

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA  
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

CAMILA KARLA DO NASCIMENTO COSTA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES INFORMAIS DE  
IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER NA COMUNIDADE**

JOÃO PESSOA - PB  
2025

CAMILA KARLA DO NASCIMENTO COSTA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES INFORMAIS DE  
IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER NA COMUNIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Fisioterapia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Emanuelle Malzac Freire de Santana

JOÃO PESSOA  
2025

C871a

Costa, Camila Karla do Nascimento

Avaliação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos com doença de Alzheimer na comunidade / Camila Karla do Nascimento Costa. – João Pessoa, 2025.

31f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Emanuelle Malzac Freire de Santana.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Doença de Alzheimer. 2. Qualidade de Vida. 3. Cuidadores. 4. Idoso. I. Título.

CDU: 616-083:616-053.9

CAMILA KARLA DO NASCIMENTO COSTA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES INFORMAIS DE  
IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER NA COMUNIDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC apresentado pela aluna **CAMILA KARLA DO NASCIMENTO COSTA** do Curso de Bacharelado em Fisioterapia, tendo obtido o conceito \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado em 13 de novembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Emanuelle Malzac Freire de Santana - Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Laura de Sousa Gomes Veloso – Avaliador

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Renata Newman dos Santos Lucena – Avaliador

Dedico este trabalho ao meu esposo, Jefferson Luckwu, à minha filha, Maria Luiza Luckwu, à minha mãe Roberta do Nascimento e à minha irmã Luana do Nascimento, dedico também à minha avó Vera Lúcia Generosa e à minha tia Rosângela Ferreira Firmino (in memoriam), que permanecem vivas em meu coração.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, que esteve comigo em todos os momentos desta jornada. Por me fortalecer nos dias de cansaço, me amparar nas incertezas e renovar minha esperança quando o desânimo tentou me alcançar. A Ele, que nunca permitiu que eu desistisse, dedico esta conquista com o coração transbordando gratidão.

Ao meu esposo, Jefferson Luckwu, pelo companheirismo, paciência e incentivo incondicional. Obrigada por acreditar em mim e por estar ao meu lado em cada etapa, compartilhando comigo alegrias, desafios e conquistas.

À minha filha, Maria Luiza Luckwu, que, mesmo tão pequena, é minha fortaleza. Seu sorriso é o lembrete diário do porquê seguir em frente e nunca desistir dos meus sonhos.

À minha família, por cada palavra de encorajamento, por sempre me oferecerem apoio e acreditarem em mim, mesmo quando o caminho parecia difícil.

À minha orientadora, pela dedicação, paciência e sabedoria durante todo o processo de construção deste trabalho. Sua orientação foi essencial para o meu crescimento pessoal e acadêmico, e sua confiança foi luz nos momentos de incerteza.

Às professoras integrantes da banca examinadora, pela disponibilidade, pelas valiosas contribuições e pela forma atenciosa e respeitosa com que avaliaram este trabalho. Suas observações foram verdadeiras oportunidades de aprendizado e amadurecimento.

E aos amigos, que com palavras de carinho, apoio e risadas sinceras, tornaram o caminho mais leve e bonito.

“Depois do medo, vem o mundo.”

Clarice Lispector

## RESUMO

**Introdução:** A Doença de Alzheimer é uma condição neurodegenerativa que compromete a função cognitiva e a funcionalidade do indivíduo, resultando em crescente dependência. Este cenário favorece um ambiente propício ao desenvolvimento de sobrecarga entre os cuidadores, sejam eles formais ou informais. **Objetivo:** Avaliar a QV de cuidadores informais de idosos com Doença de Alzheimer inseridos na comunidade. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal e abordagem quantitativa, realizado na cidade de João Pessoa-PB, no território de abrangência da Unidade de Saúde da Família Integrada Rosa de Fátima. A coleta de dados utilizou um questionário sociodemográfico, o WHOQOL-Bref para avaliar a QV, e a Escala de Sobrecarga de Zarit. Os dados foram codificados, tabulados no Microsoft Excel e analisados por estatística descritiva medidas de tendência central, dispersão e distribuição de frequências, em consonância com os aspectos éticos de pesquisa. **Resultados:** A amostra (n=14) foi predominantemente composta por mulheres (85,7%), solteiras (57,1%), com Ensino Médio (50%) e renda entre 1 e 2 salários-mínimos (35,7%). A maioria era filha da pessoa idosa, residia na mesma casa, realizava o cuidado em tempo integral há mais de cinco anos e não recebia auxílio físico. Observaram-se níveis de sobrecarga moderado a alto (71,4%), destacando o comprometimento do tempo pessoal, o impacto na saúde e a exaustão emocional. A QV apresentou maior comprometimento nos domínios de Relações Sociais e Meio Ambiente, devido a limitações financeiras e restritas oportunidades de lazer. **Conclusão:** Os cuidadores de idosos com DA estão mais expostos à sobrecarga emocional e relacional, resultando em prejuízos significativos na QV. Estes achados reforçam a necessidade urgente de intervenções de suporte psicossocial e multiprofissional direcionadas a essa população.

