso dependente. (BRAZ; CIOSEK, 2009).

Vale ressaltar que há uma predominância na investigação dos efeitos negativos nessa função de cuidar, com destaque aos que estão relacionados as doenças físicas e emocionais. Entretanto, nem todos os cuidadores desenvolvem doenças ou se tornam insatisfeitos com a tarefa de cuidar, pois cada sujeito utiliza diferentes estratégias para lidar com as situações consideradas desgastantes (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2011).

Na presente pesquisa, evidenciou-se uma predominância de sobrecarga moderada (55,5%) ratificando a sobrecarga do cuidador informal como uma alteração resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade do indivíduo, alvo da atenção e dos cuidados. Esta sobrecarga além de resultante da dependência funcional, pode estar associada também a falta de percepção do cuidador quanto à assistência necessária que o sujeito precisa para desempenhar suas atividades, ou seja, muitas vezes o sujeito que recebe o cuidado possui condições físicas e cognitivas para realizar uma determinada atividade, porém, o medo e o sentimento de estar negligenciando o cuidado, fazem com que o cuidador não permita que a tarefa seja executada pelo mesmo, e acaba por privar o sujeito de obter melhorias funcional e possível independência. (PEREIRA, 2013).

8 dos 9 cuidadores que apresentaram sobrecarga, obtiveram a presença de estresse, ou seja, a doença prolongada de um familiar representa uma situação geradora de estresse, e torna-se uma ameaça ao equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social do indivíduo que assume o papel de cuidador.

Assumir essa responsabilidade não é nada simples e se torna necessário passar por um processo de aceitação. Quando se trata de uma doença na família e alguém precisa assumir essa responsabilidade este sujeito assume o papel de cuidador. O familiar frente a esse novo papel depara-se com uma situação frequente de estresse, em que o “cuidado” surge como agente estressor, tornando-se algo que perturba ou ameaça a atividade cotidiana do cuidador, que o induz a procurar um ajustamento em suas condições emocionais afim de lidar com a nova situação (ROCHA; PACHECO, 2013; BRASIL; ANDRADE, 2013).

O sucesso em lidar com essas novas situações de estresse é algo relativo, particular de cada indivíduo, e dependerá de como o cuidador irá lidar com a situação de uma forma saudável, ajustando-se às adversidades e garantindo uma melhor adaptação às circunstâncias impostas pelas demandas do sujeito cuidado. (ROCHA; PACHECO, 2013).

Estudos revelam que as pessoas que possuem maior predisposição a apresentar quadros de estresses são aquelas encarregadas “de cuidar”, ou seja, possuem relações diretas com quem é cuidado (RICO-BLÁZQUEZ et al 2014; PEREIRA, 2013), dado que corrobora com os encontrados em nosso estudo, no

qual 44,5% apresentaram estresse elevado e 55,5% estresse reduzido, com média de 18,8 pontos.

O presente estudo vem de encontro com o de Souza (2015), onde obtiveram a presença de estresse em 81,8% dos cuidadores avaliados. Ambos resultados podem ser decorrentes do tempo que o indivíduo oferece o cuidado, além, das diversas situações impostas, a repetição das tarefas realizadas constituindo-se em eventos estressores significativos (ALMEIDA; LEITE; HILDEBRANDT, 2009).

A gama de comprometimentos que afetam esses cuidadores evidencia a necessidade de um olhar diferenciado, uma maior aproximação as necessidades apresentadas por esse cuidador, uma vez que a qualidade de vida desses familiares/cuidadores gera reflexos diretos sobre a qualidade de vida dos idosos demenciados, demonstrando que a família deve ser considerada, além de cuidadora, unidade a ser cuidada (OLIVEIRA, 2011; PIMENT et al, 2009; ANJOS et al, 2014).

Essa piora na qualidade de vida entre os cuidadores familiares pode estar relacionada à devastadora experiência a que é submetido. A tarefa de cuidar de um familiar com prognóstico antes desconhecido por este cuidador/familiar, acarreta preocupações sobre a evolução e o prognóstico da doença, além, do acúmulo de atividades e do estresse diário gerados por essa atividade (PAULA; ROQUE; ARAÚJO, 2008).

