

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

SAÚDE FÍSICA E EMOCIONAL DE CUIDADORES DA CIDADE DE
SANTA CRUZ-RN: perfil epidemiológico e fatores associados

KARLA VANESSA RODRIGUES SOARES

Natal
2010



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**SAÚDE FÍSICA E EMOCIONAL DE CUIDADORES DA CIDADE DE SANTA
CRUZ-RN: perfil epidemiológico e fatores associados**

KARLA VANESSA RODRIGUES SOARES

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Norte – Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia, para a obtenção do título de Mestre em Fisioterapia.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Oliveira Guerra

**Natal
2010**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia
Prof. Dr. Jamilson Simões Brasileiro



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

**SAÚDE FÍSICA E EMOCIONAL DE CUIDADORES DA CIDADE DE SANTA
CRUZ-RN: perfil epidemiológico e fatores associados**

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo de Oliveira Guerra - Presidente - UFRN
Prof. Dr. Álvaro Campos Cavalcanti Maciel- UFRN
Prof. Dra. Glória Elizabeth Carneiro Laurentino - UFPE

Aprovada em 04/11/2010

Dedicatória

Dedico aos meus pais **Air** e **Regina** e ao meu noivo **Wesley** por acreditarem em mim e me incentivarem durante todos os momentos da minha vida. Por todo o carinho, amor, paciência e companheirismo dedico mais essa conquista em minha vida.



Resumo

A tarefa de cuidar de um idoso incapacitante é uma atividade difícil e dispendiosa que pode afetar diretamente a saúde do cuidador. Este estudo teve como objetivo avaliar a saúde física e emocional de cuidadores de idosos da cidade de Santa Cruz-RN, e analisar seus potenciais fatores associados através de um estudo observacional analítico do tipo transversal. Foi utilizado um questionário multidimensional para avaliação das características sociodemográficas; das atividades relacionadas com o cuidar, assim como, das variáveis ligadas à saúde física e emocional dos cuidadores. Para descrição dos cuidadores foi realizada uma análise descritiva utilizando a distribuição de frequências absolutas e relativas, e medidas de tendência central e dispersão. Para verificação da magnitude de associação entre variáveis, utilizou-se análise bivariada através dos testes de correlação de Pearson e Spearman, e teste de qui-quadrado. Para avaliação da associação de fatores associados aos desfechos adversos à saúde física e mental dos cuidadores, foi realizada análise multivariada mediante modelos de regressão logística binária e regressão linear múltipla. A amostra foi constituída por 304 indivíduos, em sua maioria por mulheres e a média de idade foi de $50,3 \pm 16,8$. Os principais fatores associados à saúde física foram idade, níveis de estresse e satisfação com a vida. Ser um cuidador homem, cuidando a pouco tempo do idoso com déficit cognitivo e não ser cônjuge desse idoso foram relacionados à saúde emocional ruim. Ter uma saúde física ruim, níveis elevados de estresse, presença de sintomatologia depressiva, sobrecarga e níveis baixos de satisfação também foram correlacionados à saúde emocional. Após ajuste feito através da análise de regressão linear observou-se valores de $R^2 = 0,21$ para estresse, $R^2 = 0,17$ para sintomatologia depressiva, $R^2 = 0,21$ para sobrecarga e $R^2 = 0,16$ para satisfação. O conhecimento dos fatores associados à saúde do cuidador pode auxiliar na elaboração de políticas específicas cujo objetivo seja a atenção integral à saúde do idoso e dos seus cuidadores. A impossibilidade de continuar a prover cuidados ao idoso pode resultar em desfechos adversos como institucionalização, incapacidade e morte.

Palavras-chave: Idoso, doença crônica, cuidadores, saúde

Abstract

Taking care for an impaired elderly is a hard and costly task that could affect directly the caregiver health. The purpose of this study was to evaluate the physical and mental health of elderly caregivers from the city of Santa Cruz-RN and analyze the potential correlated factors through an observational analytic design of a cross-sectional. A multidimensional questionnaire was used to evaluation of the social demographics characteristics and those related to the care activity, as well as the caregivers' physical and mental health. It was realized a descriptive analyze using frequency distribution and measures of the central tendency and dispersion to description of the caregivers. To verify the magnitude of the association between the variables was used the bivariate analysis through the Pearson and Spearman correlations and qui-square test. To evaluation of the association of the correlated factors to the adverse outcome with the caregivers' physical and mental health was made a multivariate analysis by logistic binary regression and multiple linear regression models. The final sample was constituted by 304 persons, mostly women with a mean age of 50.3 ± 16.8 years. The principal factors related to the physical health were age, stress and life satisfaction. Be a male caregiver, caring for a little while the elderly with cognitive deficit and not been spouse were related to worse mental health. Have worse physical health, high stress, depressive symptomatology, burden and low levels of satisfaction were also related to the mental health. After adjust through multiple linear regression was observed R^2 values of $R^2=0,21$ for Stress, $R^2 =0,17$ for Depressive Symptomatology, $R^2 =0,21$ for Burden and $R^2 =0,16$ for Satisfaction. The attainment of the factors associated with caregiver's health can help in the elaboration of specifics politics witch the goal is the integral attention to the elderly and his caregiver. The inability of continuous taking care could result in adverse outcomes such as institutionalization, impairment and death.