**Descritores:** Doença de Alzheimer; Qualidade de vida; Cuidadores; Idoso.

## ABSTRACT

**Introduction:** Alzheimer's disease is a neurodegenerative condition that compromises cognitive function and functionality, resulting in increasing dependence. This scenario favors an environment conducive to the development of overload among caregivers, whether formal or informal. **Objective:** To assess the QoL of informal caregivers of elderly people with Alzheimer's disease in the community. **Methodology:** This is an observational, cross-sectional study with a quantitative approach, conducted in the city of João Pessoa-PB, in the territory covered by the Rosa de Fátima Integrated Family Health Unit. Data collection used a sociodemographic questionnaire, the WHOQOL-Bref to assess QoL, and the Zarit Burden Scale. The data were coded, tabulated in Microsoft Excel, and analyzed by descriptive statistics measures of central tendency, dispersion, and frequency distribution, in accordance with research ethics. **Results:** The sample (n=14) was predominantly composed of women (85.7%), single (57.1%), with high school education (50%), and income between 1 and 2 minimum wages (35.7%). Most were daughters of the elderly person, lived in the same house, had been providing full-time care for more than five years, and did not receive physical assistance. Moderate to high levels of overload were observed (71.4%), highlighting the compromise of personal time, the impact on health, and emotional exhaustion. QoL was most compromised in the domains of Social Relations and Environment, due to financial limitations and restricted leisure opportunities. **Conclusion:** Caregivers of elderly people with AD are more exposed to emotional and relational overload, resulting in significant losses in QoL. These findings reinforce the urgent need for psychosocial and multidisciplinary support interventions aimed at this population.

**Keywords:** Alzheimer Vaccines, Quality of Life, Caregivers, Aged.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>12</b>
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>14</b>
<b>4 DISCUSSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>5 CONCLUSÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...</b>	<b>25</b>
<b>ANEXO A – ESCALA DE WHOQOL-BREF.....</b>	<b>27</b>
<b>ANEXO B - ESCALA DE ZARIT .....</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A doença de Alzheimer é uma condição neurodegenerativa progressiva que compromete a função cognitiva, e posteriormente a função motora, afetando principalmente a memória, a linguagem e a capacidade de realizar atividades do dia a dia. Com a progressão, os indivíduos desenvolvem dificuldades para reconhecer pessoas, de se orientar no espaço e tomar decisões, ficando cada vez mais dependentes de cuidados<sup>1</sup>.

A causa exata ainda não é completamente compreendida, mas sabe-se que há um acúmulo anormal das proteínas beta-amiloide e tau no cérebro, levando à destruição dos neurônios e à redução da conectividade entre eles, o que resulta em redução do volume cerebral e perda das funções cognitivas<sup>2</sup>.

O envelhecimento é o principal fator de risco para o desenvolvimento da doença de Alzheimer, acometendo aproximadamente 10% de pessoas com mais de 60 anos. Essa proporção aumenta para 40% entre os indivíduos que ultrapassam 80 anos. Supõe-se que, até 2040, mais de 80 milhões de pessoas serão afetadas globalmente<sup>3</sup>.

A Doença de Alzheimer (DA) apresenta um curso de desenvolvimento longo e é frequentemente dividida em sete estágios progressivos. Nos estágios iniciais (um e dois), os sintomas são pouco perceptíveis e tendem a ser justificados como decorrentes da idade avançada. No terceiro estágio, o quadro evolui de forma mais evidente, permitindo aos familiares identificar o comprometimento cognitivo com maior clareza. Os estágios moderados (quarto e quinto) são marcados por um declínio cognitivo moderado e perdas de memória frequentes. Por fim, nos estágios avançados (sexto e sétimo), observam-se características severas, como a perda significativa da memória, comprometimento cognitivo acentuado e prejuízos nas funções motoras, tornando indispensável a presença constante de um familiar ou cuidador para o acompanhamento diário<sup>4</sup>.

Em virtude do cuidado contínuo ao idoso com DA, e ao longo do curso da doença, muitas vezes, por falta de suporte necessário e com responsabilidades paralelas a esse cuidado, os cuidadores podem apresentar sobrecarga física e emocional, caracterizada por níveis elevados de estresse, cansaço extremo, insônia, ansiedade/depressão, limitação de tempo para realização de atividade física, lazer e relações sociais, o que pode ocasionar esgotamento físico e mental e comprometer a sua qualidade de vida<sup>5</sup>.

Nesse contexto, em que a Doença de Alzheimer é uma condição que provoca dependência à medida que evolui e compromete as funções cognitivas e motoras do idoso,

mesmo que ele não esteja hospitalizado, não se dispensa a necessidade de cuidados domiciliares (home care) e da assistência de uma equipe multiprofissional<sup>6</sup>.

Segundo Martins e Guerra<sup>7</sup>, a modalidade de cuidados paliativos tem apresentado crescimento significativo, impulsionada pelo aumento da população longeva. Contudo, destaca-se a escassez de recursos humanos, financeiros e tecnológicos. Diante desse cenário, torna-se cada vez mais necessário ofertar uma atenção qualificada aos idosos acometidos por demências, entre elas, a Doença de Alzheimer, por se tratar de uma condição irreversível e incurável. Essa vertente de cuidado propicia um olhar mais humanizado, voltado ao idoso como um ser humano complexo, e não apenas à sua doença.

Nessa perspectiva, a qualidade de vida é um conceito multidimensional que engloba tanto fatores objetivos, como também subjetivos. A definição inclui aspectos como saúde, bem-estar psicológico, relações sociais, ambiente, situação econômica e satisfação com a vida. Compreende-se que qualidade de vida, trata-se da percepção de que o indivíduo tem sobre a sua própria vida<sup>8</sup>.

Nesse sentido, estudo realizado por Lin et al.<sup>9</sup>, observou que a qualidade de vida dos cuidadores de pacientes com DA de acordo com o nível da sobrecarga do cuidador, é subdividido da seguinte maneira: sem sobrecarga, com sobrecarga ligeira e com sobrecarga intensa, evidenciando que os cuidadores sem sobrecarga apresentam menor média de estresse, o que pode ser atribuído ao apoio familiar, à assistência de serviços profissionais e à presença de cuidadores domiciliares.