A correlação entre sobrecarga e à qualidade de vida do cuidador neste estudo foi significativa, sendo possível observar uma correlação negativa moderada entre estes componentes ($r=-0,667$) considerada estatisticamente significativa ($p<0,05$). Logo entende-se que o desgaste ocasionado pela atividade de cuidar predispõe um quadro de sobrecarga ocasionando limitações na vida desses indivíduos, ou seja, o cotidiano do cuidador apresenta-se preenchido com diversas limitações e dificuldades do sujeito cuidado, ao ponto que suas necessidades acabarem por se anular. Isso faz com que ele passe a se privar de necessidades como: vida social, lazer, autocuidado, ao ponto de até mesmo a sua existência tornar-se apenas uma extensão da vida do idoso com demência.

O impacto das situações desgastantes sobre a vida dos cuidadores poderiam ser minimizadas a partir do momento em que esse cuidador principal

passa a delegar funções entre os familiares desse idoso com Alzheimer, tal atitude evitará o acúmulo de responsabilidades e tarefas desenvolvidas apenas por este cuidador, associado a essa iniciativa, faz-se necessário que o cuidador procure um adequado suporte profissional que lhe informará sobre as características da patologia, e seus reflexos sobre o indivíduo acometido pelo Alzheimer (LENARDT et al., 2010).

Além disso, Poltroniere et al. (2011) reafirmam a importância de que haja especial atenção aos cuidadores familiares, em particular, pelos profissionais de saúde, para que seja possível conhecer suas fragilidades e potencializar a atuação dos mesmos, haja vista serem eles os que continuamente exercem a assistência, evitando o desenvolvimento de complicações e promovendo o bem-estar da pessoa com Alzheimer.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo apontou que a qualidade de vida dos cuidadores informais está diretamente relacionada com a sobrecarga e o estresse, de tal maneira que ambas condições podem influenciar diretamente no cuidado prestado. Isso ocorre porque, atualmente, os cuidadores sentem-se desassistidos devido à ausência ou ao reduzido apoio governamental, o que faz com que se sintam inaptos ou esgotados no desempenhar de suas funções e/ou tarefas. Os familiares brasileiros, com decorrer dos anos, se tornaram potenciais pacientes do sistema de saúde. (LENARDT *et al.*, 2011; GARCES *et al.*, 2012; MARINS; HANSEL; SILVA, 2016).

No decorrer deste estudo, deparou-se com pessoas que necessitaram reestruturar toda uma forma de vida para prestar o cuidado, privando-se de tempo de lazer, de sua vida social, de exercer uma atividade remunerada, sacrificando sua rotina pessoal, sua saúde física, apresentando-se com estado emocional abalado. Porém, quando este mesmo cuidador aceitou participar da avaliação e responder aos questionários desta pesquisa notou-se contradições em suas afirmativas, pois, suas respostas não condiziam com a realidade apresentada nos grupos realizados na ABRAZ-PA, tal postura pode estar

relacionada ao medo de parecer egoísta, ou mesmo de estar negligenciando o cuidado necessário para com o familiar adoecido.

Fica, portanto, explícito a necessidade de ações de saúde e apoio social a estes cuidadores, pois a saúde desses indivíduos encontra-se afetada, de maneira que o estresse ocasionado pelo cuidado pode influenciar no reconhecimento de seu real estado de saúde, bem como interferir na assistência prestada a saúde do idoso com Alzheimer

Diante disso, torna-se necessário que os profissionais da saúde voltem sua atenção a este público para conhecer e entender essa realidade, perceber as barreiras físicas, sociais e emocionais envolvidas no ato de cuidar e então proporcionar maior qualidade de vida e menor sobrecarga nos cuidadores como também para quem é cuidado. Assim, realizar um maior planejamento para implementação de políticas e programas públicos de suporte social aos cuidadores e às suas famílias torna-se de grande necessidade.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA KS, LEITE MT, HILDEBRANDT LM. **Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão da literatura.** Rev. Eletrônica Enferm. 2009;11(2):403-12.

