



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

Faculdade de Odontologia – Campus de Araçatuba



GABRIELA BAESTEIRO BALDESSIM

**Avaliação da qualidade de vida, ansiedade, estresse e
depressão de cuidadores de pacientes com Síndrome
de Down.**

Araçatuba

2018

GABRIELA BAESTEIRO BALDESSIM

Avaliação da qualidade de vida, ansiedade, estresse e depressão de cuidadores de pacientes com Síndrome de Down.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”- UNESP, como parte dos requisitos a obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Ass. Dr. Karina Helga Turcio de Carvalho

Araçatuba

2018

Agradeço à Deus, por todas as oportunidades de uma vida maravilhosa, por me ajudar realizar todos os meus sonhos e por tanta felicidade.

Aos meus pais Maria Antônia Sanches Basteiro Baldessim e Nivaldo Baldessim, que me deram todo amor e carinho do mundo, que me deram o melhor exemplo, que me ensinaram tudo o que eu precisava e me deram todas as oportunidades para eu poder realizar as minhas conquistas.

Que sempre acreditaram na minha capacidade e nunca mediram esforços para que eu pudesse realizar meus sonhos. Agradeço à Isabela Basteiro Baldessim, minha maior amiga e companheira, por toda paciência, amor, cuidado e dedicação.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que cuida tão bem de mim, que sempre me guia, que me dá muito mais do que eu peço e mereço. Agradeço por tanta coragem e tanta força. É graças a ele que nesse momento eu realizo um dos meus maiores sonhos.

Aos meus pais, Nivaldo Baldessim e Maria Antônia Sanches Baesteiro Baldessim, que me deram o melhor exemplo. Agradeço por me darem todo o amor e carinho desse mundo. Que nunca mediram esforços para me fazer feliz. É graça a eles que eu sei aonde quero chegar, e que hoje realizo essa conquista.

À minha irmã, Isabela Baesteiro Baldessim, o maior amor da minha vida. A quem eu pude dividir todas as minhas responsabilidades e sentimentos. A pessoa em que eu sempre encontrei paz e força. Obrigada por toda paciência e ajuda em todos esses anos. Por me ouvir e me servir de exemplo. O maior presente que Deus me deu.

Aos meus tios, Maria Cleide Baldessim Lara e Benedito Lara, que me trouxeram muita paz nos momentos mais difíceis, que me ajudaram com todas as responsabilidades, sem medir esforços, me dando todo o apoio que eu precisava para poder continuar seguindo esse sonho, que sempre me ouviram com muita paciência e carinho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Karina Helga Turcio de Carvalho, pela orientação e por todo o conhecimento passado. Agradeço por ter confiado na minha capacidade para ser sua orientada e por ter me dado a oportunidade de ter participado de uma pesquisa que contribuiu tanto para mim, tanto na formação profissional quanto pessoal. Obrigada por toda atenção, paciência e por sanar minhas dúvidas e por ter sempre um tempinho para mim apesar da sua rotina corrida.

Ao Prof. Dr. Aldiéres Alves Pesqueira, por ter aceito o convite de fazer parte da banca examinadora e pela disponibilidade em avaliar o meu trabalho.

Agradeço pela oportunidade em aprender com ele, por tanta atenção e dedicação em ensinar. Por ter contribuído na minha formação e por me inspirar.

À Hiskell F. Fernandes e Oliveira, além de banca examinadora, minha amiga. Agradeço pela avaliação do meu trabalho e disponibilidade. Obrigada por tanto carinho, amor e dedicação todos os dias. Por estar fazendo parte desse momento tão importante e especial, mais uma vez, juntas. Agradeço por estar presente em todos os momentos, sempre me ajudando, orientando e crescendo junto comigo. Sou muito grata pela nossa amizade.

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP dirigida pelo Prof. Dr. Wilson Roberto Poi, por oferecer a estrutura, como também professores e funcionários sempre dispostos a ajudar e ensinar, tendo papel fundamental na minha formação acadêmica.

Ao CAOÉ (Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência), por ter cedido espaço e pacientes para a realização dessa pesquisa, assim como os funcionários que foram sempre muito atenciosos e solícitos.

A todos os pacientes com Síndrome de Down que fizeram parte dessa pesquisa, que contribuíram não somente para o meu enriquecimento profissional, mas como ser humano. Que me ensinaram a ver a vida com mais amor e sinceridade. Serei eternamente grata por essa experiência.

À Profa. Dra. Daniela Atili Brandini, co-orientadora desse trabalho, que foi essencial para o desenvolvimento desse projeto e por ter realizado a análise estatística. Agradeço por toda paciência, ajuda e disponibilidade.

A minha dupla querida da graduação, meu querido amigo Allan Oliveira da Silva, que esteve comigo em quase todas as disciplinas clínicas, dividindo comigo todas as experiências, todos os dias. A pessoa que quando eu estava cansada me fazia continuar, que sempre me apoiou, me ouviu e muitas vezes tirou a força que nem tinha para me motivar. Agradeço por ter dividido com você tantos momentos na nossa evolução profissional e pessoal.

A Thaisa Casteli e Leticia Robles, que dividi tantos momentos nesses anos. Sempre guardarei nossos momentos com muito carinho e sou muito grata por eles, a amizade de vocês fez meu período em Araçatuba ser mais leve e feliz.

Às minhas amigas Karime Casarin, Natalia Moretti, Carol Feo e Thais Ravelli, que mesmo com a distância nunca deixaram de estar presentes em minha vida. Que sempre me deram força para conseguir começar esse sonho e agora finaliza-lo. Que sempre estiveram de braços abertos para me receber a cada volta. Obrigada por tudo sempre.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

"Não há céu sem tempestade, nem caminhos sem acidentes. Não tenha medo da vida, tenha medo de não vivê-la intensamente."

Augusto Cury

Baldessim, G. B. **Avaliação da qualidade de vida, ansiedade, estresse e depressão de cuidadores de pacientes com Síndrome de Down**. 2018. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

RESUMO

O papel do cuidador de portadores de Síndrome de Down (SD) é fundamental, pois o grau de dependência destes indivíduos é variável, e muitas vezes pode sobrecarregar a vida do cuidador. Diante disto, o objetivo deste estudo foi analisar os níveis de ansiedade, estresse, depressão e a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com SD, atendidos no CAOE (Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência) – UNESP (FOA), e correlacionar estes dados ao grau de reponsabilidade do cuidador. Participaram do estudo 82 cuidadores de pacientes com SD com faixa etária média de 58,19 anos. Os cuidadores foram inicialmente submetidos a um questionário de identificação. Em seguida, a um instrumento de avaliação de qualidade de vida, o World Health Organization Quality of Life em sua forma abreviada (WHOQOL- Bref), seguida pelo Inventário de Depressão (Beck BDI-II) e ansiedade (Beck BAI). Em seguida, foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress (LIPP - ISSL). Os resultados foram submetidos ao teste Qui-quadrado com nível de significância de $p < 0,05$, para comparação entre os grupos. Os participantes do estudo foram divididos em 2 grupos, sendo um de cuidadores primários (G1) e outros de demais cuidadores (G2). A maioria dos cuidadores são primários (91,4%) e do gênero feminino (76,8%). Os níveis de depressão e ansiedade não foi diferente para os grupos G1 e G2. Quanto aos sintomas de estresse, não houve diferença estatística entre os grupos, tanto nas fases do estresse ($p= 0,408$), quanto nos sintomas físicos ($p=0,668$) e sintomas psicológicos ($p= 0,745$). Na qualidade de vida, o domínio físico ($p= 0,673$), domínio psicológico ($p= 0,505$), domínio relações sociais ($p= 0,235$) e domínio ambiente ($p= 0,343$), auto avaliação da qualidade de vida ($p= 0,296$) e total ($p= 0,277$), também não tiveram diferença estatística significativa. Os cuidadores de paciente com SD não apresentaram elevado grau de ansiedade, estresse e depressão e nem

efeitos negativos na qualidade de vida, independente do grau de responsabilidade como cuidador.

Palavras-chave: Síndrome de Down. Depressão. Ansiedade. Estresse.