Key words: elderly, chronic disease, caregivers, health

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a **Deus** por me iluminar e permitir cumprir esse desafio de forma tão edificante.

Aos meus **Pais** por me darem o suporte necessário para crescer e sempre me incentivarem pela busca dos meus ideais.

Ao meu noivo **Wesley** pelo apoio e carinho com que se dedicou a mim e por toda paciência apresentada durante esse longo caminho.

A minha irmã **Karen** por sempre torcer por mim e participar de todas as minhas conquistas.

Ao meu orientador **Prof. Dr. Ricardo Oliveira Guerra** por sua dedicação em me orientar e por sua generosidade em compartilhar comigo seus conhecimentos e ensinamentos.

A minha colega **Ana Carolina Patrício** por caminhar junto comigo nessa jornada na cidade de Santa Cruz-RN.

A **Secretaria Municipal de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde** da cidade de Santa Cruz-RN que possibilitaram a realização desse trabalho me recebendo de forma acolhedora.

Aos alunos **Camila, Joelson e Hêrcilla** pelo empenho com que se dedicaram a esse trabalho e pela luta diária na visita aos idosos e seus cuidadores.

Aos 304 **cuidadores** que aceitaram participar da pesquisa e contribuíram para o enriquecimento científico, mas principalmente para o meu crescimento pessoal.

E a todas as demais pessoas que em algum momento dessa caminhada me ajudaram com simples palavras e gestos de encorajamento.

Sumário

Lista de figuras	viii
Resumo	ix
Abstract	x
1. INTRODUÇÃO	1
2. MATERIAIS E MÉTODOS	5
2.1 Caracterização da pesquisa	6
2.2 Local da pesquisa	6
2.3 População	6
2.4 Amostra	7
2.5 Variáveis do estudo	9
2.5.1 Variáveis independentes	9
2.5.2 Variáveis dependentes	11
2.6 Instrumentos	11
2.7 Procedimentos	15
2.8 Análise estatística	17
2.9 Aspectos éticos	18
3. RESULTADOS	19
4. DISCUSSÃO	26
5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
6. REFERÊNCIAS	34
7. ANEXOS	
Anexo 1 Termo de consentimento livre e esclarecido	
Anexo 2 Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	
Anexo 3 Questionário estruturado	
Anexo 4 Cartilha	

Lista de figuras

Figura 1: Fluxograma da seleção dos sujeitos e coleta dos dados

17



1 INTRODUÇÃO



Quase todos os países do mundo vem experimentando um processo de envelhecimento populacional e de aumento da longevidade da população. Em 2025, segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), estima-se que 16% da população brasileira será constituída por idosos – cerca de 32 milhões de pessoas (Alves *et al.*, 2008; Antunes, 2000; Filho e Ramos, 1999; Ministério da Saúde, 2008; Ramos, 1987).

Tal aumento na expectativa de vida acarreta em maiores chances do idoso desenvolver doenças crônicas e, como consequência, apresentar redução da capacidade funcional e de sua autonomia. Com a redução das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD's) e de cuidados a si mesmo, surge o quadro de dependência funcional (Abreu *et al.*, 2005; Baltes e Smith, 2006; Bressan *et al.*, 2007; Caldeira e Ribeiro, 2004; Charchat-Fichman *et al.*, 2005; Ministério da Saúde, 2008; Salgado, 1999; Silvestre e Neto, 2003).

Essa dependência faz com que o idoso necessite do auxílio de outrem por longos períodos, sendo, nestas ocasiões, a família a principal fonte de cuidados informais. Geralmente a função de cuidador é assumida por uma pessoa em específico, sendo a esposa com freqüência a cuidadora principal, seguida da filha (Burns *et al.*, 2003; Cattani e Girardon-Perlini, 2004; Diogo *et al.*, 2005; Falcão e Bucher-Malusshke, 2008; Garrido e Almeida, 1999; Garrido e Menezes, 2004; Maffioletti, 2006; Rodrigues, 2006; Taub *et al.*, 2004; Vitalino *et al.*, 2003).

A tarefa de cuidar de um idoso dependente implica mudanças no estilo de vida do cuidador. Algumas pessoas são capazes de lidar mais adequadamente com as adversidades do cuidar, vivenciando poucos sintomas de estresse e, muitas vezes, relatam ganhos positivos a partir dessa experiência. No entanto, outros cuidadores reagem de forma contrária, apresentando problemas sociais, piora da saúde física e sintomas psiquiátricos (Cerqueira e Oliveira, 2002; Garity, 1997; Inouye *et al.*, 2008; Lavinsky e Vieira, 2004; Martins *et al.*, 2003; Thomas *et al.*, 2006).