ALMEIDA, M. A. B. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa** / Marcos Antonio Bettine de Almeida, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques: prefácio do professor Luiz Gonzaga Godoi Trigo. – São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142p.

ARGIMON JM, LIMON E, VILA J, CABEZAS. **Health related quality of life of caregivers as a predictor of nursinghome placement of patients with dementia.** Alzheimer's Dis Assoc Disord. 2005;19:41-4.

ARAUJO JS, SILVA SED, SANTANA ME, CONCEIÇÃO VM, VASCONCELOS EV. O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral. **Rev. Enferm em Foco 2011;2(4):235-38.**

ARAUJO JS, SILVA SED, SANTANA ME, VASCONCELOS EV, CONCEIÇÃO VM. Yes, i know what is the spill. The social representation of caregivers about the stroke. **Rev. Pesquisa: Cuidado é Fundamental** 2012;4(1):2849-59.

ARAÚJO JS, SILVA SED, SANTANA ME, VASCONCELOS EV, CONCEIÇÃO VM. **A obrigação de (des) cuidar: representações sociais sobre o cuidado à sequelados de acidente vascular cerebral por seus cuidadores.** REME – Rev Min Enferm 2012;16(1):98-105.

ABREU CB, RIBEIRO MI, PIRES NR. **Cuidando de quem já cuidou: o livro do cuidador.** São Paulo: Atheneu; 2009.

ANTONIETTI, C. C. **Percepção de estresse e estilo de vida dos pacientes no período pré-procedimento colonoscópico.** 2012. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo,SP, 2012.

ANDRIEU S, RIVE B, GUILHAUME C, KURZ X, SCUVÉE-MOREAU J, GRAND A, et al. **New assessment of dependency in demented patients: Impact on the quality of life in informal caregivers.** Psychiatry Clin Neurosci. 2007 Jun;61(3):234-42.

AYRES, M. **Elementos de bioestatística . 2º. ed.** Belém-Pará, 2012. 334 p.

Alzheimer's Association [homepage na internet] Chicago, Michigan; 2013. [acesso em 2017]. Disponível em: http://www.alz.org/brain_portuguese/09.asp
Alzheimer's Association, 2010 Alzheimer's Disease Facts and Figures, Alzheimer's & Dementia, Volume 6.

BENADIBA, M. et al. Novos alvos moleculares para tomografia por emissão de pósitrons (PET) e tomografia computadorizada por emissão de fóton único (SPECT) em doenças neurodegenerativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo**, v. 34, suppl.2, p.125-148, out. 2012.

BRAZ E, CIOSAK SI. O tornar-se cuidadora na senescência. Esc Anna Nery. **Rev Enferm**, 2009;13(2):1-10.

BAKER L, WAGNER TH, SINGER S, BUNDORF MK. Use of the Internet and E-mail for health care information: results from a national survey. JAMA. 2003;289(18):2400-6.

BURLÁ C, CAMARANO AA, KANSO S, FERNANDES D, NUNES R. **Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico.** *Ciência Saúde Coletiva*.2013;18(10):2949-56.

ABRAZ, **Associação brasileira de Alzheimer.** Disponível em:< <http://abraz.org.br/> >. Acesso em 20 de julho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 205 p. Disponível em: . Acesso em: 2017

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº. 397, de 10 de dezembro de 1999. **Institui a Classificação Brasileira de Ocupações.** Brasília; 2002. Disponível em: <http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>

BARSTOW J. **Stress variance in hospice nursing.** *Nurs Outlook* 1980; 28(12): 751-4.
BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.* 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

CERQUEIRA ATAR, OLIVEIRA NIL. **Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos.** *Psicol USP* 2002; 13:133-50.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Sínteses de Indicadores.** Rio de Janeiro: IBGE; 2010

FALCÃO DVS, MALUSCHKE JSNFB. **Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais.** *Psicol Estud.* 2009;14(4):777-86.

