

AVALIAÇÃO DO ESTRESSE E DA SOBRECARGA DO CUIDADOR DO IDOSO EM DIFERENTES ESTÁGIOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

Jéssica Kot¹

Franciele Aparecida Amaral²

ASSESSMENT OF STRESS AND OVERBURDEN IN ELDERLY CAREGIVERS AT DIFFERENT STAGES OF ALZHEIMER'S DISEASE

RESUMO

Objetivo: Avaliar o nível de estresse e sobrecarga do cuidador do idoso em diferentes estágios da Doença de Alzheimer (DA). **Método:** Trata-se de um estudo de carácter exploratório descritivo com abordagem quantitativa com os idosos atendidos e cadastrados juntos à Associação de Estudos, Pesquisas e Auxílio às Pessoas com Alzheimer (AEPAPA). A escolha pelo local da pesquisa se fez devido a sua referência no atendimento de idosos com DA. **Resultados:** A amostra foi constituída de 26 participantes, sendo a maioria mulheres, 22 cuidadoras com idade média de $55,69 \pm 13,51$ anos. Os dados com maior prevalência são filhos como cuidadores (53%), que residem no mesmo domicílio (65,4%), casados são (76,9%). Os doentes com Alzheimer têm uma média de idade de $79,38 \pm 7,173$ e são em sua maioria mulheres (61,5%), a maior porcentagem são de viúvos (46,2%) e a maior classificação da doença é em CDR 3 com 42,3% dos casos. **Conclusão:** Com a progressão da doença de Alzheimer o paciente apresenta diversas dificuldades, o que compromete a autonomia e aumenta a dependência para a realização das atividades de vida diária, necessitando de maiores cuidados. Os cuidadores são importantes no processo de transição dos idosos referente a sua nova realidade, porque se torna um elo de adaptação ao ambiente externo.

Palavras-chave: Fisioterapia; Doença de Alzheimer; Cuidador; Estresse; Sobrecarga.

¹Discente do curso de Fisioterapia da UniGuairacá. jessicakotfisio@gmail.com

²Professora Mestra do curso de Fisioterapia da UniGuairacá. franciamaralft@yahoo.com.br

ABSTRACT

Objective: To assess the level of stress and burden in caregivers of the elderly at different stages of Alzheimer's Disease (AD). **Method:** This is an exploratory descriptive study with a quantitative approach involving the elderly who are attended to and registered with the Alzheimer's Studies, Research, and Assistance Association (AEPAPA). The choice of the research location was due to its reputation in providing care to elderly individuals with AD. **Results:** The sample consisted of 26 participants, with the majority being women, 22 caregivers with an average age of 55.69 ± 13.51 years. The data with the highest prevalence include children as caregivers (53%), residing in the same household (65.4%), and being married (76.9%). Alzheimer's patients have an average age of 79.38 ± 7.173 and are mostly women (61.5%), with the highest percentage being widows (46.2%), and the highest disease classification is in CDR 3 with 42.3% of cases. **Conclusion:** With the progression of Alzheimer's disease, patients face various difficulties, which compromise their autonomy and increase their dependence on the performance of activities of daily living, requiring greater care. Caregivers play a crucial role in the elderly's transition to their new reality as they become a link for adapting to the external environment.

Keywords: Physical Therapy; Alzheimer's Disease; Caregiver; Stress; Burden.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização das Nações Unidas, na I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Viena (ONU, 1982) o ingresso na velhice se dá por um critério social, que determina que pessoas consideradas idosas são aquelas que possuem 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e 65 anos ou mais em países desenvolvidos (De Nadai; Pinheiro; Melo, 2018). O processo de envelhecer distingue-se como um conjunto de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que depende, na sua maior parte, da história de vida, de comportamentos, da adaptação ao meio ambiente e, por fim, de questões genéticas (China *et al.*, 2021). O envelhecimento pode ser uma fase da vida que começa em algum período indeterminado, que segue a maturidade e que se caracteriza pelo declínio progressivo da capacidade funcional e pelo aumento da suscetibilidade a doenças, o que termina por levar à morte (Guerra *et al.*, 2021).

Como consequência das alterações nos perfis epidemiológicos e demográficos da população, houve um aumento no número de doenças crônicas, principalmente doenças cognitivas, incluindo a Doença de Alzheimer (DA) (Marinho, 2020). A DA, descrita pela

primeira vez em 1906 pelo psiquiatra alemão Alois Alzheimer é uma desordem neurodegenerativa progressiva e irreversível caracterizada pela morte de neurônios nas regiões do hipocampo, parieto occipital e frontal. Neuropatologicamente, as principais lesões cerebrais são caracterizadas pela presença de inúmeras placas senis com depósitos extracelulares de proteína beta amilóide (APP) e emaranhados neurofibrilares compostos de proteína TAU. Esta condição leva a alterações que dificultam a busca por tratamento eficaz e incapacidade de cuidar de si própria. Nesta patologia, há também o aumento do estresse oxidativo, levando a respostas inflamatórias amplificadas e desregulação da homeostase do cálcio (Ferreira; Santos, 2020).

Com a progressão da doença, pode-se observar instabilidade postural, dificuldades na marcha e declínio da funcionalidade, o que compromete a autonomia e aumenta a dependência para a realização das atividades de vida diária. Tais atividades representam a funcionalidade de um indivíduo, e podem ser divididas em atividades básicas de vida diária, que são atividades relacionadas ao autocuidado e em atividades instrumentais de vida diária, que são relacionadas à independência para o convívio em sociedade (Haskel *et al.*, 2017). Por se tratar de uma patologia debilitante, grande parte dos idosos com DA são cuidadas em casa, o que acarreta em seus cuidadores altos níveis de sobrecarga e estresse. Diante disso, cuidar de um paciente com Doença de Alzheimer significa um desafio real que pode ter consequências psicológicas e físicas consideráveis em longo prazo, para o cuidador (Marins; Silva, 2017). Nos casos de cuidadores de idosos com demência, estes enfrentam situações tais como, mudanças em seu estilo de vida e diminuição do seu tempo pessoal que podem comprometer sua saúde física e mental, resultando em desgaste e sobrecarga (Silva *et al.*, 2018).