Baldessim, G. B. **Evaluation of the quality of life, anxiety, stress and depression of caregivers of patients with Down Syndrome.** 2018. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2018.

ABSTRACT

The role of the caregiver of Down Syndrome (DS) is fundamental, since the degree of dependence of these individuals is variable, and can often overwhelm the life of the caregiver. Therefore, the objective of this study was to analyze the levels of anxiety, stress, depression and quality of life of caregivers of patients with DS attended at the CAO E (Center for the Assistance to Individuals with Disabilities) - UNESP (FOA), and to correlate to the degree of caregiver responsibility. Participants were 82 caregivers of patients with DS with a mean age of 58.19 years. The caregivers were initially submitted to an identification questionnaire. Then, to a quality-of-life assessment tool, the World Health Organization Quality of Life in its abbreviated form (WHOQOL- Bref), followed by the Inventory of Depression (Beck BDI-II) and anxiety (Beck BAI). The Stress Symptom Inventory (LIPP - ISSL) was then applied. The results were submitted to the chi-square test with significance level of $p < 0.05$, for comparison between the groups. The study participants were divided into 2 groups, one of primary caregivers (G1) and other caregivers (G2). Most caregivers are primary (91.4%) and female (76.8%). The levels of depression and anxiety were not different for groups G1 and G2. As for stress symptoms, there was no statistical difference between the groups, both in the stress stages ($p = 0.408$) and in the physical symptoms ($p = 0.668$) and psychological symptoms ($p = 0.745$). In the quality of life, the physical domain ($p = 0.673$), psychological domain ($p = 0.505$), domain social relations ($p = 0.235$) and environment domain ($p = 0.343$) and total ($p = 0.277$), also did not have significant statistical difference. Caregivers of patients with DS did not present high levels of anxiety, stress and depression, nor did they have negative effects on quality of life, regardless of the degree of caregiver responsibility.

Key words: Down syndrome. Depression. Anxiety. Stress.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Domínio I – Domínio Físico	20
Quadro 2-	Domínio II – Domínio Psicológico	20
Quadro 3	Domínio III – Relações Sociais	21
Quadro 4	Domínio IV – Meio Ambiente	21
Quadro 5	Níveis de Depressão	22
Quadro 6	Níveis de Ansiedade	22
Quadro 7	Fases do Estresse	24
Quadro 8	Sintomas Físicos	24
Quadro 9	Sintomas Psicológicos	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados descritivos da população estudada: entre gênero, estado civil, etnia, grau de parentesco, grau de escolaridade, se trabalha fora de casa no grupo de cuidador primário (G1) e cuidador secundário (G2).	27
Tabela 2	Correlação de Spearman do grau de responsabilidade do cuidador com depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida (Inventário Beck de Depressão (BDI)).	28
Tabela 3	Correlação Inventário de Beck de Ansiedade (BAI) com o grau de responsabilidade do cuidador.	28
Tabela 4	Correlação Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL) com o grau de responsabilidade do cuidador.	28
Tabela 5	Correlação de Spearman da qualidade de vida e seus domínios (WHOQOL) com o grau de responsabilidade do cuidador.	29

LISTA DE ABREVIATURAS

BAI- Inventário Beck de Ansiedade (Beck Anxiety Inventory)

BDI- Inventário Beck de Depressão (Beck Depression Inventory)

CAOE- Centro de Atendimento Odontológico à Pessoa com Deficiência

LIPP- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL)

OMS- Organização Mundial da Saúde

SD- Síndrome de Down

WHOQOL- World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO	18
3 METODOLOGIA	19
3.1 Participantes	19
3.2 Questionários	19
3.3 Instrumentos	20
3.3.1 World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)	20
3.3.2 Inventário Beck de Depressão - BDI – (Beck Depression Inventory)	21
3.3.3 Inventário Beck de Ansiedade – BAI - (Beck Anxiety Inventory)	22
3.3.4 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL)	23
3.4 Procedimentos	24
3.5 Análise Estatística	25
4 RESULTADOS	26
5 DISCUSSÃO	30
6 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35

ANEXO A	Aprovação Comitê de Ética	40
ANEXO B	Termo de Consentimento Livre e Informado	42
ANEXO C	Questionário de identificação do cuidador	45
ANEXO D	Questionário WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)	47
ANEXO E	Inventário Beck de Depressão – BDI (Beck Depression Inventory)	51
ANEXO F	Inventário Beck de Ansiedade – BAI (Beck Anxiety Inventory)	55
ANEXO G	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL)	57

1 INTRODUÇÃO

A síndrome de Down (SD) é uma doença genética associada à divisão celular anormal do cromossomo 21. Pode ocorrer em até 1/1000 crianças nascidas, sendo umas das condições clínicas associada ao retardo mental mais antiga (SCHIEVE et al., 2009). As doenças mais comuns associadas a SD são cardiopatias congênitas, distúrbios gastrointestinais, respiratórios, alterações atlantooccipital e atantoaxial, perdas auditivas, hipotireoidismo e epilepsia. Sendo assim, é necessário lidar com muitos desafios, físicos, como também, o desafio social (MUSTACCHI; PERES, 2000). Quando nasce um paciente com SD na família, pode haver uma dificuldade de aceitação entre o filho imaginado e o real, podendo refletir no vínculo familiar e nos cuidados, e também no processo de desenvolvimento da criança (CORRICE; GLIDDEN, 2009; PEREIRA; DESSEN, 2006; SUNELAITIS; ARRUDA; MARCOM, 2007).

Nos últimos tempos ocorreram muitas mudanças na sociedade, devido aos avanços da medicina, da reabilitação, e educação. Atualmente, os portadores da SD podem desenvolver mais o seu potencial, ter uma vida mais longa, assim como ter maiores oportunidades, seja na educação, profissão, lazer e inclusão na sociedade (MAKARY et al., 2014; SCHWARTZMAN, 1999).

Apesar de toda a evolução a este respeito, é possível que ocorra uma sobrecarga adicional nas famílias destes pacientes, gerando um impacto negativo na família, que tem responsabilidades com os portadores, seja no nível social, financeiro, higiene, psicológico e alimentação (CHEN et al., 2008; MOST et al., 2006; POVEE et al., 2012; ROACH; ORSMOND; BARRATT, 1999; SLOPER et al., 1991). Essa sobrecarga adicional, pode levar à sentimentos de incertezas e ansiedade quanto aos cuidados, desenvolvimento e sobrevivência do portador (GLOZMAN, 2004; REZENDE et al., 2014).

O cuidador principal destes pacientes exerce um papel importante no seu desenvolvimento, e tem responsabilidade em dar assistência e cuidar, visando à melhoria da saúde (OLIVEIRA et al., 2011; ROCHA, 2010), integrando-o portador na sociedade (OLIVEIRA, 2011). A mãe, na maioria das

vezes, tem o papel de cuidador principal e se dedica integralmente aos cuidados do seu filho, (REZENDE et al., 2014; ROCHA, 2010), e devido à falta de orientação adequada e de suporte de instituições de saúde, há uma alteração de tempo e de rotina do cuidador, impactando negativamente a sua qualidade de vida (MOREIRA et al., 2016; BARBOSA; FERNANDES, 2009; BUZATTO; KRISHNAGIRI, 2005; STONEMAN, 2007; SUNELAITIS; ARRUDA; MARCOM, 2007; WAYNE; KRISHNAGIRI, 2005). Quanto maior a dependência funcional, problemas comportamentais e instabilidade clínica do portador de SD, maior é impacto negativo sobre vida do cuidador (BOURKE et al., 2008; POVEE et al., 2012).

O acesso aos direitos, lazer, saúde, bem estar geral, material e relações familiares, influenciam na qualidade de vida dos cuidadores (MOREIRA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2011), assim, é preciso que se realize uma triagem sistemática para a detecção de problemas, tornando viável a intervenção pelas redes de apoio (MARCHAL et al., 2013). Os fatores que influenciam na qualidade de vida (diferenças econômicas, culturais e sociais) devem ser identificados e a atitude dos cuidadores no cuidado dos portadores deve ser observada, para diminuir o sofrimento desse portador, seja o sofrimento físico ou emocional, dentro das possibilidades (MOREIRA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2011). É necessária a inclusão da família no planejamento do cuidado e em todo processo de reabilitação, e também, de estratégias de cuidados para com os cuidadores. O cuidador, o portador da SD, a família e os demais filhos precisam de acolhimento, respeito e atenção, além de orientação e informação da equipe de saúde (MOREIRA et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2011).