FLECK MPA, LOUZADA S, XAVIER M, CHACHAMOVICH E, VIEIRA G, SANTOS L, ET AL. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". **Rev Saude Publica.** 2000;34(2):178-83.

FLORIANI CA, SCHRAMM FR. **Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerável.** *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22:527-34.

FERREIRA, L. K.; BUSATTO, G. F. Neuroimaging in Alzheimer's disease: current role in clinical practice and potential future applications. **Revista do Hospital das Clínicas, São Paulo,** v. 66, p. 19-24, mar. 2011.

FONSECA, S.R.; SANTOS, A.P.B.; ALMEIDA, M.A.; GUIMARAES, H.C.; CORREA, T.A.F.; BEADO, R.G.; CARAMELLI, P. Perfil neuropsiquiátrico na doença de Alzheimer e na demência mista. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro,** v.57, n.2, p. 117-121, jul. 2008.

GUEDEA MTD, DAMACENA FA, CARBAJAL MMM, MARCOBICH PO, HERNÁNDEZ GA, LIZÁRRAGA LV, et al. **Social support needs of mexican elders Family caregivers.** *Psicol Soc.* 2009 Mai-Ago. 21(2):242-49.

GONÇALVES LHT, COSTA MAM, MARTINS MM, NASSAR SM, ZUNINO R. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. **Rev Latino-Am Enferm.** 2011 May-Jun; 19(3):458-66.

GALLUCCI NETO, José; TAMELINI, Melissa Garcia and FORLENZA, Orestes Vicente. Diagnóstico diferencial das demências. **Rev. psiquiatr. clín.** [online]. 2005, vol.32, n.3, pp.119-130. ISSN 0101-6083.

GARRIDO, R. ; MENEZES, P.R. (2004). Impacto em cuidadores de idosos com demência atendida em um serviço psicogeriátrico. **Revista de Saúde Pública**, 38(6). São Paulo (SP).

GAIOLI CCLO, FUREGATO ARF, SANTOS JLF. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto Contexto – Enferm* 2012;21(1):150-57.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População brasileira envelhece em ritmo acelerado**. 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php. acesso em: 27, de março , 2017.

MORAIS HCC, SOARES AMG, OLIVEIRA ARS, CARVALHO CML, SILVA MJ, ARAUJO TL. Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012 Sep-Oct;20(5):944-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500017>. PMID:23174840.

NASCIMENTO LC, et al. Cuidador de idosos: conhecimentos disponível na base de dados LILACS. **Revista Bras de Enferm**, Brasília, 2008;61(4):514-517.

NARDI, EFR, SAWADA NO, SANTOS JLF. The association between the functional incapacity of the older adult and the family caregiver's burden. **Rev Latinoam Enferm** 2013; 21:1096-103.

OLIVEIRA, A. R. S. et al. Escalas para avaliação de sobrecarga de cuidadores de pacientes com acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 839-843, 2012.

Oliveira DC, Carvalho GSF, Stella F, Higa CMH, D'Elboux MJ. **Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial**. *Texto Contexto Enferm*. 2011 Abr-Jun; 20(2):234-40.

OLIVEIRA LMAC. **O acolhimento de familiares de pacientes internados em UTI: a tecnologia de grupo como estratégia para o cuidado de enfermagem [tese doutorado]**. Goiania: Universidade Federal de Goiás; 2006..

PAULA VJR. **Inibição da fosfolipase A2 e fosforilação da proteína Tau em culturas primárias de neurônios hipocâmpais [dissertação]**. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.

PAULA JA, ROQUE FP, ARAÚJO FS. **Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer**. *J Bras Psiquiatr*. 2008;57(4):283-7.

PEDROSO, B. PILLATTY, L. GUTIERREZ, G. PICININ, C. **Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel- Revista brasileira de qualidade de vida, 2010**. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687/505/>. Acesso em 20 de jul. 2017.