Prestar cuidados a uma pessoa amada é recompensador, mas também provoca um nível de estresse devastador se o cuidador for sobrecarregado, com pouco tempo para descanso. Estudos com cuidadores frequentemente identificam estresse e risco que ele representa para a sua saúde como um aspecto primário da intervenção. O estresse sentido pelos cuidadores muitas vezes é único naquilo que é, tipicamente, uma condição contínua, de longo termo e crônica, que frequentemente piora com o fato de que o paciente é alguém para quem o cuidador sente uma ligação forte de amor ou afeição, um ente querido ou uma pessoa próxima. A continuação de estresse piora à medida que se sente mais ressentido e culpado, sem orientação, apoio familiar e desconhecimento da doença, o que contribui para aumentar os riscos à saúde, como pressão alta, condições cardíacas, artrite, acidez gástrica, dores de

cabeça, pescoço e costas, e outras condições graves. O estresse também pode provocar depressão, que com o tempo exacerba os problemas de saúde (Cabral; Garcia, 2010).

Para autores como Aragão *et al.*, (2018) o estudo da temática justifica-se pela necessidade de maiores esclarecimentos da população que convive e/ trabalha com pacientes portadores de DA, tais como profissionais de saúde, cuidadores e/ou familiares, buscando descrever aspectos clínicos característicos, para que se possa tornar tanto mais compreensível para os profissionais, quanto mais acessível para quem não possui a instrução adequada.

Este estudo tem como objetivo geral avaliar o nível de estresse e sobrecarga do cuidador do idoso em diferentes estágios da Doença de Alzheimer (DA).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de carácter exploratório descritivo com abordagem quantitativa com os idosos atendidos e cadastrados juntos à Associação de Estudos, Pesquisas e Auxílio às Pessoas com Alzheimer (AEPAPA), localizada no município de Guarapuava/PR, com sede na Rua Edson Nobre de Lacerda, nº 260 e 265, Alto da XV, sob autorização da responsável legal, (ANEXO A). A escolha pelo local da pesquisa se fez devido a sua referência no atendimento de idosos com DA.

Para a seleção da amostra foram considerados os seguintes critérios de inclusão: Idosos de ambos os sexos, com idade igual e/ou superior a 60 anos, que tenham diagnóstico clínico de DA e também e seus respectivos cuidadores e/ou responsáveis que possuíssem faixa etária de 30 (trinta) a 70 (setenta) anos de idade, os quais eram assistidos pela AEPAPA durante o período de estudo e que consentissem em sua participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) elaborado um para preenchimento do cuidador e outro para o idoso com DA, sendo este último assinado pelo responsável legal, cada um deles em duas vias, das quais uma de cada delas ficará de posse da pesquisadora responsável.

Foram excluídos da presente pesquisa idosos com DA com idade inferior a 60 anos, assim como os cuidadores que tinham idade inferior a 30 (trinta) anos e maior que 70 (setenta) anos, que residem fora do município de Guarapuava e/ou que estivessem institucionalizados ou hospitalizados durante o período de avaliações.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista estruturada, com as seguintes ferramentas: Instrumento de caracterização dos participantes, contendo a identificação dos usuários, cuidador e idoso com DA, dados pessoais como data de

nascimento, idade, sexo, nível de escolaridade, renda, composição familiar, atividades laborais dos membros doenças associadas, tratamentos associados, condições de habitação, saneamento, entre outros.

O mini exame do estado mental (MEEM) (ANEXO C) foi constituído de duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e, outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de nove pontos, totalizando um escore de 30 pontos (Fostein *et al.*, 1975). Os valores mais altos do escore indicam maior desempenho cognitivo. Aborda questões referentes à memória recente e registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem - afasia, apraxia e habilidade construcional.

Devido à conhecida influência do nível de escolaridade sobre os escores totais do MEEM, autores como Bertolucci *et al.*, (1994), Caramelli e Nitrini (2000), Brucki *et al.*, (2003), adotam notas de corte diferentes para pessoas com distintos graus de instrução. Assim, foi sugerido a nota de corte proposta por Brucki *et al.*, (2003), ou seja, 20 pontos para analfabetos; 25 pontos para pessoas com escolaridade de um a quatro anos; 26,5 para cinco a oito anos; 28 para aqueles com nove a onze anos e 29 para mais de onze anos, considerando a recomendação de utilização dos escores de cortes mais elevados (Nitrini *et al.*, 2005).

A Escala Clinical Dementia Rating (CDR) (ANEXO D) que foi desenvolvida com intuito de graduar diferentes estadiamentos demenciais, principalmente na DA, divide-se em categorias como: memória, orientação, julgamento e solução de problemas, assuntos na comunidade, lar e hobbies e cuidados pessoais, e para cada uma delas o idoso é classificado em CDR0 (demência questionável), CDR1 (demência leve), CDR2 (demência moderada) e CDR3 (demência grave) (Santos *et al.*, 2021).

A Escala de Estresse Percebido (EPS-10) (ANEXO E) é um instrumento utilizado para avaliar a percepção de estresse, é composto por 10 questões que relacionam acontecimentos e situações ocorridas nos últimos 30 dias (Reis; Hino, Añez, 2010).

A Escala de Zarit (ANEXO F) tem por objetivo avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos. Esta escala não deve ser realizada na presença do idoso. A cada afirmativa o cuidador deve indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre). Não existem respostas certas ou erradas. O estresse dos cuidadores será indicado por altos escores (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). BRASIL. Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e obedeceu a todas as determinações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa com seres humanos, o qual manifestou aprovação, conforme PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP de nº 6.117.431 em 14 de junho de 2023.