Nessa análise, observa-se que a sobrecarga ligeira tende a gerar um impacto menor sobre o cuidador quando comparada à sobrecarga intensa, especialmente nos estágios iniciais da Doença de Alzheimer, em que as demandas de atenção e cuidado diário ainda são reduzidas. Em contrapartida, os cuidadores com sobrecarga intensa caracterizam-se por não terem com quem compartilhar as responsabilidades do cuidado, o que contribui significativamente para o aumento do estresse e, conseqüentemente, para a diminuição da qualidade de vida<sup>10</sup>.

Tendo em vista o papel fundamental desempenhado pelo cuidador do paciente com DA, que, muitas vezes, assume responsabilidades intensas e contínuas, que exigem dedicação física, emocional e psicológica, torna-se relevante compreender como a sua qualidade de vida pode ser afetada, uma vez que o cuidado prestado ao idoso pode ser influenciado diretamente pelo estado de saúde e o equilíbrio emocional do cuidador. Com este estudo, pretende-se fornecer subsídio para que os gestores e profissionais de saúde possam planejar medidas de acolhimento e intervenção direcionadas a esse público.

Nessa direção, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Como a qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer é impactada pelos desafios físicos e emocionais e sociais do cuidado?

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo avaliar como a qualidade de vida de cuidadores informais de idosos com doença de Alzheimer na comunidade é impactada pelos desafios físicos, emocionais e sociais do cuidado.

## **2 PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal, com caráter analítico e abordagem quantitativa desenvolvido entre os meses de agosto e setembro de 2025 no território de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Integrada Rosa de Fátima, localizada na Rua Oscar Lopes Machado, s/n, Valentina, João Pessoa, Paraíba e pertencente ao Distrito Sanitário III da Secretaria de Saúde Municipal de João Pessoa, Paraíba, escolhida por conveniência da pesquisadora.

A amostra deste estudo foi do tipo não probabilística, adquirida por conveniência, composta pelos cuidadores informais de idosos diagnosticados com DA que eram atendidos na USF Rosa de Fátima.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: possuir 18 anos ou mais, ser cuidador informal de idoso diagnosticado com DA provável há pelo menos 6 meses, ser alfabetizado, ter boa compreensão de comandos verbais. Neste ínterim, entendeu-se por cuidador informal aquele que não possuía formação profissional na área da saúde, mas que assumia a responsabilidade pelo cuidado diário do idoso, podendo ser familiares, amigos ou vizinhos, e que aceitassem participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como critérios de exclusão, estabeleceu-se: participantes que apresentaram doenças agudas, como infecções, durante o período de coleta, que não completaram a aplicação dos instrumentos de avaliação, que se recusaram a responder a algum dos questionários propostos, bem como cuidadores de pacientes com doenças neurológicas associadas, como Acidente Vascular Cerebral, Parkinson, Esclerose Múltipla e Paralisia Cerebral. Inicialmente, a amostra potencial contava com 16 cuidadores de pacientes com DA. Contudo, dois (2) participantes foram descontinuados da pesquisa devido à incompatibilidade de horários para realização das entrevistas com a pesquisadora. Dessa forma, a amostra final foi composta por 14 cuidadores.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento semiestruturado (Apêndice A) composto por itens relacionados aos dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda) e situação de cuidado (grau de parentesco, residência com o idoso, tempo exercendo a função de cuidador informal, carga horária diária dedicada ao cuidado, recebe algum tipo de ajuda ou apoio para cuidar do idoso).

Para avaliar a qualidade de vida, foi adotado o World Health Organization Quality of Life – BREF, a versão abreviada e validada para população brasileira do Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, que prioriza a percepção subjetiva do indivíduo sobre sua qualidade de vida<sup>11</sup>.

Esse instrumento pode ser aplicado em diferentes contextos e populações, independentemente do grau de escolaridade, e se destaca por suas propriedades psicométricas adequadas e pela rapidez na aplicação, permitindo avaliar a qualidade de vida com base na percepção do indivíduo sobre sua saúde física e psicológica, suas relações sociais e o ambiente em que vive. Além disso, o WHOQOL-bref é amplamente utilizado em estudos no mundo todo, sendo reconhecido como uma ferramenta prática e confiável para esse tipo de avaliação<sup>11</sup>.

O questionário possui 26 questões, sendo 2 questões gerais sobre qualidade de vida e 24 distribuídas em 4 domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada questão do WHOQOL-BREF é respondida em uma escala de Likert de 5 pontos, e os escores dos domínios são convertidos em uma escala de 0 a 100. Quanto maior o escore, melhor a qualidade de vida percebida<sup>11</sup>.

Para avaliar a sobrecarga do cuidador, foi aplicada a escala de Sobrecarga de Zarit (Zarit Burden Interview – ZBI-7), versão abreviada/reduzida do instrumento original, mantendo, contudo, sua validade e confiabilidade psicométrica, além de ser validada no Brasil. A escala tem como objetivo mensurar a percepção do cuidador em relação ao impacto emocional, físico, social e financeiro associado ao cuidado de indivíduos dependentes<sup>12</sup>.

A versão de ZBI-7 apresenta propriedades psicométricas satisfatórias e alta correlação com a versão original, com consistência interna satisfatória (alfa de Cronbach de 0,98), apresentando-se como alternativas adequadas em contextos clínicos e de pesquisa que demandam instrumentos mais concisos. O instrumento é amplamente utilizado em distintos contextos clínicos e de pesquisa, especialmente para avaliação de cuidadores de idosos com demência ou que exija cuidados contínuos<sup>13</sup>.