2 OBJETIVO

Diante disto, o objetivo deste estudo foi:

- Avaliar os níveis de ansiedade, estresse, depressão e a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com SD, atendidos no CAOE (Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência) – UNESP (FOA);

- Correlacionar estes dados ao grau de reponsabilidade do cuidador.

A hipótese desse estudo foi que cuidadores de pacientes com SD, apresentam maior grau de ansiedade, estresse, depressão e efeitos negativos na qualidade de vida, e que estes dados se correlacionam com o grau de dependência do paciente.

3 METODOLOGIA

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, número do parecer 2.522.646, (anexo A), os participantes deste estudo foram selecionados na instituição CAOÉ (Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência), centro de referência para o atendimento de pacientes com SD.

3.1 Participantes

Participaram do estudo 82 cuidadores de pacientes com SD que são atendidos no CAOÉ (Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência), FOA-UNESP.

Os cuidadores foram convidados a participar do estudo e conheceram os objetivos e propósitos do mesmo, como também, ficaram cientes das etapas de desenvolvimento da pesquisa, que os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e que os procedimentos usados ofereciam risco Mínimo à sua dignidade. Após isso, os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme determina a Resolução CNS-196/96 (anexo B).

3.2 Questionários

Inicialmente os participantes foram submetidos a um questionário inicial (anexo C), contendo perguntas para a caracterização do entrevistado, como nome, idade, endereço, cidade, gênero, estado civil, etnia, profissão e o grau de parentesco com o paciente, se ele era o cuidador principal, se era o único a exercer a função de cuidador, o grau de responsabilidade do cuidador, quais os tipos de cuidados que o cuidador realizava e qual o grau de dependência desse paciente para realizar atividades que comprometessem sua sobrevivência. Também foram questionados sobre o grau de escolaridade, se trabalhava fora de casa e a renda familiar mensal.

3.3 Instrumentos

3.3.1 World Health Organization Quality of Life (WHOQOL):

Foi aplicado um instrumento de avaliação de qualidade de vida desenvolvido pela OMS, o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), devido à necessidade de avaliar a qualidade de vida no tratamento em medicina, instrumento composto por 100 questões. A necessidade de um instrumento mais curto permitiu o desenvolvimento da versão abreviada contendo 26 questões (WHOQOL-Bref) (FLECK, 2010).

O questionário é composto por duas questões gerais e as demais (24 questões) representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (anexo D). Assim o WHOQOL-Bref é composto por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio- ambiente.

Quadro 1- Domínio I – Domínio Físico

Domínio I – Domínio Físico	Dor e desconforto
	Energia e fadiga
	Sono e repouso
	Mobilidade
	Atividades da vida cotidiana
	Dependência de medicação ou de tratamentos
	Capacidade de trabalho

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 2- Domínio II – Domínio Psicológico

Domínio II – Domínio Psicológico	Sentimentos positivos
	Pensar, aprender, memória e concentração
	Auto-estima
	Imagem corporal e aparência
	Sentimentos negativos
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 3 - Domínio III – Relações Sociais

Domínio III – Relações Sociais	Relações pessoais
	Suporte (Apoio) social
	Atividade Sexual

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 4- Domínio IV – Meio Ambiente

Domínio IV – Meio Ambiente	Segurança física e proteção
	Ambiente no lar
	Recursos financeiros
	Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	Participação e oportunidade de recreação/lazer
	Ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/lazer
	Transporte

Fonte: Elaborado pelo autor.

Ainda que os instrumentos WHOQOL sejam amplamente utilizados e difundidos, a utilização do software SPSS para o cálculo dos resultados destes constitui um fator limitante na sua utilização. Almejando a supressão dessa limitação, foi construído uma ferramenta, a partir do software Microsoft Excel, para a realização do cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-Bref, disponibilizada para download, <http://www.brunopedroso.com.br/whoqol-bref.html>, que foi utilizada para esse trabalho (PEDROSO, et al., 2010).

3.3.2 Inventário Beck de Depressão - BDI – (Beck Depression Inventory):

A Escala de Depressão de Beck ou Inventário de Beck (Beck Depression Inventory, BDI, BDI-II) foi desenvolvida por Aaron Beck e, consiste de um questionário de auto-relato (anexo E). É um instrumento para mensuração da severidade de episódios de depressão (GANDINI et al., 2007; PARANHOS et al., 2010).

Utilizou-se a versão em português dos 21 itens da forma revisada do BDI (BDI II). A escala é composta por itens que incluem sintomas e atitudes

com intensidades variando de neutras a um nível máximo de gravidade, classificadas de 0 a 3. As categorias utilizadas: 0-13 depressão mínima, 14-19 depressão leve, 20-28 depressão moderada e 29-63 depressão severa.

Quadro 5- Níveis de Depressão

Níveis	Escores
Depressão mínima	0-13
Depressão leve	14-19
Depressão moderada	20-28
Depressão severa	29-63

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.3.3 Inventário Beck de Ansiedade – BAI - (Beck Anxiety Inventory):

A Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), também desenvolvida por Beck, é um questionário de auto-relato que mensura a severidade da ansiedade de um indivíduo (anexo F) (BARTHOLOMEU et al., 2010)

Consiste em 21 questões sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade (como medo de perder o controle e suor). Cada questão apresenta quatro possíveis respostas, e a que se assemelha mais com o estado mental do indivíduo deve ser sinalizada. As categorias utilizadas: 0-10 grau mínimo de ansiedade, 11-19 grau de ansiedade leve, 20-30 ansiedade moderada e de 31-63 ansiedade severa.

Quadro 6- Níveis de Ansiedade

Níveis	Escores
Ansiedade mínima	0-10
Ansiedade leve	11-19
Ansiedade moderada	20-30
Ansiedade severa	31-63

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.3.4 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL):

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL) fornece uma medida da sintomatologia do estresse em adultos (anexo G). É composto por três quadros referentes às fases do estresse, o primeiro refere-se aos sintomas físicos ou psicológicos que a pessoa tenha experimentado nas últimas 24 horas, sendo composto por 15 questões. O segundo quadro refere-se aos sintomas experimentados nos últimos 7 dias, é composto por dez sintomas físicos e 5 psicológicos. O terceiro e último quadro, refere-se aos sintomas experimentados no último mês, composto de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos. Alguns sintomas se repetem nos diferentes quadros, mas com intensidade diferente. No total, o Inventário apresenta 37 itens de natureza somatória e 19 psicológicas (LIPP, 2005; ROSSETTI et al., 2008).

O modelo teórico do estresse é quadrifásico, dividido nas seguintes fases: Fase do Alerta, Fase de Resistência, Fase de Quase Exaustão e Fase de Exaustão (LIPP, 2005).

A Fase do Alerta é a fase positiva do estresse, quando o indivíduo automaticamente se prepara para a ação. Se a Fase do Alerta é mantida por muito tempo ou se novos estressores se acumulam, entra-se na Fase da Resistência, o organismo tenta impedir o desgaste total de energia, o indivíduo tenta inconscientemente reestabelecer o equilíbrio interior. A Fase de Quase Exaustão (fase recém descoberta), é quando a tensão excede o limite do gerenciável, a resistência física e emocional começa a quebrar, ainda há momentos em que o indivíduo consegue pensar lucidamente, porém, com muito esforço. Há muita ansiedade nessa fase. A Fase da Exaustão é a fase mais negativa do estresse patológico, ocorrendo um grande desequilíbrio interior. O indivíduo entra em depressão e não consegue concentrar ou trabalhar (LIPP, 2005).