Em decorrência do impacto do cuidar, até 60% dos cuidadores podem desenvolver sintomas físicos e psicológicos. Os sintomas físicos mais comuns

apresentados são: hipertensão arterial, desordens digestivas, doenças respiratórias e propensão a infecções. Os sintomas psicológicos mais frequentes correspondem à depressão, ansiedade e estresse (Dunkin e Hanley, 1998; Engelhardt *et al.*, 2005; Garrido e Menezes, 2004; Haley, 1997; Nakatani *et al.*, 2003).

Apesar da extensa literatura nessa área, as alterações na saúde do cuidador não são universais, levando a questionamentos sobre quais são os fatores relacionados à saúde deste cuidador (Rabkin *et al.*, 2009). Camarano (2003), Cerqueira e Oliveira (2002) e Gilliam e Steffen (2006), por exemplo, relatam que ser esposa e cuidar de um idoso com demência por muitas horas elevam os níveis de estresse e depressão no cuidador, aumentando 2 a 3 vezes as chances desse cuidador desenvolver demência. No entanto, Haley *et al.* (1995), Loomis e Booth (1995) e Pinguart e Sörense (2003) relatam que ser cuidador e não ser esposa esta mais associada com a piora na saúde.

Aspectos socioeconômicos e residir com o idoso também apresentam divergências com relação à saúde do cuidador. Li *et al.* (1999), Navaie-Waliser *et al.* (2002) e Ory *et al.* (2000) apontam que esses fatores não influenciam à saúde, enquanto Laksonen *et al.* (2003) e Pinguart e Sörense (2007) relatam que altos níveis socioeconômicos e não viver com o idoso dependente estão associados a melhores níveis de saúde.

Apesar dessas divergências, a literatura suporta o ponto de vista que prover cuidado para idosos coloca o cuidador em risco para o desenvolvimento de problemas de saúde. O foco no cuidador de idoso é relevante, pois a saúde ruim afeta diretamente a atividade de cuidar, com efeitos negativos sobre o idoso doente. A incapacidade de continuar a prover cuidados devido ao desgaste físico e emocional pode levar a institucionalização do idoso (Hooker *et al.*, 2002; O'Rourke e Tuokko, 2000; Pruchno, 2000).

O Ministério da Saúde (1999), através da política nacional para atenção integral à saúde do idoso (lei 8842/1994), aponta como uma de suas diretrizes o apoio aos cuidados informais, pois já identifica os cuidadores como grupo de risco. Identificar cuidadores que estejam em risco para desenvolver problemas de saúde

é primordial para a designação efetiva de programas de intervenção. (Bartolo *et al.*, 2010; Burton *et al.*, 1997; Dunkin e Hanley; 1998; Eliopoulos, 1997; Ortiz, 2006).

Diante do exposto e da escassez de estudos de base populacional que retratem a realidade de cuidadores que vivem em cidades do interior do nordeste, surge a necessidade de desenvolver esse estudo. Para a fundamentação hipotética para o desenvolvimento do estudo, partimos do pressuposto de que a diversidade de aspectos relacionados ao ambiente encontrados em cidades com populações de níveis socioeconômicos inferiores, faz que, a atividade de cuidar venha a ser influenciada por este tipo de fatores, agravando assim as condições de saúde física e emocional destes cuidadores.

A cidade de Santa Cruz-RN foi escolhida por reunir condições satisfatórias para nossa hipótese apresentada no parágrafo anterior. Apesar de ter toda sua população incluída dentro da Estratégia da Saúde da Família (ESF), este município não possui dados relacionados aos cuidadores dos idosos. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a saúde física e emocional de cuidadores de idosos da cidade de Santa Cruz-RN e analisar seus fatores associados.

2. MATERIAIS E MÉTODOS



2.1 Caracterização da pesquisa

O presente estudo consiste em um desenho observacional analítico do tipo transversal, com o objetivo de analisar a saúde física e emocional de cuidadores de idosos da cidade de Santa Cruz-RN. Tal desenho será aplicado a esta pesquisa, pois estudos transversais são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição dentro de uma determinada população, sem período de acompanhamento (Hulley, 2003).

2.2 Local da pesquisa

O estudo foi realizado na cidade de Santa Cruz, município do Rio Grande do Norte localizado a 120km da capital Natal. De acordo com dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE), a partir dos dados do censo de 2007, o município possui 33.736 habitantes, sendo que 28.055 residem na zona urbana. Dos indivíduos residentes na zona urbana, 3.011 possuem idade igual ou superior a 60 anos, sendo 1.249 homens e 1.762 mulheres. A partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município, constatou-se que este possui 5 Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais compreendem a UBS do Maracujá (334 idosos), do DNER (306 idosos), do Centro (848 idosos), do Cônego Monte (427 idosos) e do Paraíso (1.096 idosos).