A escala é composta por 7 itens que avaliam a sobrecarga subjetiva do cuidador em relação ao seu papel, sendo cada item respondido por meio de uma escala do tipo Likert de 5 pontos 0 – nunca a 5 – sempre. O escore total varia de 7 a 35, e quanto maior o escore, maior o nível de sobrecarga percebida pelo cuidador<sup>14</sup>.

As médias dos itens foram interpretadas conforme a escala Likert utilizada pela Escala de Zarit, em que valores mais altos indicam maior sobrecarga. Para fins analíticos, consideraram-se médias até 2,5 como indicativas de baixa sobrecarga; entre 2,6 e 3,5, sobrecarga moderada; e acima de 3,5, alta sobrecarga.

A coleta de dados teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o encaminhamento da Carta de Anuência à Prefeitura de João Pessoa. Em seguida, a gerente da Unidade de Saúde Rosa de Fátima disponibilizou os dados referentes aos idosos acometidos pela Doença de Alzheimer. Com o apoio do Agente Comunitário de Saúde (ACS), foram realizadas visitas domiciliares para estabelecer contato com os cuidadores.

Foram esclarecidos aos participantes os objetivos do estudo e a importância de sua colaboração. Após a aceitação, foi agendado dia e horário para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, que foram respondidos em ambiente reservado, sem circulação de pessoas, e somente após a ciência dos participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados quantitativos foram codificados e tabulados no software Microsoft Excel, sendo posteriormente submetidos à análise estatística descritiva, com o intuito de sintetizar e interpretar as características centrais da amostra por meio de medidas de tendência central e dispersão, além da distribuição de frequências.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança CAAE 90601125.1.0000.5179 e no processo de investigação, foram aplicadas as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos a partir das resoluções do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/12<sup>15</sup> e de nº 510/2016<sup>16</sup> e do Código de Ética dos Profissionais de Fisioterapia Resolução nº 424/2013<sup>17</sup>.

### **3 RESULTADOS**

A amostra foi composta predominantemente por mulheres, solteiras, com grau de escolaridade referente ao ensino médio completo e com renda entre 1 e 2 salários mínimos, como pode ser observado na tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica de cuidadores informais de idosos com doença de alzheimer (n=14). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.

Variável	Categoria	Estatística
Idade	-	54,79 anos ±15,79
	Sexo	
Sexo	Masculino	14,3% (2)
	Feminino	85,7% (12)
Estado civil	Casado	35,7% (5)
	Solteiro	57,1% (8)
	Divorciado	7,2% (1)
	Ensino médio completo	50% (7)
Escolaridade	Ensino médio incompleto	7,2% (1)
	Ensino fundamental completo	7,2% (1)
	Ensino fundamental incompleto	35,7% (5)
	Sem renda	21,4% (3)
Renda	Até 1 salário mínimo	28,6% (4)
	Entre 1 e 2 salários mínimos	35,7% (5)
	Não informou	14,3% (2)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Ao analisar a situação de cuidado, observa-se que, em sua maioria, as filhas são responsáveis pelo cuidado, morando na mesma residência da pessoa idosa, com tempo de cuidado superior a 5 anos e em tempo integral. Ao serem questionadas sobre o recebimento de ajuda, a maior parte da amostra relatou receber auxílio governamental e não receber ajuda física ou na divisão das responsabilidades (Tabela 2).

**Tabela 2.** Caracterização da situação de cuidado de cuidadores informais de idosos com doença de alzheimer (n=14). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.

Variável	Categoria	Estatística
Grau de parentesco	Filho(a)	50% (7)
	Esposo(a)	21,4% (3)
	Neto(a)	7,2% (1)
	Sogro(a)	7,2% (1)
	Outro(a)	14,3% (2)
	Residência no mesmo local do idoso	Sim
	Não	14,3% (2)

Tempo de cuidado	6 meses a 1 ano	14,3% (2)
	1 a 3 anos	7,2% (1)
	4 a 5 anos	7,2% (1)
	Mais de 5 anos	71,4% (10)
	5 a 8 horas	7,2% (1)
Carga horária diária	Mais de 8 horas	7,2% (1)
	Integral (24h)	85,7% (12)
Recebimento de ajuda financeira	Familiares	28,6% (4)
	Governo	71,4% (10)
	Familiares	28,6% (4)
Recebimento de ajuda física	Não recebe nenhum apoio	71,4% (10)
	Familiares	28,6% (4)
Recebimento de ajuda quanto às responsabilidades	Não recebe nenhum apoio	71,4% (10)
	Familiares	28,6% (4)

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

Na avaliação da sobrecarga pela escala de Zarit, constata-se que os cuidadores, majoritariamente, apresentaram níveis moderado a alto de sobrecarga (71,4%). Na análise da distribuição das médias por item, merece destaque 1, 5, 7 que apresentaram as maiores médias e refletem, respectivamente, o comprometimento do tempo pessoal em função das demandas do cuidado; o impacto do cuidado prolongado na saúde do cuidador e a sobrecarga do cuidado (Tabela 3).

**Tabela 3.** Distribuição das médias por item da Escala de Zarit aplicada a cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer (n=14). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.