Quadro 7- Fases do Estresse

Fases do Estresse	Escore
Sem estresse	1
Fase de Alerta	2
Fase de Resistência	3
Fase de Quase Exaustão	4
Fase de Exaustão	5

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 8- Sintomas Físicos

Sintomas Físicos	Escore
Fase de Alerta	1
Fase de Resistência\Quase Exaustão	2
Fase de Exaustão	3

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 9- Sintomas Psicológicos

Sintomas Psicológicos	Escore
Fase de Alerta	1
Fase de Resistência\Quase Exaustão	2
Fase de Exaustão	3

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.4 Procedimentos

Para a coleta de foram utilizados 5 questionários: questionário de identificação do cuidador (anexo C), medida de qualidade de vida validado no Brasil WHOQOL-Bref (anexo D), inventário de depressão de Back-BDI (anexo E), inventário de ansiedade de Back-BAI (anexo F) e inventário de estresse-LIPP (anexo G).

Na coleta de dados, o aplicador seguiu uma folha de instruções para aplicação dos questionários, afim de garantir a padronização deste procedimento. Foram explicados aos participantes todos os objetivos da pesquisa e apresentou instruções sobre como responder e garantiu o anonimato do respondente. Os participantes que apresentaram dificuldades na

leitura dos questionários receberam auxílio do avaliador para isto, sem interferir nas respostas.

No CAOÉ, o contato inicial com os participantes ocorreu na sala de espera da instituição, durante o período em que estes aguardavam o atendimento dos pacientes com SD. Mediante o consentimento deles em participar da pesquisa foram encaminhados para uma sala preparada para a aplicação do questionário.

3.5 Análise Estatística

Na análise dos dados foram identificadas categorias referentes ao perfil do cuidador, visando à descrição e representação percentual da amostra estudada. Foi utilizado o teste Qui-quadrado com nível de significância de $p < 0,05$, para comparação entre os grupos.

4 RESULTADOS

Participou do estudo um total de 82 voluntários com idade entre 23 a 78 anos (58,19 anos). Destes, todos (82) responderam aos inventários de ansiedade, depressão e estresse (BDI, BAI e LIPP), e 68 responderam ao inventário WHOQOL-Bref. Os participantes do estudo foram divididos em 2 grupos, sendo um de cuidadores primários (G1) e outros de demais cuidadores(G2).

Na tabela 1 estão apresentados os resultados descritivos sobre gênero, estado civil, etnia, grau de parentesco grau de escolaridade e se trabalha fora de casa em ambos os grupos avaliados (G1 e G2). Esta tabela denota que a maioria dos cuidadores são cuidadores primários (91,4%) e do gênero feminino (76,8%). O estado civil da maioria é casado (53,7%), etnia branco (72%) e o grau de parentesco em sua maioria é de mães (65,9%). O grau de escolaridade da maioria é 3º ano do ensino médio completo (18,3%). Em sua maioria, esses cuidadores não trabalham fora de casa (72%). Os demais cuidadores (8,5%), também em sua maioria são do sexo feminino (4,8%), casado (4,8%) e branco (8,5%). O grau de parentesco destes cuidadores são pais (2,4%) ou outros (2,4%), como por exemplo, parentes mais distantes ou cuidadores contratados. O grau de escolaridade desses cuidadores é 8ª do ensino médio completo (2,4%) e ensino superior completo (2,4%). A maioria desse grupo trabalha fora de casa (4,9%).

Tabela 1 – Dados descritivos da população estudada: entre gênero, estado civil, etnia, grau de parentesco, grau de escolaridade, se trabalha fora de casa no grupo de cuidador primário (G1) e cuidador secundário (G2).

		(G1) Cuidador Primário	(G2) Demais Cuidadores	Total	
Gênero	Homem (%)	14,6	3,7	Homens (%)	18,3
	Mulher (%)	76,8	4,8	Mulheres (%)	81,7
Estado civil	Solteiro (%)	7,3	1,2	Solteiro (%)	8,5
	Casado (%)	53,7	4,8	Casado (%)	58,5
	Divorciado (%)	9,8	2,4	Divorciado (%)	12,2
	Viúvo (%)	20,7	0	Viúvo (%)	20,7
Etnia	Branco (%)	72	8,5	Branco (%)	80,5
	Negro (%)	15,9	0	Negro (%)	15,9
	Pardo (%)	3,7	0	Pardo (%)	3,7
	Amarelo (%)	0	0	Amarelo (%)	0
Grau de Parentesco	Pai (%)	17,1	2,4	Pai (%)	19,5
	Mãe (%)	65,9	1,2	Mãe (%)	67,1
	Tio (a) (%)	1,2	1,2	Tia (%)	2,4
	Avós (%)	3,7	0	Avós (%)	3,7
	Outros (%)	3,7	2,4	Outros (%)	7,3
Grau de Escolaridade	Nunca frequentou (%)	9,8	0	Nunca frequentou (%)	9,8
	1ª série EF (%)	1,2	0	1ª série EF (%)	1,2
	2ª série EF (%)	4,9	0	2ª série EF (%)	4,9
	3ª série EF (%)	6,1	0	3ª série EF (%)	6,1
	4ª série EF (%)	15,9	1,2	4ª série EF (%)	17,1
	8ª série EF (%)	11	2,4	8ª série EF (%)	13,4
	3ª ano EM (%)	18,3	1,2	3ª ano EM (%)	19,5
	ES (%)	11	2,4	ES (%)	13,4
Você Trabalha Fora de Casa	Sim (%)	19,5	4,9	Sim (%)	24,4
	Não (%)	72	3,6	Não (%)	75,6

Fonte: Elaborado pelo Autor

As tabelas 2 e 3 contêm os resultados da correlação de Spearman e denotam que não houve diferença estatística significativa ($p < 0,05$), entre os

níveis de depressão ($p= 0,591$) e ansiedade ($p= 0,164$) com o grau de responsabilidade dos cuidadores de pacientes com a SD.

Tabela 2 – Correlação de Spearman do grau de responsabilidade do cuidador com depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida (Inventário Beck de Depressão (BDI)).

Grau de responsabilidade nos cuidados	BDI
Coefficiente de Correlação de Spearman	-0,06
P	0,591
N	82

* $p < 0,05$ denota diferença estatística significante.

Fonte: Elaborado pelo Autor

Tabela 3 – Correlação Inventário de Beck de Ansiedade (BAI) com o grau de responsabilidade do cuidador.

Grau de responsabilidade nos cuidados	BAI
Coefficiente de Correlação de Spearman	-0,155
P	0,164
N	82

* $p < 0,05$ denota diferença estatística significante.

Fonte: Elaborado pelo Autor

A tabela 4 denota que no inventário dos sintomas de estresse, as fases do estresse ($p=0,408$), sintomas físicos ($p= 0,668$) e sintomas psicológicos ($p= 0,745$) não mostraram diferença estatística significante de $p < 0,05$, em relação ao grau de responsabilidade.

Tabela 4 – Correlação Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL) com o grau de responsabilidade do cuidador.

Grau de responsabilidade nos cuidados	LIPP (Fases do Estresse)	LIPP (Sintomas Físicos)	LIPP (Sintomas Psicológicos)
Coefficiente de Correlação de Spearman	-0,093	-0,048	-0,036
P	0,408	0,668	0,745
N	82	82	82

* $p < 0,05$ denota diferença estatística significante.

A tabela 5 apresenta os resultados dos 68 cuidadores que responderam o inventário WHOQOL. Ela denota que no domínio físico ($p=0,673$), domínio psicológico ($p=0,505$), domínio de relações sociais ($p=0,235$), domínio do ambiente ($p=0,343$), auto avaliação da qualidade de vida ($p=0,296$) e total ($p=0,277$), não tiveram significância estatística na qualidade de vida dos cuidadores.

Tabela 5 – Correlação de Spearman da qualidade de vida e seus domínios (WHOQOL) com o grau de responsabilidade do cuidador.

Grau de responsabilidade de nos cuidados	WHOQOL (Domínio Físico)	WHOQOL (Domínio Psicológico)	WHOQOL (Domínio Relações Sociais)	WHOQOL (Domínio Ambiente)	Auto Avaliação Qualidade de Vida	Total WHO QOL
Coeficiente de Correlação de Spearman	0,047	0,082	0,146	0,117	0,129	0,122
P	0,673	0,505	0,235	0,343	0,296	0,277
N	82	68	68	68	68	82

* $p < 0,05$ denota diferença estatística significativa.