PIMENTA GMF, COSTA MASMCM, GONÇALVES LHT, ALVAREZ AM. Profile of the caregiver of dependent elderly family members in a home environment in the city of Porto, Portugal. **Rev Esc Enferm USP**. 2009 Set; 43(3):606-11.

PEREIRA RA, SANTOS EB, FHON JRS, MARQUES S, RODRIGUES RAP. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev Esc Enferm USP**. 2013 Feb;47(1):185-92. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100023>. PMID:23515819

RAMOS RT. **Avaliação e diagnóstico do paciente ansioso**. In: Florenza OV, Caramelli P. Neuropsiquiatria geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 423-

RAUK, A. **The chemistry of Alzheimer's disease**. **Chemical Society Reviews** (2009), 38(9), 2698-2715.

RICO-BLÁZQUEZ M, ESCORTELL-MAYOR E, DEL-CURA-GONZÁLEZ I, SANZ-CUESTA T, GALLEGO-BERCIANO P, CASAS-CÁMARA G, et al. **CuidaCare: effectiveness of a nursing intervention on the quality of life's caregiver**: cluster-randomized clinical trial. **BMC Nurs**. 2014; 13(1):2. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-13-2>. PMID:24467767.

SANTOS SMA. **O cuidador familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira [tese]**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003. 19.

SILVA, L; GALERA ,S. MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para família de idosos dependentes. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 20, n.4, p.397-403, 2007.

SONG JI, SHIN DW, CHOI JY, KANG J, BAEK YJ, MO HN, SEO MJ, HWANG YH, LIM YK, LEE OK. **Quality of life and mental health in the bereaved family members of patients with terminal cancer**. **Psychooncology** 2012; 21(11):1158-1166

SEQUEIRA, C. A. C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. 2, n. 12, p. 9-16, 2010.

STENER-VICTORIN E, HOLM G, JANSON PO, GUSTAFSON D, WAERN M. (2013). **Acupuncture and physical exercise for affective symptoms and health-related quality of life in polycystic ovary syndrome: secondary analysis from a randomized controlled trial**. **Complementary & Alternative Medicine**, 2013(13),1-8. <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/13/131>

SCHEEWE S, VOGT L, MINAKAWA S, EICHMANN D, WELLE S, STACHOW R, BANZER W.(2011). **Acupuncture in children and adolescents with bronchial asthma: A randomised controlled study**. **Complementary Therapies**, 2011(19),239-246.. doi:10.1016/j.ctim.2011.07.002

STACKFLETH R, DINIZ MA, FHON JRS, VENDRUSCOLO TRP, FABRÍCIO-WHEBE SCC, MARQUES S, et al. **Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio**. **Acta Paul Enferm**. 2012 Out-Nov; 25(5):768-74.

SEIMA MD, LENARDT MH. **A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer**. **Textos Contextos** (Porto Alegre) 2011; 10:388-98

TRIGUEIRO LCL, LUCENA NMG, ARAGÃO POR, LEMOS MTM. Perfil sociodemográfico e índice de qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência física. **Rev Fisioter Pesq**. 2011;18(3):223-7.

VELARDE JE, AVILA FC. Methods for quality of life assessment. **Rev Salud Publica.** 2002;44(4):349-61.

VALE, F.A.C. et al. **Treatment of Alzheimer's disease in Brazil.** *Dementia Neuropsychologia*, v. 5, n. 3, p. 178-188, jun, 2011.

YALOM ID, LESZCZ M. **Psicoterapia de grupo: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed; 2006.