Os dados foram analisados com o Software IBM Statistics SPSS 20 e os gráficos com o Software Microsoft Excel. A análise descritiva foi expressada por frequência absoluta e relativa, média e desvio-padrão assim como mediana e intervalo interquartil de acordo com a normalidade da distribuição dos dados (Teste de Shapiro-Wilk). As comparações entre os grupos CDR foram realizadas com o teste ANOVA e a correlação entre a percepção do estresse e sobrecarga do cuidador foi analisada pela correlação de Pearson. O nível de significância foi de 0,05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vários estudos de marcadores genéticos para a Doença de Alzheimer indicam que a doença envolve mais de uma causa e sítios genéticos diferentes ou combinações de influências genéticas e ambientais. Estes dados levam à ideia de que a DA é uma patologia multifatorial, um espectro de doenças e não uma doença única. Os cuidadores são importantes no processo de transição dos idosos referente a sua nova realidade, porque se torna um elo de adaptação ao ambiente externo (Ferreira; Santos, 2020).

A realização dessa pesquisa teve como resultado a tabela 1:

Tabela 1 - Características dos cuidadores de portadores da Doença de Alzheimer.

		Frequência absoluta e relativa
Sexo	Mulheres	22 – 84,6%
	Homens	4 – 15,4%
Grau de parentesco	Cônjuge	7 – 26,9%
	Filho	14 – 53,8%
	Sobrinho	2 – 7,7%
	Cuidador remunerado	3 – 11,5%
Moram no mesmo domicílio	Sim	17 – 65,4%
	Não	9 – 34,6%
Estado civil	Solteiro	1 – 3,8%
	Casado	20 – 76,9%
	Separado	2 – 7,7%
	Viúvo	3 – 11,5%

Situação de emprego	Desempregado	2 – 7,7%
	Do lar	5 – 19,2%
	Empregado	7 – 26,9%
	Autônomo	6 – 23,1%
	Aposentado	6 – 23,1%
Qualidade do sono	Contínuo	12 – 46,2%
	Interrompido	14 – 53,8%
Cuida de outros doentes	Não	26 – 100%
Apresenta problemas de saúde	Sim	18 – 69,2%
	Não	8 – 30,8%
Sente dores	Sim	10 – 38,5%
	Não	16 – 61,5%
Classificação ZARIT	Leve	10 – 38,5%
	Moderada	9 – 34,6%
	Grave	7 – 26,9%
Média ± desvio-padrão / mediana (25 – 75)		
Idade		55,69 ± 13,51
Tempo diário dedicado ao doente		12,00 (8,00 – 20,25)
Horas de sono		7,50 (6,75 – 8,00)
Percepção de estresse (EPS-10)		17,04 ± 8,60
Sobrecarga dos cuidadores - Escala de ZARIT		17,81 ± 8,15

Fonte: Acadêmica, 2023.

A amostra foi constituída de 26 participantes, sendo a maioria mulheres, 22 cuidadoras com idade média de $55,69 \pm 13,51$ anos. Os dados com maior prevalência são filhos como cuidadores (53%), que residem no mesmo domicílio (65,4%), casados (76,9%) (Tabela 1).

Na pesquisa observacional do tipo estudo de caso descritivo, realizada por Garces *et al.*, (2012) com um grupo de seis cuidadores de idosos com provável ou possível diagnóstico de Alzheimer, predominou o sexo feminino, sendo quatro filhos e dois cônjuges. Esses resultados demonstram que todos os cuidadores possuem relação de parentesco de primeiro grau com o idoso demente, recaindo o cuidado mais especificamente para as filhas mulheres. Em referência ao estado civil, 50% são casados e moram junto com os idosos dos quais são cuidadores.

Na pesquisa de Cesário *et al.*, (2017), com abordagem quantitativa do tipo descritiva, os cuidadores familiares de idosos avaliados apresentaram média de idade de 56,98 anos ($dp=11,39$), havendo predominância do sexo feminino ($n=37$; 86%); quanto ao grau de parentesco com o idoso, havia 33 (76,8%) esposas ou filhas; 27 participantes (62,8%) possuíam vínculo empregatício; e 16 (37,2%) referiram apresentar alguma morbidade. No

estudo realizado por Lopes e Massinelli (2013), o perfil dos entrevistados se constitui por uma população formada predominantemente pelo sexo feminino, na faixa etária média de 57 anos. Ambos estudos possuem resultados semelhantes e bem próximos da pesquisa realizada.

Tabela 2 - Características dos portadores da Doença de Alzheimer.

		Frequência absoluta e relativa
Sexo	Mulheres	16 – 61,5%
	Homens	10 – 38,5%
Estado Civil	Solteiro	1 – 3,8%
	Casado	10 – 38,5%
	Separado	3 – 11,5%
	Viúvo	12 – 46,2%
Escolaridade	Analfabeto	2 – 7,7%
	Fundamental incompleto	15 – 57,7%
	Fundamental completo	5 – 19,2%
	Médio incompleto	1 – 3,8%
	Médio completo	1 – 3,8%
CDR	Superior completo	2 – 7,7%
	CDR 1	7 – 26,9%
	CDR 2	8 – 30,8%
	CDR 3	11 – 42,3%
		Média ± desvio-padrão / mediana (25 – 75)
Idade		79,38 ± 7,173
Tempo de diagnóstico		4,00 (3,00 – 8,25)
Escore mini exame do estado mental		13,00 (0 – 20,50)

Fonte: Acadêmica, 2023.

Os doentes com Alzheimer têm uma média de idade de $79,38 \pm 7,173$ e são em sua maioria mulheres (61,5%), a maior porcentagem são de viúvos (46,2%), quanto a escolaridade a maioria possuem ensino fundamental incompleto (57,7%) e a maior classificação da doença é em CDR 3 com 42,3% dos casos (Tabela 2).

Na pesquisa realizada por Veras *et al.*, (2006) o grupo de pacientes foi composto por mulheres (65,9%), referente a idade entre 70 e 79 anos (39 %). Quanto ao estado civil, viúvos (53,7%). Havia analfabetos (12,2%). Quanto à escolaridade dos demais, haviam concluído o primeiro grau (65,9%); o segundo grau (14,6%); e relataram ter curso superior (4,9%). Um dos entrevistados não forneceu essa informação (2,4%).