Variável	Descrição do item	Média
Item 1	Falta de tempo para si	3,64
Item 2	Estresse para conciliar o cuidado com outras responsabilidades	3,21
Item 3	Afeta relação com amigos/família	2,71
Item 4	Exaustão	3,14
Item 5	Saúde afetada	4,00
Item 6	Perda do controle da vida	3,14
Item 7	Sobrecarga do cuidado	3,71

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

No que se refere à qualidade de vida, a análise detalhada das questões do WHOQOL-bref revelou diferenças importantes entre os domínios da qualidade de vida

com escores médios entre 3,4 e 3,8 (em uma escala de 1 a 5), indicando qualidade de vida moderada (Tabela 4).

**Tabela 4.** Qualidade de vida de cuidadores informais de idosos com doença de Alzheimer pela escala Whoqol-Bref (n=14). João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2025.

<b>Domínio</b>	<b>Item</b>	<b>Descrição do item</b>	<b>Média + DP</b>
Físico	Q3	Dor física	3,36 ± 1,15
	Q4	Dependência de medicação/tratamento	3,36 ± 1,15
	Q10	Energia para o dia a dia	3,64 ± 0,93
	Q15	Capacidade para realizar atividades diárias	4,86 ± 0,53
	Q16	Qualidade do sono	2,50 ± 1,56
	Q17	Capacidade para trabalhar	3,64 ± 0,84
	Q18	Mobilidade	3,71 ± 0,91
	Q5	Aproveitar a vida	2,43 ± 1,50
	Q6	Sentido e propósito na vida	3,50 ± 1,22
	Q7	Capacidade de concentração	3,29 ± 1,14
Psicológico	Q11	Aceitação da própria aparência	3,57 ± 0,94
	Q19	Satisfação consigo mesmo	3,86 ± 1,10
	Q26	Frequência de sentimentos negativos	3,86 ± 1,29
Relações sociais	Q20	Relações pessoais	2,91 ± 1,31
	Q21	Vida sexual	3,21 ± 1,37
	Q22	Apoio de amigos	2,64 ± 1,39

Meio ambiente	Q8	Segurança física e proteção	3,36 ± 1,08
	Q9	Qualidade do ambiente físico	3,57 ± 1,09
	Q12	Recursos financeiros	2,71 ± 1,27
	Q13	Disponibilidade e qualidade de informações	3,21 ± 1,19
	Q14	Oportunidades de lazer	2,71 ± 1,82
	Q23	Condições do local onde vive	3,64 ± 1,08
	Q24	Acesso a serviços de saúde	3,00 ± 1,36
	Q25	Transporte	3,00 ± 1,24

Fonte: Dados da Pesquisa, 2025.

No domínio físico, que apresentou média de 3,6 ( $\pm 1,1$ ), observou-se boa funcionalidade, mas presença de dor, fadiga e dificuldades com o sono. O domínio psicológico obteve média de 3,4 ( $\pm 1,0$ ) e apresentou bons escores, especialmente em espiritualidade e satisfação pessoal, embora sentimentos negativos e estresse emocional ainda se façam presentes. O domínio relações sociais teve a menor média (2,9  $\pm 0,9$ ), evidenciando que estas não se mostraram satisfatórias no que se refere a relações pessoais e apoio de amigos. Já o domínio meio ambiente apresentou média de 3,1 ( $\pm 0,8$ ) e obteve os menores escores, indicando limitações financeiras e escassas oportunidades de lazer.

#### 4 DISCUSSÃO

A predominância de mulheres desempenhando o papel de cuidadoras de pessoas idosas observado neste estudo, reflete a persistente divisão sexual do trabalho de cuidado na sociedade. Estudos como os de Gatto et al.<sup>18</sup> e Queiroz et al.<sup>19</sup> observaram que a maioria dos cuidadores também foram mulheres, em sua maioria filhas ou esposas dos idosos, o que evidencia o predomínio do gênero feminino na responsabilidade pelo cuidado familiar e reforça a centralidade do papel feminino nas atividades de cuidado, frequentemente associadas a elevados níveis de sobrecarga e comprometimento da qualidade de vida.

Nesse sentido, o estudo de Souza et al.<sup>20</sup> corrobora e amplia essa discussão ao demonstrar que tal predominância resulta da naturalização histórica e cultural do cuidado como atributo feminino, perpetuada por relações sociais e institucionais que atribuem às mulheres a responsabilidade quase exclusiva pelo ato de cuidar, que, muitas vezes, permanece socialmente invisibilizado e desigualmente distribuído, e recaindo sobre as mulheres, o que reforça a necessidade de políticas públicas voltadas ao reconhecimento, à valorização e ao suporte dessas cuidadoras.

O fato da maioria das mulheres participantes serem solteiras pode indicar uma limitação na rede de apoio social, visto que a ausência de um parceiro pode reduzir o compartilhamento das tarefas de cuidado e aumentar a responsabilidade individual sobre o idoso, favorecendo o cansaço físico, emocional, solidão e o sentimento de exaustão, o que pode comprometer a saúde mental e física do cuidador<sup>21</sup>.

Neste ínterim, a baixa satisfação com as relações pessoais e o apoio de amigos evidenciada neste estudo acende o alerta que cuidadores com menor suporte familiar apresentam maior risco de sobrecarga e pior qualidade de vida, especialmente quando desempenham o cuidado de forma exclusiva<sup>22</sup>, uma vez que o apoio social, que envolve dimensões práticas, emocionais e informacionais, atua como um importante fator de proteção contra a sobrecarga, posto que cuidadores que se sentem apoiados por familiares, amigos ou instituições apresentam melhor capacidade de enfrentamento e uma percepção mais positiva da própria qualidade de vida, o que reflete em um cuidado mais humanizado e eficaz ao idoso<sup>23</sup>.