YU H, SCHRÖDER S, LIU Y, LI Z, YANG Y, CHEN Y, HUANG X. (2013). **Hemiparesis after Operation of Astrocytoma Grade II in Adults: Effects of Acupuncture on Sensory-Motor**

ANEXO (A)

Escala do Stresse Percepcionado

Nome _____ Data _____

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequente
	0	1	2	3	4
1. No último mês, com que frequência esteve preocupado(a) por causa de alguma coisa que aconteceu inesperadamente?					
2. No último mês, com que frequência se sentiu incapaz de controlar as coisas importantes da sua vida?					
3. No último mês, com que frequência se sentiu nervoso(a) e em stresse?					
4. No último mês, com que frequência sentiu confiança na sua capacidade para enfrentar os seus problemas pessoais?					
5. No último mês, com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr à sua maneira?					
6. No último mês, com que frequência sentiu que não aguentava com as coisas todas que tinha para fazer?					
7. No último mês, com que frequência foi capaz de controlar as suas irritações?					
8. No último mês, com que frequência sentiu ter tudo sob controlo?					
9. No último mês, com que frequência se sentiu furioso(a) por coisas que ultrapassaram o seu controlo?					
10. No último mês, com que frequência sentiu que as dificuldades se estavam a acumular tanto que não as conseguia ultrapassar?					
	0	1	2	3	4

ANEXO (B)

Versão brasileira do WHOQOL-Bref, traduzida e validada pelo grupo de estudos em qualidade de vida da OMS no Brasil

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você	1	2	3	4	5

	de fazer o que você precisa?					
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho,	1	2	3	4	5

	poluição, atrativos)?					
--	--------------------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem	1	2	3	4	5

	oportunidades de atividade de lazer?					
--	--------------------------------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua Capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que	1	2	3	4	5

	você recebe de seus amigos?					
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
--	--	-------	---------------	----------------	----------------------	--------

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

ANEXO (C)

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES (ZARIT)

(Zarit&Zarit, 1987; tradução para o português: Márcia Scazufca)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que freqüência o Sr/Sra se sente daquela maneira. Não existem respostas certas ou erradas.

nunca=0, raramente=1, algumas vezes= 2, freqüentemente= 3, ou sempre= 4

1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S*, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?
3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?
4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S*?
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S* está por perto?
6. O Sr/Sra sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S*?
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S está por perto?
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causado seu envolvimento com S?
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de S?
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?
19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**

ANEXO (D)

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOENÇA DE ALZHEIMER: SOBRECARGA, ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES INFORMAIS.

Pesquisador: Katia Maki Omura

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 76133517.8.0000.0018

Instituição Proponente: Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.305.154

Apresentação do Projeto:

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Terapia Ocupacional. A pesquisa consistirá no levantamento de informações que serão obtidos através dos dados fornecidos pelos cuidadores/participantes após o preenchimento de um questionário. A primeira parte do questionário destina-se a identificação do cuidador, composto pelo, nome, telefone de contato, data de nascimento, escolaridade, idade e sexo. Posteriormente a parte relacionada com o Vínculo com o idoso, o Histórico Médico e o Histórico Profissional. Serão aplicados com os cuidadores três protocolos: Estresse Percebido; WHOQOL-Bref e Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC).

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a relação entre o estresse, sobrecarga e qualidade de vida do cuidador informal de pessoas com a doença de Alzheimer.

Verificar a presença e o nível de estresse dos cuidadores informais

Avaliar o nível de qualidade de vida dos cuidadores informais.

Relacionar o nível de estresse e de sobrecarga com qualidade de vida dos cuidadores de idosos com Alzheimer.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos: sigilo absoluto das informações, identificando os sujeitos através de

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 68.075-110

UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**



Continuação do Parecer: 2.305.154

pseudônimos, divulgando apenas os dados pertinentes à pesquisa, de modo a preservar em todos os momentos a identidade e privacidade dos sujeitos.

Benefícios: contribuição para a auto percepção de seu estado de saúde, afim de que o sujeito pesquisado possa realizar possíveis mudanças de comportamento, se necessário buscar ajuda de profissionais que lhes darão apoio psicossocial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa será de suma importância para os acadêmicos e comunidade científica, pois, a partir dos resultados, os profissionais da saúde poderão conhecer e entender essa realidade, e auxiliar na implementação de uma atuação mais efetiva que darão maior suporte aos cuidadores informais