Os resultados da ANOVA demonstram que não houve diferenças na percepção do estresse (EPS-10) entre os grupos CDR [F(2) 0,663; p=0,525] (Figura 1). Também não houve

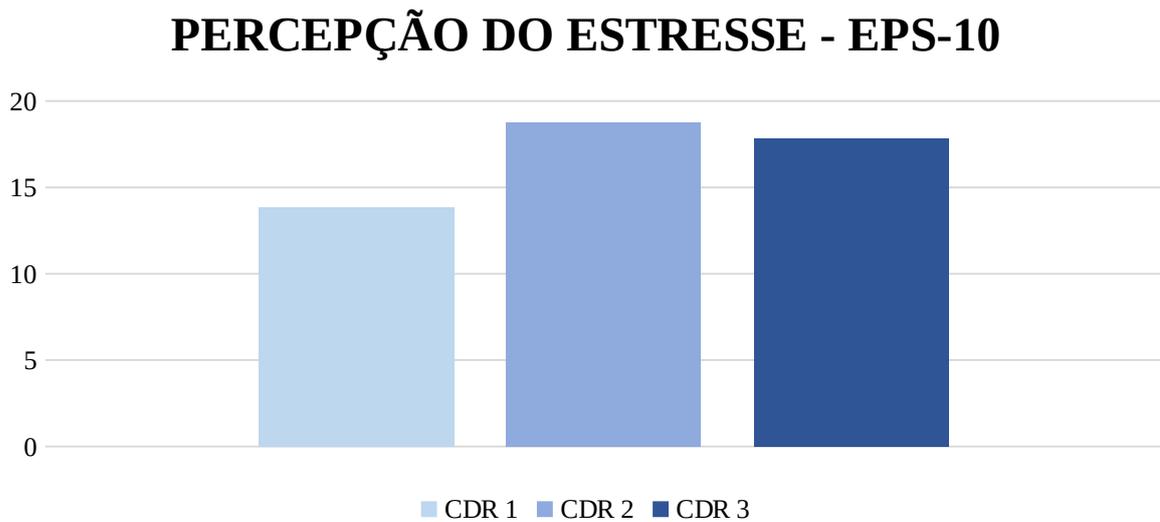
diferenças na sobrecarga do cuidador (ZARIT) entre os grupos CDR [F(2) 1,116; p=0,345] (Figura 2).

Os resultados dos estudos já realizados demonstraram diferença do obtido na presente pesquisa. Na pesquisa de Garces *et al.*, (2012) o estresse é utilizado como sinônimo de sobrecarga do cuidador, sendo também chamado de fadiga e impacto. Refere-se à presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam significativamente a vida de pessoas que são responsáveis pelo paciente. O estresse é uma das queixas mais frequentes de cuidadores relatados em vários estudos.

De acordo com Cesário *et al.*, (2017) no entanto, é claro que a saúde destes indivíduos é tão profundamente afetada que o estresse da prestação de cuidados pode afetar a percepção dos cuidadores sobre o seu estado de saúde, bem como os cuidados prestados, a continuidade do acesso familiar e a saúde dos idosos com Alzheimer.

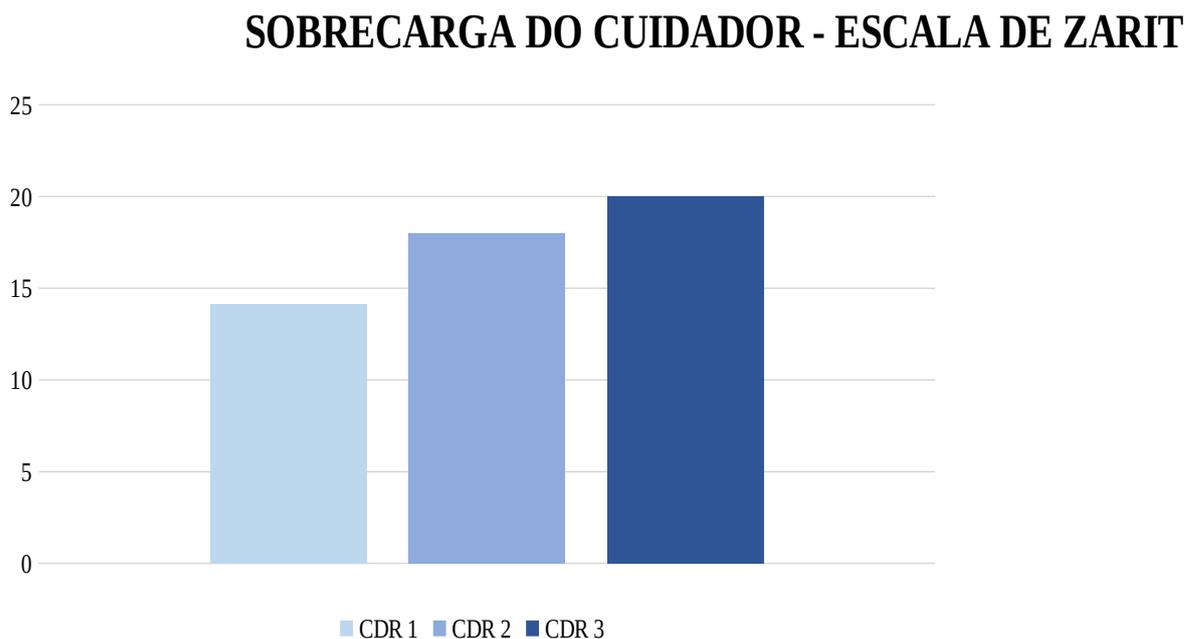
Na pesquisa realizada por Souza (2014), estudo transversal, descritivo, de natureza qualitativa, por método de saturação de dados com cuidadores familiares de pacientes com Doença de Alzheimer. A amostra compreendeu 11 cuidadores de idosos acompanhados pelo Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso, Hospital Regional de Ceilândia (PAISI/HRC). Coleta de dados realizada por diagnóstico sociodemográfico e clínico com análise de conteúdo de itens subjetivos. Em relação à qualidade de vida avaliada foi possível identificar insatisfação no domínio físico, principalmente associada ao cansaço e as noites mal dormidas oriundas do cuidado prestado, o que sabidamente influencia no aumento da sobrecarga e do estresse desses cuidadores. Nos casos avaliados isso também foi muito associado à falta de outros familiares para auxiliar nesse cuidado, o que reflete a longo prazo em adoecimento físico e mental desses cuidadores.