2.3 População

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas (bronquites, enfisema, asma e doenças pulmonares obstrutivas crônicas) e a diabetes *mellitus* (Ministério da Saúde, 2008). Acrescidas a essas, tem-se as demências que podem ser causadas por degeneração do cérebro (Doença de Alzheimer) e por patologias cerebrovasculares (demência por

múltiplos infartos) e neurológicas (Doença de Parkinson) (Vitaliano e Zhang, 2003).

Com base nessa definição e após liberação para realização do estudo pela Secretaria Municipal de Saúde, foi requisitado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de cada UBS que repassasse uma lista contendo as informações (identificação, endereço e patologia) sobre os idosos portadores dessas patologias cadastrados em suas unidades e que apresentassem algum nível de dependência para realizar atividades de vida diária como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, telefonar, cozinhar, transferência, uso do vaso sanitário, etc (baseado no Índice de Katz e Lawton). Optou-se por trabalhar com os ACS porque eles realizam acompanhamentos mensais nos domicílios onde existe alguma pessoa doente ou incapacitada.

Desta forma, foram identificados 422 idosos com algum nível de dependência em toda cidade de Santa Cruz-RN. Diante disso, partimos de entendimento que, para cada idoso dependente deveria existir pelo menos um cuidador. Sendo assim, consideramos que a população de cuidadores estaria estimada em 422 indivíduos.

Neste estudo levamos em consideração a classificação de idoso da Organização Mundial da Saúde, que considera para os países de terceiro mundo e países em desenvolvimento como idoso todo indivíduo com 60 anos ou mais.

2.4. Amostra

Neste estudo foi estabelecido que *Saúde Física Ruim* compreende ter duas ou mais patologias pré-determinadas e *Saúde Emocional Ruim* corresponde a níveis elevados de Estresse, Sintomatologia Depressiva e Sobrecarga e baixos níveis de Satisfação com a vida (Vitaliano e Zhang, 2003; Pinguart e Sörense, 2003).

Para realizar o cálculo amostral, tivemos com base, a observação em estudos semelhantes, das prevalências dos desfechos de interesse do nosso estudo. Desta forma, verificou-se que para a *Saúde Física Ruim* a prevalência variou de 30 a 35%, e para *Saúde Emocional Ruim* a prevalência variou de 30 a 55%

(Neundorfer, *et al.*, 2001; Schulz *et al.*, 1997). Consideramos, no entanto, que estes valores tão elevados são decorrentes de estudos que utilizaram entrevistas baseadas em auto-relato.

Dessa forma, foi utilizado para o cálculo da amostra a menor prevalência dos desfechos, no caso, 30%. Assim, com base no cálculo amostral para estudos seccionais utilizou-se os seguintes parâmetros apresentados a baixo:

$N = Z^2 \times (1 - p) / e^2 \times p$	N= tamanho da amostra
$N = 1,96^2 \times (1 - 0,3) / 0,02^2 \times 0,3$	Z = 1,96 para alfa =5%
$N = 3,8416 \times (0,7 / 0,04 \times 0,3)$	p = prevalência estimada do desfecho
$N = 3,8416 \times (0,7 / 0,012)$	= margem de erro 20%
$N = 3,8416 \times 58,3$	
$N = 224$	

Para suprir as eventuais perdas amostrais, foi adicionado um percentual de 20% sobre os 224 indivíduos, o que equivaleu a um acréscimo de 44 sujeitos. Dessa forma, a amostra total ficou em 268 indivíduos que foram sorteados de forma aleatória. Para realizar o sorteio todos os 422 indivíduos foram numerados e os números colocados em uma urna. Um a um eles foram retirados e registrados em uma planilha do Excel e as entrevistas ocorriam seguindo essa ordem.

Caso o indivíduo não fosse encontrado na primeira visita, eram realizadas mais duas visitas com intuito de entrevistá-lo. Se após essas três visitas o cuidador não fosse encontrado ele era retirado da amostra e substituído pelo próximo da lista.

Para participar do estudo foram selecionados aqueles cuidadores que preencheram os critérios de elegibilidade:

- Apresentar idade igual ou superior a 18 anos;
- Realizar a atividade de cuidar a pelo menos 1 ano e apresentar uma frequência de cuidados de pelo menos 30h/semana;
- Cuidar de um idoso com patologia confirmada por diagnóstico clínico realizado por um médico;
- Ser o cuidador principal de um idoso com dependência física ou mental que dificulte ou impossibilite a realização de pelo menos uma AVD ou AIVD (baseado no Índice de Katz e Lawton);
- Não ser recompensado financeiramente pela atividade de cuidador.

Foram excluídos do estudo os cuidadores que não se sentiram à vontade para responder todas as questões ou que, por alguma outra razão, não completaram toda a entrevista.