Fonte: Elaborado pelo Autor

5 DISCUSSÃO

A hipótese do presente estudo foi negada, uma vez que o grau de responsabilidade do cuidador não influencia na sua qualidade de vida, ansiedade, estresse e depressão.

Ao nascimento de uma criança portadora da SD, ocorre uma grande mudança de planos da família (RIPPER, 2007; SLOPER et al., 1991). Para o cuidador principal, há maiores exigências no cuidado desse indivíduo portador da SD, devido ao maior desprendimento do tempo livre e aumento do trabalho (CROWE, 1993; PADELIADU, 1998), e como consequência esses cuidadores apresentam sintomas de estresse, fadiga (BOURKE et al., 2008; PADELIADU, 1998) e depressão (SINGER, 2006). Na maioria das vezes a mãe tem o papel de cuidador principal (BOURKE et al., 2008; TURNER et al., 1990), e estes resultados corroboram com os do presente estudo, sendo que 67,1% dos cuidadores são mães.

As mães, além de todos os cuidados com a sua família, lutam para inserir o filho com SD na sociedade, o que pode gerar algum estresse e desta forma é importante ter conhecimento sobre sua qualidade de vida para desenvolver estratégias promovendo a saúde materna, influenciando positivamente todo o núcleo familiar (ROCHA, 2010). Há poucos estudos do elemento masculino como principal cuidador, ou seja, o pai, (RICCI, 2003), o que também corrobora com este estudo, uma vez que o pai é geralmente o cuidador secundário (2,4%) ou até mesmo ausente, e neste estudo somente 17,1 % dos pais são cuidadores primários, ficando a responsabilidade de cuidador primário para a mãe.

A presença de um indivíduo com deficiência mental em uma família provoca ansiedade e dúvidas, devido a uma necessidade maior nos cuidados, além de incertezas sobre desenvolvimento e sobrevivência, refletindo da vida pessoal na mãe (SHAPIRO; BLACHER; LOPEZ, 1998). A maior necessidade nos cuidados desencadeia o estresse nos pais do indivíduo com deficiência mental (SILVA; DESSEN, 2006). A depressão é outro aspecto que pode

repercutir da dinâmica da família, podendo refletir nas relações, como mostra alguns estudos, onde mães de crianças com alguma patologia mental apresentam maiores índices de depressão, em relação as mães de indivíduos saudáveis (GLIDDEN; FLOYD, 1997; HASTING; DALEY; BURNS, 2006; NEGRIN; CRISTANE, 1996; SINGER, 2006). No presente estudo, o nível de ansiedade, estresse e depressão foi baixo, o que pode ser devido ao fato dos pacientes e famílias envolvidas nessa pesquisa serem institucionalizados, o que gera maior conhecimento, segurança e tranquilidade, além, do convívio com outros cuidadores de indivíduos com SD, levando a troca de informação, experiências e ajuda mútua, permitindo eles que enfrentem a situação com maior normalidade. Sendo assim, uma das limitações deste estudo é não apresentar um grupo controle de cuidadores de portadores de SD que não recebam assistência direta de uma instituição de saúde.

Os cuidados que o portador da SD necessitam, como lazer, educação e saúde, podem sobrecarregar a família financeiramente (BOURKE et al., 2008; CHEN et al., 2008). A questão financeira interfere na dinâmica familiar, porém, essa questão é pouco abordada (CORRICE, 2009; GREENBERG, 2004). Com o maior desprendimento de tempo que os indivíduos portadores da SD necessitam em relação aos indivíduos com desenvolvimento normal nas atividade diária como alimentação, higiene e locomoção (BOURKE et al., 2008; MANCINI, 2007; ROCHA JUNIOR et al., 2008), as mãe tem dificuldades em ter atividades remuneradas (ROCHA, 2010), como reflete esse estudo, mostrando que a maioria dos cuidadores primários não trabalha fora de casa (72%).

Estudos revelam que além da inferioridade socioeconômica, a inferioridade cultural reflete no estresse dos cuidadores e como consequência reflete no relacionamento do cuidador com o portador de SD (DANTAS, 2003; STONEMAN, 2007). As perspectivas culturais do cuidador e o grau de instrução estão relacionados com o nível de otimismo com que o cuidador reflete em sua vida (EISENHOWER, 2005; GREENBERG, 2004; SAVIANI, 2008), o que é observado nesse estudo, onde o grau de instrução é elevado coincidindo com o elevado nível da qualidade de vida e baixos níveis de estresse, ansiedade e depressão.

Estudos observaram que a idade avançada dos cuidadores dos portadores da SD é um fator positivo na qualidade de vida (CORRICE, 2009; GREENBERG, 2004), visto que mães mais velhas estão em uma fase mais madura (OLIVEIRA, 2011), entretanto, o fator idade não foi objeto de avaliação desta pesquisa. Segundo alguns autores, quando cuidadores de indivíduos com SD são comparados aos cuidadores de indivíduos com outra patologia, os sinais de estresse apresentam menor intensidade nos cuidadores de indivíduos com SD, o que pode ser devido ao fato de, apesar da dificuldade intelectual, receberem assistência e orientação pela instituição, e pelo fato dos cuidadores serem mais maduros e terem idade mais avançada tornando a dinâmica da família mais sólida (ANDERSON, 2001; BROWN, 2001; CORRICE, 2009; PEREIRA, 2006; STONEMAN, 2007;), porém em nosso estudo o fator idade não foi analisado estatisticamente. Além disso, alguns autores relatam que os cuidadores de indivíduos com SD dizem ter, quando comparado com cuidadores de outras patologias, maior recompensa pessoal, bem-estar e melhor relação com o portador de necessidades especiais (CORRICE, 2009; GREENBERG, 2004; MOST, 2006; STONEMAN, 2007).

Estudos apontam que não há correlação da independência do SD com a qualidade de vida das mães nas atividades diárias, e que quando comparado a qualidade de vida de mãe de SD com as mães de indivíduos saudáveis, principalmente nos domínios mentais (ROCHA, 2010), o que corrobora com o presente estudo que verificou que independentemente do grau de independência do portador da SD, a qualidade de vida das mães não foi afetada.

Estudos associando sintomas de depressão com qualidade de vida, tanto em mães de portadores de SD quanto em mães de indivíduos saudáveis, mostraram que quanto maior o nível de depressão, pior a qualidade de vida das mães de ambos os grupos, e quanto mais intenso os sintomas depressivos, maior o prejuízo físico e mental (ROCHA, 2010). No presente estudo, apesar de não ter grupo controle, foi possível observar também que os “escores” de depressão nos cuidadores foram baixos e a qualidade de vida alto.

Por fim, é importante pensar que felicidade é um episódio individual, relacionado mais as características de temperamento e comportamento em relação a vida do que a características extrínsecas. A felicidade é além do estado mental. Essa amplificação de pensamento ainda é recente, mas obter resultados nessa essência pode orientar para estratégias de promoção de saúde mental (FERRAZ, 2007).

6 CONCLUSÃO

Os cuidadores de paciente com SD não apresentaram elevado grau de ansiedade, estresse e depressão e nem efeitos negativos na qualidade de vida, independente do grau de responsabilidade como cuidador.