Figura 1 - Representação gráfica das médias de desvios-padrão da percepção do estresse do cuidador pelo EPS-10 de acordo com a classificação da Doença de Alzheimer (CDR).



Fonte: Acadêmica, 2023.

Figura 2 -- Representação gráfica das médias de desvios-padrão da sobrecarga do cuidador pela escala ZARIT de acordo com a classificação da Doença de Alzheimer (CDR).



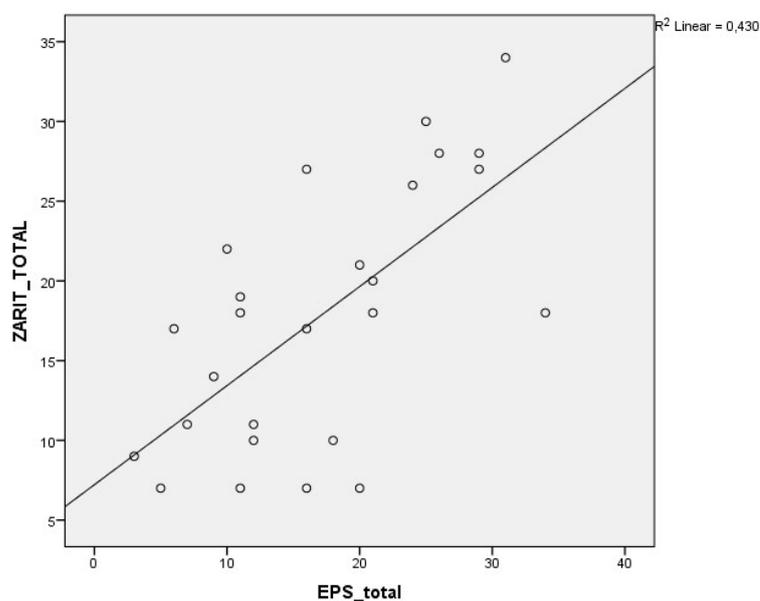
Fonte: Acadêmica, 2023.

A correlação de Pearson mostrou-se moderada entre a sobrecarga do cuidador e a sua percepção de estresse ($r= 0,656$ $p<0,001$) (Figura 3).

Segundo Maranhão *et al.*, (2018) em seu estudo descritivo com abordagem quantitativa, os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário

sociodemográfico e clínico. Levando-se em consideração esses aspectos, a sobrecarga observada nos cuidadores, apesar de moderada, como afirma o presente estudo, ainda é representativa para a vivência do Alzheimer no seio familiar, e, com certeza, poderia ser diminuída se, por exemplo, os profissionais de saúde tivessem uma atuação mais presente nesse contexto. Aspectos que apresentaram altas marcações de sobrecarga, foram: o idoso solicitar mais ajuda do que necessita, a falta de tempo do cuidador para realizar suas tarefas particulares.

Figura 3 - Representação gráfica da correlação entre percepção do estresse e sobrecarga do cuidador.



Fonte: Acadêmica, 2023.

De acordo com Souza (2014), é interessante se trabalhar tanto com o paciente quanto com a família, uma vez que uma boa relação com ambos proporciona maior adesão e continuidade ao tratamento que fora proposto de acordo com a progressão da doença. O apoio da família faz toda a diferença na vida do idoso portador de Doença de Alzheimer porque sem isso, ele se torna extremamente vulnerável.

CONCLUSÃO

Com a progressão da doença de Alzheimer o paciente apresenta diversas dificuldades, o que compromete a autonomia e aumenta a dependência para a realização das atividades de vida diária, necessitando de maiores cuidados. Os cuidadores são importantes no

processo de transição dos idosos referente a sua nova realidade, porque se torna um elo de adaptação ao ambiente externo.

O estudo demonstrou que, em relação ao perfil dos cuidadores, a maioria é do sexo feminino. Os dados com maior prevalência são filhos como cuidadores que residem no mesmo domicílio. Os doentes com Alzheimer têm uma média de idade de $79,38 \pm 7,173$ e são em sua maioria mulheres, a maioria são viúvos e a maior classificação da doença é em CDR 3. Os resultados da pesquisa demonstraram que não houve diferenças na percepção do estresse entre os grupos, também não houve diferenças na sobrecarga do cuidador.

A correlação de Pearson mostrou-se moderada entre a sobrecarga do cuidador e a sua percepção de estresse, apesar de moderada ainda é representativa para a vivência do Alzheimer no seio familiar, e, com certeza, poderia ser diminuída se, por exemplo, os profissionais de saúde tivessem uma atuação mais presente nesse contexto.

Em relação as limitações deste estudo, a escassez de artigos relacionados restringiu a pesquisa, tornando difícil aprofundar as análises sobre o tema, essa realidade evidencia a necessidade de maiores pesquisas, investigações e estudos relacionados aos cuidadores familiares, sua realidade, qualidade e condições de vida.

Outra limitação apresentou-se com relação a amostra total, a qual contou com 57 famílias cadastradas junto à Associação de Estudos, Pesquisas e Auxílio às Pessoas com Alzheimer (AEPAPA), porém, destas apenas 26 famílias, sendo 26 idosos com doença de Alzheimer e seus respectivos cuidadores, responderam a pesquisa, devido à 4 falecimentos, endereços divergentes, idosos, cuidadores e/ou familiares não encontrados na residência durante a data agendada para a coleta de dados e aqueles que não aceitaram participar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGÃO, R. F.; LUCENA, P. A. F.; TAVARES, A. V. S.; FILHO, O. R. D. M. **As Manifestações Clínicas e Implicações no Cotidiano do Idoso com Doença de Alzheimer. Revista Interdisciplinar em Saúde**, Cajazeiras, 5 (2): 198-207, abr./jun. 2018. Disponível em: https://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_18/Trabalho_01.pdf. Acesso em: 19 set. 2022.