Outros fatores evidenciados como importantes no enfrentamento diante das exigências do cuidado contínuo, foram a espiritualidade e a religiosidade, que contribuem para o equilíbrio emocional e auxiliam na aceitação das dificuldades do processo de adoecimento. Todavia, sentimentos negativos e estresse emocional ainda se fizeram presentes entre os cuidadores, revelando o sofrimento emocional que acompanha a rotina intensa e o avanço da doença.

Neste estudo, observou-se que o ato de cuidar está relacionado ao comprometimento do tempo pessoal e à renúncia das próprias necessidades, refletindo diretamente na percepção de não ter tempo para si. Isso evidencia que, à medida que a dependência do idoso aumenta, o cuidador dispõe de menos tempo livre, gerando sentimentos de exaustão e ansiedade e apontando para a negligência do próprio bem-estar em prol das necessidades do idoso<sup>24</sup>.

Além dos efeitos emocionais, o cuidado contínuo também repercute no âmbito físico em que foi observado a presença de dor, fadiga e dificuldades com o sono, apesar de boa funcionalidade, o que pode ser reflexo das consequências do esforço prolongado e da ausência de períodos de descanso e reitera a premissa do comprometimento de qualidade de vida e bem-estar devido as demandas físicas que o cuidado impõe.

Ademais, outros fatores também podem interferir no bem-estar dos cuidadores. Aires et al.<sup>25</sup> ressaltam a influência dos fatores socioeconômicos, expondo que aqueles com menor escolaridade e baixo nível socioeconômico apresentam maior sobrecarga física e emocional, uma vez que níveis mais baixos de instrução podem dificultar a interpretação dos sinais e sintomas da demência, impactando negativamente o manejo da doença e a efetividade dos cuidados oferecidos.

Já o baixo nível socioeconômico reverbera, muitas vezes, em limitação financeira e falta de acesso a recursos formais de apoio e lazer, ocasionando o aumento do estresse e, dessa forma, comprometendo a qualidade de vida dos cuidadores.

Neste contexto, reflete-se sobre a relevância dos programas de apoio psicossocial, dos grupos de orientação e das políticas públicas voltadas para o alívio da sobrecarga dos cuidadores. Os estudos de Oliveira et al.<sup>26</sup> e Barreto<sup>27</sup>, apontam que o cuidado domiciliar, impõe desafios físicos e emocionais e que programas de apoio psicossocial e os grupos de orientação surgem como estratégias essenciais para oferecer acolhimento, troca de experiências e fortalecimento do autocuidado, contribuindo para a redução do estresse e do sentimento de isolamento. Todavia, essas políticas públicas ainda são limitadas e pouco integradas, o que compromete a efetividade dessas ações e reforça a necessidade de ampliar investimentos em programas permanentes que promovam suporte formal, valorizem o papel do cuidador e assegurem condições adequadas para o exercício do cuidado.

Vale ressaltar ainda o papel desempenhado pela assistência fisioterapêutica neste cenário, visando orientar o cuidador quanto às práticas seguras de mobilização, alongamento e estímulo funcional no cotidiano do cuidado, além de promover funcionalidade e prevenir incapacidades dos pacientes com DA. As intervenções fisioterapêuticas, associadas à educação em saúde, podem contribuir para melhorar a qualidade de vida, reduzir a sobrecarga do cuidador e favorecer o cuidado humanizado no domicílio, reiterando a importância do fisioterapeuta na promoção da saúde e prevenção de agravos, tanto para o idoso quanto para o cuidador<sup>28</sup>.

Logo, cuidar de um idoso com DA é uma tarefa complexa, que exige preparo, suporte e acompanhamento contínuo. Reconhecer o cuidador como sujeito de cuidado é fundamental para garantir não apenas a qualidade de vida do idoso, mas também a saúde e o equilíbrio emocional de quem se dedica a essa função essencial no contexto familiar e social.

## **5 CONCLUSÃO**

De maneira geral, observou-se que os cuidadores informais de idosos com doença de Alzheimer apresentaram qualidade de vida moderada, com maior comprometimento nos domínios físico e ambiental, o que indica que o processo de cuidar, quando desempenhado de forma contínua e integral, acarreta impactos significativos na saúde física, emocional e social do cuidador. No que se refere ao nível de sobrecarga, este variou de moderado a alto, destacando-se o comprometimento do tempo pessoal, o cansaço físico e mental, bem como a percepção de que o cuidado prolongado interfere negativamente na própria saúde e no bem-estar.

Entre as principais limitações do estudo, destaca-se o tamanho reduzido da amostra, o que restringe a generalização dos resultados para outras populações, que pode ser justificado pela dificuldade encontrada na articulação com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da USF, o que prejudicou o contato com potenciais participantes. Além disso, o tempo delimitado para aplicação dos instrumentos também foi limitado.

Para estudos futuros, recomenda-se a ampliação da amostra e a inclusão de cuidadores de diferentes contextos sociais e regiões, de modo a permitir comparações mais amplas e representativas. Sugere-se ainda o desenvolvimento de estudos que avaliem o impacto de intervenções multiprofissionais, como programas de apoio psicossocial, grupos de orientação, ações de educação em saúde e estratégias de autocuidado, voltadas à promoção do bem-estar e à redução da sobrecarga.

## **REFERÊNCIAS**

- 1.Pereira E, Pereira A. O papel da psicomotricidade no tratamento da doença de Alzheimer: revisão de literatura. Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, 2022; 6(7):146–55.
- 2.Schilling L, Balthazar M, Radanovic M, Forlenza O, Silagi M, Smid J, et al. Diagnóstico da doença de Alzheimer: recomendações do Departamento Científico de

Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. *Dementia & Neuropsychologia*. 2022; 16(12) 25–39.