2.5. Variáveis do estudo

2.5.1 Variáveis independentes

a) características sociodemográficas

Nome da variável	Descrição	Tipo de Variável
Idade	Idade do cuidador, em anos	Quantitativa numérica
Ser idoso	0= sim ; 1= não	Categórica nominal
Sexo	Sexo do cuidador 0 feminino; 1= masculino	Categórica nominal
Estado civil	Estado civil do cuidador 0= Casado ou companheiro; 1= Solteiro	Categórica nominal
Cor	Cor do cuidador 0= branca; 1= pardo/caboclo/amarelo; 2=preto/negro	Categórica nominal
Atividade laboral	Trabalha 0= Sim; 1= Não	Categórica nominal
Renda	0= até 1SM; 1= entre 1 e 2 SM; 2= mais de 2SM	Categórica nominal
Escolaridade	0= não alfabetizado; 1= alfabetizado	Categórica nominal

b) características relacionadas ao cuidar

Nome da variável	Descrição	Tipo de Variável
Parentesco	Grau de parentesco com idoso 0=esposo 1=filho 2=irmão/sobrinho/neto; 3=outros	Categórica nominal
Patologia do idoso	Tipo de patologia do idoso doente 0= degenerativa; 1= não-degenerativa	Categórica nominal
Cuidador	Como se tornou cuidador 0= iniciativa própria/ dever matrimonial; 1=escolha da família/idoso; 2=disponibilidade de tempo	Categórica nominal
Idoso doente	Tempo de doença do idoso, Em anos	Quantitativa numérica
Moradia com idoso	Mora na mesma casa que o idoso 0= sim; 1= não	Categórica nominal
Função de cuidador	Função de cuidador, Em anos de cuidado	Quantitativa numérica
Horas cuidado	Horas por semana que cuida do idoso 0=30 a < 35h 1= 35 a < 40h 2= 40 a < 45h 3= mais de 45h/semana	Categórica nominal
Ajudantes	Recebe ajuda para cuidar do idoso 0= sim; 1= não	Categórica nominal
Relação	Relacionamento cuidador-idoso antes da doença 0= Muito boa; 1= Boa; 2= Regular; 3= Ruim; 4= Péssima	Categórica nominal

2.5.2 Variáveis dependentes

Nome da variável	Descrição	Tipo de Variável
Patologias	Presença de patologias 0= < 2 patologias; 1= duas patologias	Categórica nominal
Estresse	Níveis de estresse Média dos escores	Quantitativa numérica
Depressão	Presença de sintomatologia depressiva Média dos escores	Quantitativa numérica
Satisfação com a vida	Satisfação global com a vida Média dos escores	Quantitativa numérica
Sobrecarga	Níveis de sobrecarga relacionada ao cuidar Média dos escores	Quantitativa numérica

2.6. Instrumentos

Os cuidadores que preencheram os critérios de elegibilidade responderam a um questionário estruturado elaborado para esta pesquisa, composto por instrumentos utilizados frequentemente na literatura, que foram agrupados em quatro seções. A primeira seção avalia as características sócio-demográficas e dados relacionados ao cuidar (composta por 2 partes), a segunda seção avalia a saúde física do cuidador (1 parte), a terceira avalia a saúde emocional (4 partes) e a última seção avalia o idoso dependente (2 partes), totalizando 9 partes (anexo 3).

- As duas partes que compõem a **primeira seção** (perfil sociodemográfico) são:

Parte 1: tem como objetivo avaliar o perfil sociodemográfico dos cuidadores, com questões relacionadas aos dados pessoais, estado civil, escolaridade, renda familiar, etc.

Parte 2: destinada a avaliar a atividade de cuidar com perguntas sobre o relacionamento com idoso antes da doença, grau de parentesco, patologia do idoso, tempo de cuidado, frequência e ajuda de outros para cuidar.

- A **segunda seção** avalia a *Saúde Física*:

Parte 3: comporta a avaliação objetiva da *Saúde Física* do cuidador. Em uma lista de patologias (nove ao todo) o cuidador era questionado se tem ou teve alguma delas no último ano. A variável foi dicotomizada em *Saúde Física Boa* (ter menos de 2 patologias) e *Saúde Física Ruim* (ter duas ou mais patologias).

- A **terceira seção** (*Saúde Emocional*) é composta de 4 partes:

Parte 4: consiste na avaliação do estresse percebido pelo cuidadores. O estresse foi avaliado através de um questionário elaborado por Sheldon Cohen em 1983, e validado para o português por Luft et al. (2007). Essa escala possui 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= quase sempre; 4= sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56. Quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse.

Parte 5: compreende a avaliação da depressão. A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) constitui instrumento de rastreamento elaborado pelo Instituto Nacional de Saúde Mental visando identificar humor depressivo em estudos populacionais. Elaborada por Radloff e validado para o português por Silveira e Jorge (1997), consiste de 20 itens com objetivo de rastrear depressão em populações adultas. A escala compreende itens relacionados a humor, comportamento e percepção que foram considerados

relevantes em estudos clínicos sobre depressão. As respostas a cada uma das questões são dadas segundo a frequência com que cada sintoma esteve presente na semana precedente à aplicação do instrumento: "raramente ou nunca" corresponde à pontuação zero; "durante pouco ou algum tempo" corresponde à pontuação 1; "ocasionalmente ou durante um tempo moderado" corresponde à pontuação 2; e "durante a maior parte do tempo ou todo o tempo" corresponde à pontuação 3. A pontuação pode, portanto, variar entre zero e sessenta. A CES-D foi escolhida dentre outros instrumentos pela sua fácil aplicabilidade, pelo seu foco em sintomas depressivos, por empregar critérios de uma semana de duração da sintomatologia depressiva e por ter sido amplamente utilizada. O escore pode ser utilizado de forma contínua (maior pontuação, maior chance de apresentar sintomatologia depressiva) ou pode-se utilizar o ponto de corte utilizado que é de 16.