BERTOLUCCI, P.H.F.; BRUCK, S. M. D.; CAMPACC, S. R. JULIANO, Y. **O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade**. Arq. Neuro-psiquiat. 52:1-7. 1994. ²Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. **Sugestões para o uso do minixame do estado mental no Brasil**. Arq. Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B). ³Folstein MF. *et al.* Mini Mental state. J Psychiat. Res. 1975; 12:189-98. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/anp/a/Sv3WMxHYxDkkgmcN4kNfVTv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 2. p.207. 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf. Acesso em: 19 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2007. (Cadernos de Atenção Básica - n.º 19). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em: 19 set. 2022.

CABRAL, I. E.; GARCIA, T. R. **Notas Sobre Enfermagem: Um Guia para Cuidadores na Atualidade**. Rio de Janeiro: Elsevier, ed. 1. p. 200. 2010.

CESÁRIO, V. A. C.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O.; CLAUDINO, K. A. **Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da Doença de Alzheimer**. *Saúde Debate* |Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 171-182, jan.-mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YPgdVBvzrhMy7XKcxXNj9Hn/?format=pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

CHINA, D. L.; FRANK, I. M.; SILVA, J. B.; ALMEIDA, E. B.; SILVA, T. B. L. **Envelhecimento Ativo e Fatores Associados**. *Revista Kairós- Gerontologia*, 24(Especial 29, “Transdisciplinaridade: um modelo de trabalho em Gerontologia”,141-156. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24iEspecial29p141-156>. Acesso em: 17 set. 2022.

DE NADAI, M.B.A.; PINHEIRO, L. S.; MELO, D. M. (2018). **Envelhecimento bem-sucedido e autoeficácia: Uma revisão da literatura**. *Revista Kairós- Gerontologia*, 21(3), 403-422. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i3p403-422>. Acesso em: 17 set. 2022.

GARCES, S. B. B.; KRUG, M. R.; HANSEN, D.; BRUNELLI, A. V.; COSTA, F. T. L.; ROSA, C. B.; BIANCHI, P. D. A.; MATTOS, C. M. Z.; SEIBE, R. **Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 15(2):335-352. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/phpBCmSqtj6gpdK5d84Mjmq/?format=pdf#:~:text=Como%20instrumentos%20de%20pesquisa%2C%20utilizou-se%20um%20question%C3%A1rio%20para,e%20adaptado%20e%20validado%20por%20Pesce%20et%20al.9>. Acesso em: 10 out. 2023.

FERREIRA, L. S. C.; SANTOS, G. L. **Efeitos da Fisioterapia na Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de Pacientes com Doença de Alzheimer: Uma Revisão da Literatura**. 2020. SAÚDE & CIÊNCIA EM AÇÃO – *Revista Acadêmica do Instituto de Ciências da Saúde*. Disponível em: <http://www.revistas.unifan.edu.br/index.php/RevistaICS/article/view/727/486>. Acesso em: 19 set. 2022.

GUERRA, M. F. S. S; PORTO, M. J.; ARAUJO, A. M. B.; SOUZA, J. P.; SANTOS, G. P.; SANTANA, W. N. B.; ANDRADE, W. B.; SANTANA, A. F.; SILVA, S. R. S.;

NASCIMENTO, M. B. **Aging: interrelation of the elderly with the family and society. Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 1, p. e3410111534, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11534. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11534>. Acesso em: 20 set. 2022.

HASKEL, M. V. L.; BONINI, J. S.; SANTOS, S. C.; SILVA, W. C. F. N.; BUENO, C. F. O.; BORTOLANZA, M. C. G.; DANIEL, C. R. **Funcionalidade na Doença de Alzheimer leve, moderada e grave: um estudo transversal. Acta Fisiatr**, 24(2):82-85. 2017. DOI: 10.5935/0104-7795.20170016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsm/ resource/pt/biblio-906914>. Acesso em: 19 set. 2022.

LOPES, S. R. A. MASSINELLI, C. J. **Perfil e nível de resiliência dos cuidadores informais de idosos com Alzheimer. Aletheia** n. 40 Canoas abr. 2013 Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100012. Acesso em: 10 out. 2023.

MARANHÃO, O. R.; FRANÇA, E. M. D. M.; NUNES, R. M. V.; ALVES, É. S. R. C. **Avaliação da sobrecarga do cuidador do idoso com doença de Alzheimer. Temas em Saúde**. v.18. n. 1 ISSN 2447-2131 João Pessoa. 2018. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/04/18120.pdf>. Acesso em: 12 out. 2023.

MARINHO, M. F. S. **Importância da Fisioterapia da Doença de Alzheimer. Revista Environmental Smoke**, v.3.N.1.P. -69 -78, 2020. DOI:10.32435/envsmoke.202031069-078. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/339246819_A_IMPORTANCIA_DA_FISIOTERAPIA_NA_DOENCA_DE_ALZHEIMER. Acesso em: 17 set. 2022.

MARINS, A. M. F.; SILVA J. **O Impacto do comportamento do idoso com Doença de Alzheimer na vida do cuidador. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. 7:e2484. 2017. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2484/1812>. Acesso em: 19 set. 2022.

MELO, L. A. L.; LIMA, K. C. **Prevalência de fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, n. 10. p. 3869-3877. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.34492018>. Acesso em: 24 set. 2022.

REIS, R. S.; HINO, A. A. F.; AÑEZ, C. R. R. **Perceived Stress Scale reliability and validity study in Brazil. Journal Of Health Psychology**, 15(1), 107-114. v. 15. ed. 1. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1359105309346343>. Acesso em: 17 set. 2022.

SANTOS, S. C.; BUENO, C. F. O.; WOSH, J. A.; BONINI, J. S. **Funcionalidade nas atividades instrumentais de vida diária em idosos com Doença de Alzheimer. Revista Desafios** –v. 08, n. 03, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uftv8-9074>. Acesso em: 24 set. 2022.

SANTOS, C.S.; BESSA, T.A.; XAVIER, A.J. **Fatores associados à demência em idosos, Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LSgzMKFzzMxBCBH3zZ59r3x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2022.

SILVA, I.L.C.; LIMA, G. S.; STORTI, L. B.; ANICETO, P.; FORMIGHIERI, P. F.; MARQUES, S. **Sintomas neuropsiquiátricos de idosos com demência: repercussões para o cuidador familiar.** *Texto Contexto Enfermagem*, 27(3):e3530017. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/8MR9MGqdxzHhrY9Jfw9n9Pr/?format=pdf>. Acesso em: 21 set. 2022.