REFERÊNCIAS

- ALDERSON, P. **Down's syndrome: cost, quality and value of life**. Soc. Sci. Med. 2001; 53(5):627-38.
- ARAÚJO, A. P.; PIZZOL, R. J. **Avaliação dos domínios social e ambiental de cuidadores de pessoas com Síndrome de Down**. 2011. Nov.
- BARBOSA, M. R.; FERNANDES, F. D. **Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autístico**. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2009. 14(4):482-6.
- BARTHOLOMEU, D. et al. **Traços de personalidade, ansiedade e depressão em jogadores de futebol**. Revista Brasileira de Psicologia do Esporte, São Paulo, v.3, nº- 4, jan./jun. 2010.
- BOURKE, J. et al. **Physical and mental health in mothers of children with Down syndrome**. Journal of Pediatrics, Saint Louis, v.153, n.3, p.320-326, 2008.
- BROWN, R. L. **The effects of quality life models on the development of research and practice in the field of Down syndrome**. Downs Syndr Res Pract. 1998. 5(1):39-42.
- BROWN, R.; TAYLOR, J.; MATTHEWS, B. **Quality of life - ageing and Down syndrome**. Downs Syndr Res Pract. 2001. 6(3):111-6.
- BUZATTO, L. L.; BERESIN, R. **Qualidade de vida dos pais de crianças portadoras da síndrome de Down**. Einstein (São Paulo). 2008. 6(2):175-81.
- CHEN, Y. et al. **Preliminary study into the economic burden of Down syndrome in China**. Birth Defects Research Part A: Clinical and Molecular Teratology. Hoboken 2008. v 82, n.1, p.25-33.
- CORRICE, A. M.; GLIDDEN, L. M. **The Down syndrome advantage: fact or fiction?** Am J Intellect Dev Disabil. 2009. 114(4):254-68.
- CROWE, T. K. **Time use of mothers with Young children: the impact of a child's disability**. Developmental Medicine & Child Neurology. London. 1993. v.35, n.7, p. 621-630.
- DANTAS, R. A.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. **Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo**. Rev Latinoam Enferm. 2003. 11(4):532-8.

EISENHOWER, A. S.; BAKER, B. L.; BLACHER, J. **Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems, and maternal wellbeing.** J Intellect Disabil Res. 2005. 49(Pt 9):657-71.

FERRAZ, R. B. et al. **Felicidade: uma revisão.** Rev. Psiqu. Clín. 2007. 34(5); 234-242.

FLECK, M. P. A. **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas.** Ciênc. Saúde Coletiva, v. 05, n.01. 2010.

GANDINI, R. C. et al. **Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer.** Psico-USF, v. 12, n. 1, p. 23-31, jan./jun. 2007.

GLIDDEN, L. M.; FLOYD, F. J. **Disaggregating parental depression and family stress in assessing families of children with developmental disabilities: a multisample analysis.** American Journal on Mental Retardation, 102, 250-266. 1997.

GREENBERG, J. S.; SELTZER, M. M.; KRAUSS, M. W. **The effect of quality of the relationship between mothers and adult children with schizophrenia, autism, or Down syndrome on maternal well-being: the mediating role of optimism.** Am J Orthopsychiatry. 2004;74(1):14-25.

GLOZMAN, J. M. **Quality of Life of Caregivers.** Neuropsychology Review. Dordrecht, v. 14, n.4, Dec. 2004.

HASTING, R. P.; DALEY, D.; BURNS, C. **Maternal distress and expressed emotion: cross-sectional and longitudinal relationships with behavior problems of children with intellectual disabilities.** American Journal on Mental Retardation, 11, 48- 61. 2006.

LIPP, M. E. N. **Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL).** 2005.

MAKARY, A. T. et al. **Association between adaptive behaviour and age in adults with Down syndrome without dementia: examining the range and severity of adaptive behaviour problems.** 2014.

MANCINI, M. C. et al. **Comparison of functional performance among children with Down syndrome and children with age-appropriate development at 2 and 5 years of age.** Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo, v. 61, n.2B, 2007.

MARCHAL, J. P. et al. **Health related quality of life in parents of six to eight year old children with Down syndrome.** Volume 34, edição 11, páginas 4239-4247, 2013.

MOREIRA, R. M.; OLIVEIRA, B. G.; CRUZ, D. P. **Quality of life of family caregivers of people with Down Syndrome.** Volume 8, 2016.

MOST, D. E. et al. **Stress trajectories in mothers of young children with Down syndrome.** J Intellect Disabil Res. 2006;50(Pt 7):501-14.

MUSTACHE, Z.; PERES, S. **Genética baseada em evidências – síndrome e herança.** São Paulo. CID Editora, 2000.

NEGRIN, N. S.; CRISTANTE, F. **Resources and stress in parents with a mentally retarded child: a quantitative approach.** Em M. Cusinato (Org.), Research on family: resources and needs across the world (pp. 493-506). Milão: LED – Edizioni Universitarie. 1996.

OLIVEIRA, E. F.; LIMONGI, S. C. O. **Qualidade de vida de pais/cuidadores de crianças e adolescentes com síndrome de Down.** USP (São Paulo). 2011.

PARDELIADU, S. **Time demands and experienced stress in Greek mothers of children with Down's syndrome.** Journal of Intellectual Disability Research, Oxford, v. 42 (Pt 2), p. 144-153, 1998.

PARANHOS, M. E. et al. **Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes.** Aval. psicol. vol.9 no.3 Porto Alegre dez. 2010.

PREDROSO, B. et al. **Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel.** Revista Brasileira de Qualidade de Vida, Paraná, v. 02, n.01, p. 31-36, jan./jun. 2010.

PEREIRA, N. L. S.; DESSEN, M. A. **Famílias de crianças com síndrome de Down: sentimentos, modos de vida e estresse parental.** Interação em Psicologia. 2006;10(2):183-94.

POVEE, K. et al. **Family functioning in families with a child with Down syndrome: a mixed methods approach.** Volume 56, edição 10, páginas 919-1010, outubro de 2012.

PRUCHNO, R. A.; MEEKS, S. **Health-related stress, affect, and depressive symptoms experienced by caregiving mothers of adults with a developmental disability.** *Psychology and Aging*, Estados Unidos, volume 19, páginas 394-401, 2004.

REZENDE, L. K.; ASSIS, S. M. B.; BARCA, L. F. **Suporte social de cuidadores de crianças com Síndrome de Down.** *Revista Educação Especial*, volume 27, n. 48, páginas 111-126, 2014.

RICCI, L. A.; HODAPP, R. M. **Fathers of children with Down's syndrome versus other types of intellectual disability: perceptions, stress and involvement.** *J Intellect Disabil Res.* 2003;47(Pt 4-5):273-84.

RIPPER, M. V. **Families of children with Down syndrome: responding to "a change in plans" with resilience.** *Journal of Pediatric Nursing*, Philadelphia v.22, n.2, p.116-128, 2007.

ROACH, M. A.; ORSMOND, G. I.; BARRATT, M. S. **Mothers and fathers of children with Down syndrome: parental stress and involvement in childcare.** *American Journal of Mental Retardation*, Washington, v. 104, n. 5, p.422-436, 1999.

ROCHA JUNIOR, L. D. U. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mães de crianças e adolescentes portadores de síndrome de Down.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, 2010.

ROSSETTI, M. O. et al. **O inventário de sintomas de stress para adultos de lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo, Rio de Janeiro.** *Rev. Bras.ter. cogn.* v.4 n.2 , p. 108-120, jan./dez. 2008.

SAVIANI, F. Z.; PETEAN, E. B. A. **A qualidade de vida de pessoas com deficiência mental leve.** *Psic: Teor e Pesq.* 2008;24(3):305-11.

SCHWARTZMAN, J. S. O. **O sistema nervoso na Síndrome de Down.** *Organização Síndrome de Down*, São Paulo: Mackenzie, 1999 p. 44-81.

SHAPIRO, J.; BLACHER, J.; LOPEZ, S. R. **Maternal reactions to children with mental retardation.** Em J.A. Burack, R. M. Hodapp & E. Zigler (Orgs.), *Handbook of mental retardation and development* (pp. 606-636). Cambridge: Cambridge University Press. (1998)

SHIEVE, L. A. et al. **Health of children 3 to 17 years of age with Down syndrome in the 1997-2005 national health interview survey.** Pediatrics, Elk Grove Village, v 123, n.2, p. e253-e260, 2009.

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. **Famílias de crianças com síndrome de Down: sentimentos, modos de vida e estresse parental.** Interação em Psicologia, 10(2), p. 183-194. 2006.

SINGER, G. H. S. **Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities.** American Journal on Mental Retardation, 111, 155-169. 2006.

SLOPER, P. et al. **Factors related to stress and satisfaction with life in families of children with Down's syndrome.** The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, Oxford, v. 32, n.4, p.655-676, 1991.