Parte 6: relacionado a avaliação da satisfação global com a vida. Foi utilizado o questionário de Satisfação proposto por Cantril (1967) e validada para o português por Neri (1998), que dá a possibilidade ao indivíduo realizar uma auto-avaliação, quanto a sua satisfação global com a vida e satisfação referida a domínios e à comparação social. O indicador de Satisfação Global com a Vida consta de duas questões referentes à satisfação do idoso com a sua vida hoje e também em comparação com outras pessoas de mesma idade. Quanto à Satisfação referenciada a domínios, foram realizadas perguntas como: satisfação com a sua saúde; com a sua memória para fazer e lembrar as coisas do dia; com a sua capacidade para fazer e resolver as coisas de todo dia; com as suas amizades; com ajuda que recebe de outras pessoas para cuidar das suas coisas do dia-a-dia; com os cuidados que recebe dos outros em relação à sua saúde; com a atenção e com o carinho que recebe das pessoas com quem convive; com o seu ambiente; com a sua capacidade para o trabalho; com as condições do local onde mora; com seu acesso aos serviços de saúde; com seu meio de transporte. As opções de resposta incluíam pouco = 0, mais ou menos = 1 e muito = 2 e o escore varia de 0 a 28 pontos.

Parte 7: destinada a avaliação da sobrecarga do cuidador. A sobrecarga relacionada ao cuidado foi avaliada através da escala de sobrecarga de Zarit, elaborada em 1985 por Zarit e colaboradores. A escala possui 22 questões que avaliam o impacto do cuidado nas esferas física, psicológica e social, com uma pontuação que pode variar de 0-4. A pontuação final pode variar de 0 a 88 pontos, sendo quanto maior a pontuação maior o nível de sobrecarga. A escala é bastante utilizada em pesquisas com cuidadores de idosos (Cerqueira & Oliveira, 2002; Garrido & Menezes, 2004; Taub *et al.*, 2004). No Brasil, a confiabilidade da escala foi avaliada por Taub *et al.* (2004), demonstrando ser de fácil administração e confiável para medir o impacto apresentado pelos cuidadores.

Categorizamos a variável de modo contínuo, onde maiores níveis de Estresse, Sintomatologia Depressiva e Sobrecarga e Insatisfação caracterizavam uma *Saúde Emocional Ruim*.

- A **quarta seção** compreende a avaliação funcional e cognitiva do idoso dependente através de duas partes (respondidas pelo cuidador):

Parte 8: corresponde a avaliação da capacidade funcional para realização das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) dos idosos dependentes. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si.

Para a avaliação das AIVD foi utilizado o questionário de atividade funcional de Pfeffer elaborado por Pfeffer *et al.* (1982). Esse questionário foi elaborado especificamente para ser utilizado por cuidadores na avaliação da funcionalidade da pessoa doente e consta de 10 questões pontuadas de 0 a 3, com pontuação máxima de 30. Como não existe uma escala elaborada especificamente para que o cuidador possa avaliar as AVD do doente, optou-se por utilizar o índice de Katz. O índice de Katz, elaborado por Sidnay Katz (1963), traduzido para o português por Márcia Scazufca (dados não publicados) é uma escala mais descritiva que avalia desempenho em atividades rotineiras da vida diária como tomar banho,

vestir-se, ir ao banheiro, continência e alimentação. Sua pontuação pode ser contínua ou pode classificar os pacientes em independente (I), dependente (D) e necessitado de assistência (A). Também respondida pelo cuidador ou pelo paciente. Tal escala não tem um ponto de corte específico (Duarte *et al.*, 2007).

Parte 9: Corresponde a avaliação do estado cognitivo do idoso dependente. O Questionário do Informante sobre o Declínio Cognitivo do Idoso (IQ-CODE) elaborado por Jorm e Jacomb (1989) e adaptado para o português por Sanchez e Lourenço (2009), avalia cognição entrevistando cuidador ou alguém que tenha contato próximo ao paciente. São 26 questões que avaliam o desempenho atual em diferentes situações da vida diária comparando com o desempenho anteriormente observado ao longo dos anos. A pontuação é feita segundo a impressão de desempenho “muito melhor”, “melhor”, “sem mudanças significativas”, “pior” ou “muito pior”, com escores, respectivamente, de 1, 2, 3, 4 ou 5. Os escores brutos variam entre 26 e 130, sendo que a média aritmética desse escore pelo número de questões respondidas dá origem a um escore, que pode ser comparado com pontos de corte previamente estabelecidos (Bustamante *et al.*, 2003). Sua validade reflete um declínio cognitivo prévio, antecipa quadros demenciais e se correlaciona com vários testes cognitivos; não sofre influência de escolaridade.