SOUZA, F. F. **Reflexos na qualidade de vida do cuidador familiar do portador de doença de Alzheimer.** *Monografia*. Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Graduação em Enfermagem. 2014. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/9812/6/2014_FellipeFerreiradeSouza.pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; DANTAS, S. B.; SANCHO, L. G.; SICSÚ, B.; MOTTA, L. B. CARDINALE, C. **Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência.** *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2006. Disponível em: https://www.academia.edu/23079083/Avalia%C3%A7%C3%A3o_dos_gastos_com_o_cuidado_do_idoso_com_dem%C3%Aancia#:~:text=O%20presente%20estudo%20tem%20como%20eixo%20central%20a,das%20ocorr%C3%Aancias%20C3%A9%20devida%20C3%A0%20doen%C3%A7a%20de%20Alzheimer. Acesso em: 12 out. 2023.

ANEXOS

ANEXO A - Carta de Autorização da Instituição Participante



ASSOCIAÇÃO DE ESTUDOS PESQUISA E AUXÍLIO ÀS PESSOAS COM ALZHEIMER

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

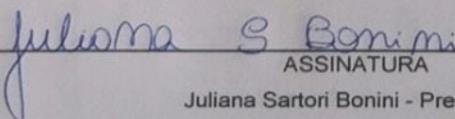
Declaramos que nós da Associação de Estudos, Pesquisa e Auxílio às Pessoas com Alzheimer (AEPAPA), autorizamos o pesquisador(a) FRANCIELE APARECIDA AMARAL, a coletar dados para a execução do Projeto de Pesquisa "AVALIAÇÃO DO ESTRESSE E DA SOBRECARGA DO CUIDADOR DO IDOSOS EM DIFERENTES ESTÁGIOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER".

Os pesquisadores somente poderão iniciar a pesquisa pretendida quando o mesmo seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO.

Para isto, serão disponibilizados ao pesquisador o espaço físico para a realização das atividades propostas pela pesquisa, assim como a lista de contato dos pacientes assistidos pela instituição.

Bem como estamos cientes de que o presente trabalho deve seguir a Resolução 466/2012 (CNS) e complementares.

Guarapuava, 29 de outubro de 2022.


ASSINATURA
Juliana Sartori Bonini - Presidente

Associação de Estudos, Pesquisa e Auxílio às Pessoas com Alzheimer Rua Edson Nobre de Lacerda, 260 - CEP: 85070-330 Guarapuava/Pr Telefone: (42)3304-5458 | E-mail associacaoaepapa@gmail.com | CNPJ: 16.738.827/0001-37

ANEXO B – Instrumento de Caracterização dos Participantes INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Data da coleta: ____/____/____

1- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1.1. Nome: _____

1.2. Data de nascimento ____/____/____

1.3. Idade(anos) _____

- 1.4. Sexo: (1) feminino (2) masculino
 1.5. Estado civil: (0) solteira (1) casada/união estável (2) separada/divorciada (3) viúva
 1.6. RG: _____
 1.7. CPF: _____
 1.8. Naturalidade: _____
 1.9. Filhos: (1) sim (2) não
 1.10. Se sim, quantos? _____
 1.11. Grau de instrução: (0) analfabeto (1) ensino fundamental incompleto (2) ensino fundamental completo (3) ensino médio incompleto (4) ensino médio completo (5) ensino superior incompleto (6) ensino superior completo
 1.12. Diagnóstico: _____
 1.13. Data do diagnóstico _____
 1.14. Medicações/tratamentos: _____
 1.15. Tipo de Intervenção utilizada: (1) Sonda Vesical de Demora (SVD) (2) Sonda Nasoenteral (SNE) (3) Fralda (4) Traqueostomia (5) Colostomia (6) Curativo (7) Oxigenoterapia (8) Outros: _____

2- IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

- 2.1. Nome cuidador: _____
 2.2. Data de nascimento ____/____/____
 2.3. Idade(anos) _____
 2.4. Sexo: (1) feminino (2) masculino
 2.5. Grau de parentesco: (1) mãe (2) pai (3) irmão (4) esposo(a) (5) Outros:

 2.6. Filhos: (1) sim (2) não
 2.7. Se sim, quanto _____
 2.8. Mora no mesmo domicílio (1) sim (2) não
 2.9. Estado civil: (0) solteira (1) casada/união estável (2) separada/divorciada (3) viúva
 2.10. RG: _____
 2.11. CPF: _____
 2.12. Naturalidade: _____
 2.13. Grau de instrução: (0) analfabeto (1) ensino fundamental incompleto (2) ensino Fundamental completo (3) ensino médio incompleto (4) ensino médio completo (5) Ensino superior incompleto (6) ensino superior completo
 2.14. Ocupação: _____
 2.15. Situação de emprego: (0) desempregada (1) do lar (2) empregada (3) autônoma (4) outro
 2.16. É freqüente faltar ao serviço para cuidar do paciente: (1) sim (2) não
 2.17. Renda familiar: _____
 2.18. Horas semanais dedicadas a cuidar do paciente:
 _____ horas

- 2.19. Quantas horas de sono por dia? _____
- 2.20. Seu sono é: (1) contínuo (2) interrompido
- 2.21. Apoio recebido do parceiro (1) excelente/muito bom (2) bom (3) não tem/não recebe (4) ruim/muito ruim
- 2.22. Cuida de outras pessoas doentes: (1) sim (2) não
Se sim especifique: _____
- 2.23. Tem algum problema de saúde (1) sim (2) não
- 2.24. Se sim, qual? _____
- 2.25. Quanto tempo? _____
- 2.26. Sente dores? (1) sim (2) não
- 2.27. Se sim, onde? _____
- 2.28. Qual intensidade? (1) fraca (2) moderada (3) intensa (4) insuportável (5) não se aplica
- 2.29. Faz uso de medicamentos? (1) sim (2) não
- 2.30. Se sim, qual? _____
- 2.31. Que tipo de serviço de saúde frequenta? (1) público (2) privado (convênio)
(3) privado (particular)
- 2.32. Consultou médico no último ano? (0) nenhuma vez (1) uma vez (2) duas vezes (3) três vezes ou mais
- 2.33. Tarefas realizadas: (1) higiene íntima (2) banho (3) administrar alimentação
(4) preparar alimentação (5) auxiliar na mobilidade (6) auxiliar no vestuário (7) administrar medicações (8) fazer curativos (9) outra, especifique _____