STONEMAN, Z. **Examining the Down syndrome advantage: mothers and fathers of young children with disabilities.** J Intellect Disabil Res. 2007;51(Pt 12):1006-17.

SUNELAITIS, R. C.; ARRUDA, D. C.; MARCOM, S. S. **A repercussão de um diagnóstico de síndrome de Down no cotidiano familiar: perspectiva da mãe.** Acta Paul Enferm. 2007;20(3):264-71.

TURNER, S. et al. **Health problems in children with Down's syndrome.** Child: Care, Health & Development, Oxford, v.16, n.2, p.83-97, 1990.

WAYNE, D. O.; KRISHNAGIRI, S. **Parent's leisure: the impact of raising a child with Down syndrome.** Occup Ther Int. 2005;12(3):180-94.

ANEXO A – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida, ansiedade, estresse e depressão de cuidadores de parentes com Síndrome de Down.

Pesquisador: Daniela Atili Brandini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79244017.5.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.522.646

Apresentação do Projeto:

A qualidade de vida é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações representando seu grau de satisfação. Cuidar de pacientes com SD demanda tarefas complexas, delicadas e sofridas que somadas as responsabilidades diárias, podem gerar um impacto na qualidade de vida. Além disso, toda sobrecarga, pode causar estresse social e trazer sentimentos de ansiedade e depressão, em longo prazo, ao cuidador de um portador da SD. Assim, ao avaliar o nível da qualidade de vida, ansiedade, estresse e depressão desses cuidadores pode auxiliar na elaboração políticas públicas que favoreçam a melhora da saúde e a inclusão social dos mesmos.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida, ansiedade, estresse e depressão dos cuidadores de paciente com Síndrome de Down.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: risco mínimo

Benefícios: identificar a necessidade da elaboração políticas públicas que favoreçam a qualidade de vida individual e familiar, com melhora da saúde e inclusão

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA **CEP:** 16.015-050
UF: SP **Município:** ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 **Fax:** (18)3636-3332 **E-mail:** andrebertoz@foa.unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 2.522.545

social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta-se bem delineado e com bibliografia atualizada e pertinente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram devidamente apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP propõe a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Salientamos que, de acordo com a Resolução 466 CNS, de 12/12/2012 (título X, seção X.1., art. 3, item b, e, título XI, seção XI.2., item d), há necessidade de apresentação de relatórios semestrais, devendo o primeiro relatório ser enviado até 01/08/2014B.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_985824.pdf	19/12/2017 10:46:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_resolucao_466_2012_15.doc	19/12/2017 10:45:30	Daniela Atili Brandini	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	19/12/2017 10:44:24	Daniela Atili Brandini	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	19/12/2017 10:42:35	Daniela Atili Brandini	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	23/10/2017 14:46:27	Daniela Atili Brandini	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE BONFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA CEP: 16.015-050
UF: SP Município: ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 Fax: (18)3636-3332 E-mail: andrebertoz@foa.unesp.br

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Avaliação da qualidade de vida, ansiedade, estresse e depressão de cuidadores de pessoas com Síndrome de Down.”

Nome do (a) Pesquisador (a): Marina Fuzette Amaral

Nome do (a) Orientador (a): Daniela Atili Brandini

- 1. Natureza da pesquisa:** o(a) sr.(a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar a qualidade de vida, ansiedade, estresse e depressão dos cuidadores de paciente com Síndrome de Down.
- 2. Participantes da pesquisa:** 120 cuidadores, sendo 60 cuidadores de paciente com Síndrome de Down e 60 cuidadores de crianças com desenvolvimento normal.
- 3. Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o(a) sr.(a) permitirá que a pesquisadora Marina Fuzette Amaral, aplique 5 questionários: (Identificação do cuidador, medida de qualidade de vida validado no Brasil WHOQOL-Bref, inventário de depressão de Back-BDI, inventário de ansiedade de Back-BAI e inventário de estresse-LIPP). O(a) sr.(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para o(a) sr.(a) Marina Fuzette Amaral. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
- 4. Sobre as entrevistas:** Na coleta de dados, o pesquisador explicará aos participantes todos os objetivos da pesquisa, apresentará instruções sobre como responder e garantirá o anonimato do respondente. Se o participante solicitar ajuda para realizar o preenchimento do questionário será realizada

a leitura da questão em dúvida e das suas alternativas de resposta e aguardará a manifestação do mesmo. No CAOÉ, o contato inicial com os participantes ocorrerá na sala de espera da instituição durante o período em que estes aguardam o atendimento dos pacientes com SD. Mediante o consentimento deles em participar da pesquisa serão encaminhados para uma sala preparada para a aplicação do questionário. Já na APAE e na escola pública esse contato com o cuidador ocorrerá durante a reunião mensal com os responsáveis pelos alunos.

5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. E os procedimentos usados oferecem risco Mínimo à sua dignidade.
6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e seu (sua) orientador (a) (e/ou equipe de pesquisa) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.
7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o(a) sr.(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre a qualidade de vida, a ansiedade, estresse e depressão de cuidadores de pessoas com Síndrome de Down para assim, , de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa identificar a necessidade de elaboração de políticas públicas que favoreçam a qualidade de vida individual e familiar, com melhora da saúde e inclusão social, onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.
8. **Pagamento:** o(a) sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi via deste termo de consentimento, e autorizo a

execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Pesquisador(a): MARINA FUZETTE AMARAL (18)36362899

Orientador(a): DANIELA ATILI BRANDINI (18)36362899

Coordenador(a) do Comitê de Ética em Pesquisa: Prof. Dr. André Pinheiro de M. Bertoz

Vice-Coordenador(a): Prof. Dr. Aldiéres Alves Pesqueira

Telefone do Comitê: (18) 3636-3234

E-mail cep@foa.unesp.br

ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR

Nome: _____ Idade _____ Data _____ da

avaliação: _____

Endereço: _____ Cidade _____ CEP: _____ Gênero:

Estado

Civil: _____ Etnia: _____ Profissão: _____

Grau de parentesco com o paciente: _____

- 1- Você é a única pessoa responsável pelos cuidados deste paciente?
() Sim () Não
- 2- Se não, quem mais o/a ajuda nesta função?
() Pai () Mãe () Avós () Escola () Funcionário () Outros
- 3- Qual o seu grau de responsabilidade nos cuidados deste paciente?
() Primário () Secundário () Terciário () Outros
- 4- Quais os tipos de cuidados você realiza?
() Financeiro () Higiene () Alimentação () Saúde
- 5- Qual o seu grau de dependência deste paciente para realizar atividades que comprometem sua sobrevivência?
() Extremo () Alto () Médio () Baixo
- 6- Grau de escolaridade do cuidador:

Nunca frequentei a escola		0
Ensino fundamental (primário)	1ª série	1
	2ª série	2
	3ª série	3
	4ª série	4
Ensino fundamental (ginásio)	5ª série	5
	6ª série	6
	7ª série	7
	8ª série	8
Ensino médio (científico)	1º ano	9
	2º ano	10

	3º ano	11
Ensino superior (faculdade ou pós-graduação)	1º ano	12
	2º ano	13
	3º ano	14
	4º ano	15
	5º ano	16
	6º ano	17

7. Você trabalha fora de casa? Quantas horas por dia? _____

() Sim () Não

Renda familiar mensal. Não preencher. Deverá ser preenchido pelo profissional

- até ¼ do salário mínimo de ¼ a ½ do salário mínimo de ½ a 1 salário mínimo
- de 1 a 2 salários mínimos de 2 a 3 salários mínimos de 3 a 5 salários mínimos
- de 5 a 10 salários mínimos de 10 a 15 salários mínimos de 15 a 20 salários mínimos
- de 20 a 30 salários mínimos mais de 30 salários mínimos sem rendimento

ANEXO D – QUESTIONÁRIO WHOQOL (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE)

WHOQOL – ABREVIADO - Versão em Português

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.

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. 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.