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Typo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_970603.pdf	21/08/2017 15:27:10		Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_BIANCA.jpeg	21/08/2017 15:25:52	Katia Maki Omura	Aceito
Outros	TERMO_DE_ACEITE_DO_ORIENTADOR_BIANCA.jpeg	21/08/2017 15:24:14	Katia Maki Omura	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_ISENCAO_DE_ONIUS_BIANCA.jpeg	21/08/2017 15:15:10	Katia Maki Omura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_compromisso_do_pesquisador_Bianca_corrigido.pdf	21/08/2017 15:09:31	Katia Maki Omura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_BIANCA.pdf	21/08/2017 15:01:35	Katia Maki Omura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PRE_PROJETO_BIANCA_VERSAO_FINAL.pdf	11/08/2017 14:27:38	Katia Maki Omura	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 68.075-110

UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7735

Fax: (91)3201-8028

E-mail: cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO**



Continuação do Parecer: 2.305.164

Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_ABRAZ.pdf	11/08/2017 14:23:29	Katia Maki Omura	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_BIANCA.pdf	11/08/2017 14:10:02	Katia Maki Omura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 29 de Setembro de 2017

**Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)**

Endereço: Rua Augusto Correa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110

UF: PA Município: BELEM

Telefone: (91)3201-7736 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

APÊNDICE (A)**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
PRÉ PROJETO: “DOENÇA DE ALZHEIMER: SOBRECARGA, ESTRESSE E
QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES INFORMAIS”****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**

O Sr. (Sra.) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “**Doença de Alzheimer: sobrecarga, estresse e qualidade de vida de cuidadores informais**” do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará (UFPA), que tem como finalidade Investigar a relação entre o estresse, sobrecarga e qualidade de vida do cuidador de pessoas com a doença de Alzheimer.

A pesquisa será realizada pela discente Bianca Fernandes Silva, sob a supervisão e orientação da professora Dra. Kátia Maki Omura. Para a obtenção de dados serão utilizados os seguintes instrumentos: O WHOQOL-Bref, Escala de Estresse Percebido (PSS) e Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores (ZARIT).

O Sr. (Sra.) tem a liberdade de se recusar a participar desta pesquisa, sem qualquer prejuízo. A participação neste estudo não traz complicações legais. As informações dos participantes da pesquisa serão divulgadas apenas para fins de pesquisa, não havendo divulgação de nomes ou qualquer outra informação que possa prejudicar o participante do estudo. Todas as informações coletadas são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimentos dos dados.

O Sr. (Sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar da pesquisa, bem como nada será pago pela sua participação. Após este esclarecimento, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha por favor, os itens que se seguem.

Tendo em vista os termos acima apresentado, eu, _____, manifesto, de forma livre e esclarecida, meu consentimento em participar da pesquisa mencionada a cima. Declaro que recebi cópia deste documento e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação de dados obtidos nesse estudo.

Nome do participante

Assinatura da pesquisadora
Bianca Fernandes Silva

Assinatura da orientadora
Kátia Maki Omura
CREFITO 12 N. 10.116-TO

APÊNDICE (B) QUESTIONÁRIO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome do cuidador: _____

Telefones de contato: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: _____

Data de hoje: __/__/__

2. VINCULO COM O IDOSO

- ❖ Relação com o paciente: formal () informal ()
- ❖ Qual o vinculo familiar com o paciente? _____
- ❖ Há quantos anos *você é o cuidador principal?* _____
- ❖ Quantos anos o paciente tem? _____

3. HISTÓRICO MÉDICO

- ❖ Você é diabético? () SIM () NÃO
- ❖ Você é hipertenso? () Sim () Não
- ❖ Você tem doenças cardíacas? () SIM () NÃO
- ❖ Você toma medicamentos? () SIM () NÃO
- ❖ Você fez consulta ou está sob tratamento médico? ()SIM () NÃO
- ❖ Você tem problemas físicos? () SIM () NÃO

4. HISTÓRICO PROFISSIONAL

- ❖ O cuidador tem alguma formação na área? () SIM () NÃO
- ❖ O cuidador trabalha atualmente (familiar) ? () SIM () NÃO
- ❖ O cuidador já se aposentou (familiar)? () SIM () NÃO