3- CONDIÇÕES DE MORADIA

- 3.1. A residência é: (1) própria, quitada (2) própria não quitada (3) alugada (4) cedida (5) outros ____
- 3.2. Abastecimento de água: (1) rede pública (2) poço/nascente (3) outros
- 3.3. Tipo de casa (1) alvenaria (2) madeira (3) pré - montada (4) material aproveitado
(5) outros _____
- 3.4. Energia elétrica (1) sim (2) não
- 3.5. Transporte (1) público (2) particular
- 3.6.. Número de pessoas no domicílio: _____

ANEXO C - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

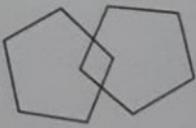
Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1</p> <p>9. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

<i>AVALIAÇÃO do escore obtido</i>	TOTAL DE PONTOS OBTIDOS
Pontos de corte – MEEM Brucki et al. (2003) 20 pontos para analfabetos 25 pontos para idosos com um a quatro anos de estudo 26,5 pontos para idosos com cinco a oito anos de estudo 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo.	

Referências

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.

Bertolucci PHF et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 1994, 52(1):1-7.

Brucki SMD et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2003, 61(3):777-781 B.

Tabela para apresentação dos resultados do MINIMENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL									
Teste	Idade no teste	Orien. Tem./Espac.	Registros	Atenção e cálculo	Lembrança	Linguagem	Total	Classificação	Data

AValiação CLÍNICA DA DEMÊNCIA - escala CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR)

	Saudável CDR 0	Demência questionável CDR 0,5	Demência leve CDR 1	Demência moderada CDR 2	Demência grave CDR 3
MEMÓRIA	Sem perda de memória, ou apenas esquecimento discreto e inconsistente	Esquecimento leve e consistente; lembrança parcial de eventos; "esquecimento benigno"	Perda de memória moderada, mais acentuada para fatos recentes; o déficit interfere com atividades do dia-a-dia	Perda de memória grave; apenas material <i> muito </i> aprendido é retido; materiais novos são rapidamente perdidos	Perda de memória grave; apenas fragmentos permanecem
ORIENTAÇÃO	Plenamente orientado	Plenamente orientado	Dificuldade moderada com as relações de tempo; orientado no espaço no exame, mas pode ter desorientação geográfica em outros locais	Geralmente desorientado	Orientação pessoal apenas
JULGAMENTO E SOLUÇÃO DE PROBLEMAS	Resolve bem problemas do dia-a-dia, juízo crítico é bom em relação ao desempenho passado	Leve comprometimento na solução de problemas, semelhanças e diferenças	Dificuldade moderada na solução de problemas, semelhanças e diferenças; julgamento social geralmente mantido	Gravemente comprometido para solução de problemas, semelhanças e diferenças. Juízo social geralmente comprometido	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico
ASSUNTOS NA COMUNIDADE	Função independente na função habitual de trabalho, compras, negócios, finanças, e grupos sociais	Leve dificuldade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades embora ainda possa desempenhar algumas; pode parecer normal à avaliação superficial	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa	Sem possibilidade de desempenho fora de casa. Parece muito doente para ser levado a atividades fora de casa
LAR E PASSATEMPOS	Vida em casa, passatempos, e interesses intelectuais mantidos	Vida em casa, passatempos, e interesses intelectuais levemente afetados	Comprometimento leve mas evidente em casa; abandono das tarefas mais difíceis; passatempos e interesses mais complicados são também abandonados	Só realiza as tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos	Sem qualquer atividade significativa em casa
CUIDADOS PESSOAIS	Plenamente capaz	Plenamente capaz	Necessita assistência ocasional	Requer assistência no vestir e na higiene	Requer muito auxílio nos cuidados pessoais. Geralmente incontinente

ESCALA DE PERCEPÇÃO DE ESTRESSE-10 (EPS-10)

As questões desta escala perguntam a respeito dos seus sentimentos e pensamentos durante os últimos 30 dias (último mês). Em cada questão indique a frequência com que você se sentiu ou pensou a respeito da situação.

1. Com que frequência você ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Frequente

[4] Muito Frequente

2. Com que frequência você sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Frequente

[4] Muito Frequente

3. Com que frequência você esteve nervoso ou estressado? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Frequente

[4] Muito Frequente

4. Com que frequência você esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Frequente

[4] Muito Frequente

5. Com que frequência você sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Frequente

[4] Muito Frequente

6. Com que frequência você achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Frequente

[4] Muito Frequente

7. Com que frequência você foi capaz de controlar irritações na sua vida? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Frequente

[4] Muito Frequente

8. Com que frequência você sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Frequente

[4] Muito Frequente

9. Com que frequência você esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de

seu controle? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Frequente

[4] Muito Frequente

10. Com que frequência você sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los? (considere os últimos 30 dias)

[0].Nunca

[1].Quase Nunca

[2].Às Vezes

[3].Pouco Frequente

[4] Muito Frequente

COMPUTAÇÃO DOS ESCORES DA ESCALA DE ESTRESSE PERCEBIDO

1. Os itens 4, 5, 7 e 8 são positivos e por esta razão devem ter a pontuação revertida

Ex: 0 = 4, 1 = 3, 2 = 2, 3 = 1 e 4 = 0

2. Após a reversão todos os itens devem ser somados.

3. O escore, obtido com a soma de todos os itens, é utilizado como medida de estresse percebido.

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES - ESCALA DE ZARIT

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa? (1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/doente se manifestou?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/doente?

(1) Nunca (2) Quase nunca (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Quase sempre

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA

Leve até 14 pontos

Moderada 15 a 21 pontos

Grave acima de 22 pontos