Todos os questionários supracitados foram escolhidos para serem utilizados nesse estudo por se tratarem dos questionários mais amplamente utilizados na pesquisa clínica, e por apresentarem boa confiabilidade e validade (Pinquart e Sörense, 2003).

2.7. Procedimentos

A primeira etapa do estudo consistiu no cadastramento dos idosos dependentes, com informações de todas as UBS sobre os nomes, endereço e patologias de cada idoso (figura 1).

A segunda etapa consistiu no treinamento dos entrevistadores. Estes foram em número de 3, sendo 2 estudantes de Fisioterapia e 1 de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – FACISA da UFRN. Esse treinamento teve por objetivo diminuir as possibilidades de vieses e proporcionar o correto preenchimento dos questionários utilizados por eles.

Na terceira etapa, foi realizado um estudo piloto com 30 cuidadores, onde os mesmos foram entrevistados em suas casas e responderam ao questionário estruturado elaborado nesta pesquisa. Antes da entrevista, no entanto, os cuidadores eram questionados se gostariam de participar da pesquisa. Caso afirmativo eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 1). Com base nos resultados adquiridos obtivemos informações prévias sobre a saúde dos cuidadores. Esse piloto foi realizado com os 30 primeiros cuidadores sorteados.

A quarta e última etapa consistiu na aplicação, pelos mesmos entrevistadores, do questionário estruturado com todos os cuidadores de idosos sorteados para participar do estudo. As entrevistas foram realizadas onde o idoso estivesse residindo (em sua casa ou na casa do seu cuidador), tendo duração média de 30 minutos, e ao final da entrevista, todos os cuidadores participantes da pesquisa (incluindo do piloto) receberam uma cartilha informativa intitulada *Cuidando do Cuidador* (anexo 4) com dicas sobre como ter cuidados com o próprio corpo e exercícios de alongamento e relaxamento.

Os dados provenientes do cadastro dos idosos dependentes juntamente com os dados de seus cuidadores serão repassados posteriormente para a Secretaria de Saúde da cidade de Santa Cruz e para cada UBS.

A seguir esta disposto o fluxograma de como ocorreu a seleção dos sujeitos para participar do estudo e como foi realizada a coleta dos dados com o questionário estruturado.

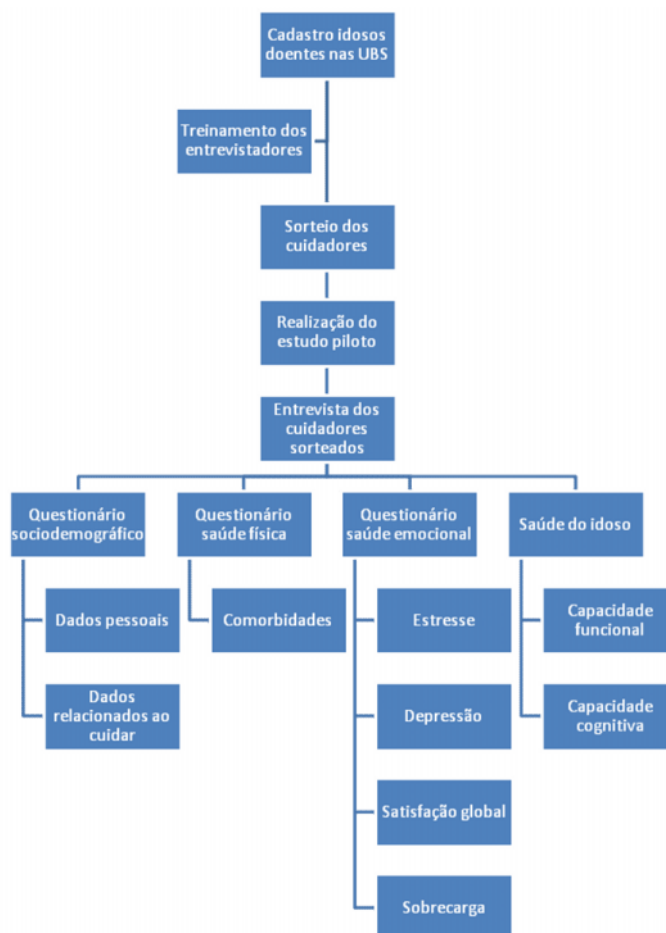


Figura 1. Fluxograma seleção dos sujeitos e coleta de dados

2.8. Análise estatística

Após a realização do teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a distribuição normal dos dados, posteriormente, foi realizada uma análise descritiva das variáveis do estudo. Para as variáveis categóricas foi utilizada a análise de distribuição de frequências absolutas e relativas. Para análise das variáveis contínuas, utilizamos medidas de tendência central (média e mediana), de dispersão (desvio-padrão) e de posição da variabilidade (quartis).