	<i>nada</i>	<i>Muito pouco</i>	<i>médio</i>	<i>muito</i>	<i>completamente</i>
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

		<i>ruim</i>	<i>Muito ruim</i>	<i>Nem ruim nem boa</i>	<i>boa</i>	<i>Muito boa</i>
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		<i>Muito insatisfeito</i>	<i>insatisfeito</i>	<i>médio</i>	<i>satisfeito</i>	<i>Muito satisfeito</i>
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.

		<i>Nada</i>	<i>Muito pouco</i>	<i>Mais ou menos</i>	<i>Bastante</i>	<i>extremamente</i>
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	O quanto você se sente em segurança 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.

		<i>nada</i>	<i>Muito pouco</i>	<i>médio</i>	<i>muito</i>	<i>completamente</i>
--	--	-------------	--------------------	--------------	--------------	----------------------

10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		<i>ruim</i>	<i>Muito ruim</i>	<i>Nem ruim nem bom</i>	<i>bom</i>	<i>Muito bom</i>
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

		<i>Muito insatisfeito</i>	<i>insatisfeito</i>	<i>médio</i>	<i>satisfeito</i>	<i>Muito satisfeito</i>
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
18	Quão satisfeito(a) você está com sua	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

	capacidade para o trabalho?					
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

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

		<i>nunca</i>	<i>As vezes</i>	<i>frequentemen</i>	<i>Muito frequentemen</i>	<i>sempre</i>
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>

ANEXO E – INVENTÁRIO BECK DE DEPRESSÃO (BECK DEPRESSION INVENTORY, BDI)

BDI

Este inventário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0,1,2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

<p>1 (0) Não me sinto triste.</p> <p>(1) Eu me sinto triste.</p> <p>(2) Estou sempre triste e não consigo sair disto.</p> <p>(3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p>	<p>8 (0) Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.</p> <p>(1) Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.</p> <p>(2) Eu me culpo sempre por minhas falhas.</p> <p>(3) Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p>
<p>2 (0) Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.</p> <p>(1) Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.</p> <p>(2) Acho que nada tenho a esperar.</p> <p>(3) Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p>	<p>9 (0) Não tenho quaisquer ideias de me matar.</p> <p>(1) Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.</p> <p>(2) Gostaria de me matar.</p> <p>(3) Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p>
<p>3 (0) Não me sinto um fracasso.</p> <p>(1) Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.</p> <p>(2) Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.</p>	<p>10 (0) Não choro mais que o habitual.</p> <p>(1) Choro mais agora do que costumava.</p> <p>(2) Agora, choro o tempo todo.</p> <p>(3) Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 (0) Não sou mais irritado agora do que já fui.</p> <p>(1) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.</p>

<p>(3) Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 (0)Tenho tanto prazer em tudo como antes.</p> <p>(1)Não sinto mais prazer nas coisas como antes.</p> <p>(2)Não encontro um prazer real em mais nada.</p> <p>(3)Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 (0) Não me sinto especialmente culpado.</p> <p>(1) Eu me sinto culpado grande parte do tempo.</p> <p>(2) Eu me sinto culpado a maior parte do tempo.</p> <p>(3) Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 (0) Não acho que esteja sendo punido.</p> <p>(1)Acho que posso ser punido.</p> <p>(2)Creio que vou ser punido.</p> <p>(3)Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 (0) Não me sinto decepcionado comigo mesmo.</p> <p>(1) Estou decepcionado comigo mesmo.</p> <p>(2) Estou enojado de mim.</p> <p>(3) Eu me odeio.</p>	<p>(2) Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.</p> <p>(3) Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 (0) Não perdi o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>(2) Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.</p> <p>(3) Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.</p> <p>(4) Perdi todo meu interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 (0) Tomo decisões tão bem quanto antes.</p> <p>(1) Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.</p> <p>(2) Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.</p> <p>(3) Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p>
<p>14 (0) Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>(1) Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>(2)Acho que há mudanças permanentes na</p>	<p>19 (0) Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>(1) Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>(2) Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>(3) Perdi mais do que 7 quilos.</p>

<p>minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>(3) Acredito que pareço feio.</p> <p>15 (0) Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>(1) É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>(2) Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>(3) Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>16 (0) Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>(1) Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>(2) Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>(3) Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17 (0) Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>(1) Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>(2) Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>(3) Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>18 (0) O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>(1) Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p>	<p>20 (0) Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>(1) Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>(2) Estou muito preocupado com problemas físicos é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>(3) Estou tão preocupado com problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 (0) Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>(1) Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>(2) Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>(3) Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
--	--

<p>(2) Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>(3) Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	
---	--

ANEXO F – INVENTÁRIO BECK DE ANSIEDADE (BECK ANXIETY INVENTORY, BAI)

BAI

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um “x” no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pude suportar.	Gravemente Dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				

15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

ANEXO G – INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)

LIPP

QUADRO 1

<p>Marque com F1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas:</p> <p><input type="checkbox"/> mãos e pés frios</p> <p><input type="checkbox"/> boca seca</p> <p><input type="checkbox"/> nó no estômago</p> <p><input type="checkbox"/> aumento de sudorese</p> <p><input type="checkbox"/> tensão muscular</p> <p><input type="checkbox"/> aperto da mandíbula/ranger os dentes</p> <p><input type="checkbox"/> diarreia passageira</p> <p><input type="checkbox"/> insônia</p> <p><input type="checkbox"/> taquicardia</p> <p><input type="checkbox"/> hiperventilação</p> <p><input type="checkbox"/> hipertensão arterial subta e passageira</p>	<p>Marque com um P1 os sintomas que tem experimentado nas últimas 24 horas</p> <p><input type="checkbox"/> aumento súbito de motivação</p> <p><input type="checkbox"/> entusiasmo súbito</p> <p><input type="checkbox"/> vontade súbita de iniciar novos projetos</p> <p>- Está tomando algum medicamento para controle de ansiedade, depressão ou similar?</p>
--	---

QUADRO 2

<p>Marque com um F2 os sintomas que tem experimentado na última semana.</p> <p><input type="checkbox"/> problemas com a memória</p> <p><input type="checkbox"/> mal estar generalizado sem causa específica</p> <p><input type="checkbox"/> formigamento das extremidades</p> <p><input type="checkbox"/> sensação de desgaste físico constante</p> <p><input type="checkbox"/> mudança de apetite</p> <p><input type="checkbox"/> aparecimento de problemas dermatológicos</p> <p><input type="checkbox"/> hipertensão arterial</p> <p><input type="checkbox"/> cansaço constante</p>	<p>Marque com um P2 os sintomas que tem apresentado na última semana.</p> <p><input type="checkbox"/> sensibilidade emotiva excessiva</p> <p><input type="checkbox"/> dúvida quanto a si próprio</p> <p><input type="checkbox"/> pensar constantemente em um so assunto</p> <p><input type="checkbox"/> irritabilidade excessiva</p> <p><input type="checkbox"/> diminuição do libido</p>
---	--

<input type="checkbox"/> aparecimento de úlcera <input type="checkbox"/> tontura, sensação de estar flutuando	
--	--

QUADRO 3

<p>Marque com um F3 os sintomas que tem experimentado no último mês:</p> <input type="checkbox"/> diarreia frequente <input type="checkbox"/> dificuldades sexuais <input type="checkbox"/> insônia <input type="checkbox"/> náusea <input type="checkbox"/> tiques <input type="checkbox"/> hipertensão arterial acentuada <input type="checkbox"/> problemas dermatológicos <input type="checkbox"/> mudança extrema de apetite <input type="checkbox"/> excesso de gases <input type="checkbox"/> tontura frequente <input type="checkbox"/> ulcera <input type="checkbox"/> enfarte	<p>Marque com um P3 os sintomas que tem experimentado no último mês:</p> <input type="checkbox"/> impossibilidade de trabalhar <input type="checkbox"/> pesadelos <input type="checkbox"/> sensação de incompetência em todas as áreas <input type="checkbox"/> vontade de fugir de tudo <input type="checkbox"/> apatia, depressão ou raiva prolongada <input type="checkbox"/> cansaço excessivo <input type="checkbox"/> pensar/falar constantemente em um só assunto <input type="checkbox"/> irritabilidade sem causa aparente <input type="checkbox"/> angústia/ansiedade diária <input type="checkbox"/> hipersensibilidade emotiva <input type="checkbox"/> perda do senso de humor
---	--