3. Machado A, Carvalho I, Sobrinho H. Neuroinflamação na doença de Alzheimer. *Brasileira Militar de Ciências*. 2020; 6(14) 30-8.

4. Freire D, Silva A, Borin F. Fisiopatologia da doença de Alzheimer. *Terra & cultura: caderno de ensino e pesquisa*. 2022; 38(242) 237-51.

5. Cesário V, Leal M, Marques A, Claudino K. Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. *Saúde em Debate*. 2017; 41(112)171-82.

6. Chaves A, Jesus L, Lopes D, Rosa C, Abrão R. Práticas e saberes dos cuidadores de idosos com Alzheimer: A invisibilidade do enfermeiro, UNIABEU. 2019;12 (30)400-21.

7. Martins M, Guerra G. A complexidade do cuidado no idoso com doença de Alzheimer e a introdução dos cuidados paliativos – uma revisão narrativa. *Iberoam Humanid Ciênc Educ*. 2023;9(7):80–90.

8. Wanderley Filho H, Menezes T, Costa G. Qualidade de vida de idosos residentes em municípios das macrorregiões de saúde da Paraíba. *Pesquisa Qualitativa*. 2023; 11(27): 516-42.

9. Lin C, Marques I, Silva G, Silva E, Colombari A, Nascimento Junior J, et al. Qualidade de vida, estresse, enfrentamento e sobrecarga de cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer. *Fisioter.Mov*. 2024; 37(e37132.0).

10. Aguiar G; Silva J; Raulino L; Silva R; Almeida E; Barreto K. Nivel de sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores de indivíduos com mal de Alzheimer: Overload level and quality of life of the caregivers of individual with or evil Alzheimer. *Revista FisiSenectus*. 2022; 9(1): 100-01.

11. Fleck M, 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". *Saude Publica*. 2000;34(2):178–83.

12. Kuhnle M; Ramsenthaler C; Bausewein C; Fegg M; Hodiament F. Validation of two short versions of the Zarit Burden Interview in the palliative care setting: a questionnaire to assess the burden of informal caregivers. *Apoio e Cuidados Oncológicos*. 2020;28(11) 5185-93.

13. Cejalvo E; Gisbert-Perez J; Martí-Vila M; Badenes-Ribera I. Systematic review following COSMIN guidelines: Short forms of Zarit Burden Interview. *Geriatric Nursing*. 2024; 59: 278-95.

14. Higginson I; Gao W; Jackson D; Murray J; Harding R. Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2010;63(5):535-42.

15. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
17. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 424/2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Brasília: COFFITO; 2016.
18. Gatto C; Scalco T; Lindemann I; Gluszczak L. Prevalência de sobrecarga em cuidadores de idosos assistidos na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Redes*. 2021;7(1): 63-75.
19. Queiroz R; Camacho A; Gurguel J; Assís A; Santos L; Santos M. Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência. *Rev. bras geriatr gerontol*. 2018;21(2): 205-14.
20. Souza I; Pereira J; Silva E. Between state, society and family: the care of female caregivers. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018;71(2720-2727)
21. Muller M; Lonhmann P; Lavall E; Brietzke A. Doença de Alzheimer e dificuldades no cuidado familiar. *Ciências da Saúde*. 2023;12(7): e10512742626
22. Rêbello F; Jucá M; Silva C; Santos A; Barbosa J. Fatores associados a sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência. *Estud. interdiscipl. envelhec., Porto Alegre*. 2021;26(2): 275-92.
- 23- Esper M; Portela F; Loureiro C; Moraga L. Um estudo sobre a sobrecarga em cuidadores de idosos com demência, *Revista Multidisciplinar*, 2023;1(3):1-18.
24. Martins. E; Roso B; Palma K. Análise da qualidade de vida, sobrecarga de cuidadores e desempenho ocupacional de idosos: percepção da terapia ocupacional. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup*. 2024;8(1): 2346-63.
25. Aires M; Fuhrmann A; Mocellin D; Dal Pizzol F; Sponchiado L; Marchezan C, et al. Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2020;41(spe): e20190156.
26. Oliveira T; Maziero B; Buriol D; Horbach da Rosa P; Ilha S. Quality of life of family members/caregivers of elderly people bearing alzheimer's disease: support group contributions / Qualidade de vida de familiares/cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer: contribuição do grupo de apoio. *Rev. Pesqui*. 2020; 12: 827-32.
27. Barreto M; Quispe D; Carreira L; Ucharico T; Herrera E; Marcon S. Vivências de familiares cuidadores de idosos dependentes no processo de cuidado. *Rev. Enferm. UFSM*. 2023;13(23):1-18.

28- Melo A; Carvalho K; Felix K. A influência da fisioterapia nas síndromes demenciais e reduções cognitivas em uma abordagem aos cuidadores. Revista Diálogos em Gerontologia. 2025;1(1):73-74.

## APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

### 1. Dados sociodemográficos

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) 1. Masculino ( ) 2. Feminino

Estado civil: ( ) 1. Casado ( ) 2. Solteiro ( ) 3. Viúvo ( ) 4. Divorciado ( ) 5. Outros

Escolaridade: ( ) 1. Analfabeto(a) ( ) 2. Ensino fundamental incompleto ( ) 3. Ensino fundamental completo ( ) 4. Ensino médio incompleto ( ) 5. Ensino médio completo ( ) 6. Ensino superior incompleto ( ) 7. Ensino superior completo ( ) 8. Pós-graduação

Renda: ( ) 1. Sem renda ( ) 2. Até 1 salário mínimo ( ) 3. De 1 a 2 salários mínimos ( ) 4. De 3 a 5 salários mínimos ( ) 5. Mais de 5 salários mínimos ( ) 6. Prefere não informar

### 2. Situação de cuidado

Grau de parentesco: ( ) 1. Filho(a) ( ) 2. Esposo(a)/companheiro(a) ( ) 3. Irmão(ã) ( ) 4. Neto(a) ( ) 5. Pai/ Mãe ( ) 6. Sogra/Sogro ( ) 7. Outro: \_\_\_\_\_

Reside no mesmo local do idoso: ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

Tempo de cuidado: ( ) 1. Menos de 6 meses ( ) 2. De 6 meses a 1 ano ( ) 3. De 1 a 3 anos ( ) 4. De 4 a 5 anos ( ) 5. Mais de 5 anos

Carga horária diária dedicada ao cuidado:

( ) 1. Até 4 horas por dia ( ) 2. De 5 a 8 horas por dia ( ) 3. Mais de 8 horas por dia ( ) 4. Integral (24h)

Recebe algum tipo de ajuda financeira?

( ) 1. Sim, de familiares ( ) 2. Sim, de amigos/vizinhos ( ) 3. Recebe auxílio do governo

Recebe algum tipo de ajuda física?

( ) 1. Sim, de familiares ( ) 2. Sim, de profissionais da saúde ( ) 3. Sim, de amigos/vizinhos ( ) 4. Não recebe nenhum apoio

Recebe algum tipo de ajuda quanto às responsabilidades

( ) 1. Sim, de familiares ( ) 2. Sim, de profissionais da saúde ( ) 3. Sim, de amigos/vizinhos ( ) 4. Não recebe nenhum apoio

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado(a) Senhor(a),

Estamos convidando o senhor (a) a participar do projeto intitulado **AValiação DA QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER NA COMUNIDADE** desenvolvido pela discente Camila Karla do Nascimento Costa, do curso de Fisioterapia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE, João Pessoa, sob orientação da Professora Emanuelle Malzac Freire de Santana.

É fundamental assegurar e explicitar de forma clara que a participação na pesquisa é totalmente voluntária, garantindo ao participante o direito de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo, penalização ou constrangimento.

O objetivo geral desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida de cuidadores informais de idosos com doença de Alzheimer que vivem na comunidade. Para isso, após a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cada participante responderá a um questionário com duração aproximadamente de 30 minutos. Serão coletadas informações sociodemográficas, dados sobre aspectos relacionados ao cuidado, à saúde física e emocional do cuidador, bem como à sua percepção de qualidade de vida.

Esta pesquisa apresenta riscos mínimos e previsíveis à sua saúde, como possível desconforto ao responder a algumas perguntas. No entanto, a aplicação do questionário será realizada em ambiente reservado, garantindo privacidade e sigilo, a fim de minimizar qualquer constrangimento. Ressaltamos que os benefícios esperados com a realização deste estudo, como a produção de conhecimento que contribua para o reconhecimento e valorização do papel do cuidador informal, superam os riscos mínimos envolvidos.

Informamos ainda que no desenvolvimento desta pesquisa, serão rigorosamente assegurados o sigilo e a privacidade dos participantes em todas as etapas do estudo. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins científicos, sendo armazenados

de forma segura e acessíveis apenas à equipe responsável, garantindo o anonimato e a confidencialidade das informações.

Os resultados deste estudo poderão ser apresentados em eventos científicos, publicados em revistas acadêmicas nacionais e/ou internacionais, e divulgados nas instituições participantes, sempre preservando o anonimato e o sigilo das informações pessoais, mesmo em ocasiões de publicação.

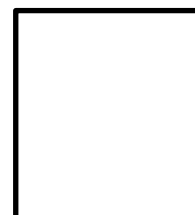
Caso necessite qualquer esclarecimento adicional, ou diante de qualquer dúvida, você poderá solicitar informações ao pesquisador responsável. Também poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE. Este documento está elaborado em duas vias, uma delas ficará com você e a outra com a equipe de pesquisa.

### **Consentimento**

Eu, \_\_\_\_\_, fui devidamente esclarecido sobre a pesquisa, seus riscos e benefícios, os dados que serão coletados e procedimentos que serão realizados além da garantia de sigilo e de esclarecimentos sempre que necessário. Aceito participar voluntariamente e estou ciente que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento sem prejuízos de qualquer natureza. Receberei uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e outra via ficará com pesquisador responsável.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável



\_\_\_\_\_  
Pesquisadora participante da pesquisa

<sup>1</sup> Pesquisadora responsável: Emanuelle Malzac Freire de Santana, telefone: (83) 98825-1949, e-mail [manumalzac@gmail.com](mailto:manumalzac@gmail.com) e endereço: Av Campos Sales, 586, Bessa, CEP: 58035-000, João Pessoa-PB

<sup>2</sup> Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): O Comitê de Ética, de acordo com a Resolução CNS nº 466/2012, é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo e educativo, criado para defender os direitos dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. C.EP FACENE/FAMENE - Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame - João Pessoa – Paraíba – Brasil, CEP 58.067-695. Fone: +55 (83) 2106-4790. Horário de atendimento (Segunda à Sexta das 08h às 17h). E-mail: [cep@facene.com](mailto:cep@facene.com)

## ANEXO A - Escala de WhoQol-Bref

### 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 de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
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, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

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 oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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 você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
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	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

**ANEXO B – 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

<b>AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA</b>	
Leve	até 14 pontos
Moderada	15 a 21 pontos
Grave	acima de 22 pontos

Fonte: Scazufca, 2002.