Para verificação da magnitude de associação entre variáveis, se utilizou análise bivariada através dos testes de correlação de Pearson e Spearman, e teste de qui-quadrado. Para avaliação da associação de fatores associados aos desfechos adversos à saúde física e mental dos cuidadores, foi realizada análise

multivariada mediante modelos de regressão logística binária e regressão linear múltipla.

O processamento, armazenamento e análise dos dados foram realizados pelo Programa Estatístico SPSS 17.0 (*Statistical Package for the Social Science*) atribuindo-se o nível de significância $p < 0,05$ e um intervalo de confiança (IC) de 95%.

2.9 Aspectos Éticos

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que concedeu parecer favorável para a realização da mesma (protocolo 076/09). Os voluntários foram convidados a participar da pesquisa e informados sobre as avaliações pelas quais seriam submetidos e conscientizados sobre a proposta da mesma. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS



Descrição da amostra

A amostra final foi constituída por 304 indivíduos, com média de idade de 50,3 ($\pm 16,8$) anos. Os idosos doentes assistidos pelos cuidadores tinham média de idade de 78,0 ($\pm 9,4$) anos, sendo 61,5% do sexo feminino. As variáveis categóricas sociodemográficas dos cuidadores estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos cuidadores da cidade de Santa Cruz-RN, 2010

		n	%
Sexo	Masculino	21	6,9
	Feminino	283	93,1
Cuidador	Idoso	95	31,3
	Não idoso	209	68,8
Estado Civil	Casado/companheiro	182	59,9
	Solteiro	122	40,1
Cor	Branco	128	42,1
	Pardo/caboto/parca	15	4,9
	Negro	161	53
Trabalha	Sim	67	22
	Não	237	78
Renda individual	até 1 SM	275	90,5
	1 a 2 SM	24	7,9
	mais de 2 SM	5	1,6
Renda familiar	até 1 SM	116	38,2
	1 a 2 SM	141	46,4
	mais de 2 SM	47	15,5
Aposentadoria	Sim	87	28,6
	Não	217	71,4
Grau instrução	Alfabetizado	234	77
	Não-alfabetizado	70	23
TOTAL		304	100

Fonte: dados do pesquisador

Os dados relacionados ao cuidar demonstraram que metade dos idosos apresentam enfermidade há 5,0 (Q₂₅3,0 – Q₇₅10,0) anos e que o cuidador exerce sua função há 5,0 (Q₂₅2,0 - Q₇₅9,0) anos. As demais variáveis categóricas relacionadas à atividade de cuidar estão dispostas na tabela 2.

Tabela 2. Características específicas relacionadas ao cuidar dos cuidadores da cidade de Santa Cruz-RN 2010

	n	(%)
Parentesco com idoso		
Esposo	72	23,7
Filho	156	51,3
Irão/sobrinho/neto	48	15,8
Outros	28	9,2
Patologia		
Degenerativa	85	28
Não degenerativa	219	72
Motivo ser cuidador		
Iniciativa própria/dever matrimonial	231	76
Escolha da família cuidador	23	7,6
Disponibilidade de tempo	50	16,4
Morada com idoso		
Sim	284	93,4
Não	20	6,6
Horas de cuidado semanal		
30a35h	18	5,9
35a40h	13	4,3
40a45h	16	5,3
mais 45h	257	84,5
Presença ajudantes		
Sim	182	59,9
Não	122	40,1
Relação com idoso		
Muito boa	124	40,8
Boa	151	49,7
Regular	29	9,5
TOTAL	304	100

Fonte: dados do pesquisador

Saúde Física

Com relação à *Saúde Física* observou-se que as patologias mais comuns foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (33,6%) e Artrite/artrose (22%). Cerca de 60% (n=182) dos cuidadores apresentaram pelo menos uma patologia, sendo que 37,5% (n=114) dos entrevistados apresentaram duas ou mais patologias associadas. Quando questionados sobre o início da patologia 8,9% (n=27) relataram que desenvolveram a(s) patologia(s) depois de se tornarem cuidadores. Para efeitos de categorização da variável *Saúde Física Ruim*, consideramos o fato de ter duas ou mais patologias.

Para realizar a análise bivariada utilizou-se a *Saúde Física* como variável dependente. Detectou-se que cuidadores mais velhos ($r = 0,29$, $p = 0,000$), que não são casados com o idoso doente ($r = -0,16$, $p = 0,005$), com níveis elevados de Estresse ($r = 0,23$, $p = 0,000$), Sintomatologia Depressiva ($r = 0,17$, $p = 0,003$) e Sobrecarga ($r = 0,13$, $p = 0,01$) e baixos níveis de Satisfação com a vida ($r = -0,13$, $p = 0,02$) tem piores níveis de *Saúde Física*. As variáveis capacidade cognitiva do idoso doente ($r = 0,06$, $p = 0,23$) e coresidência ($r = -0,09$, $p = 0,87$) não apresentaram correlação com a *Saúde Física*. A ausência de correlação também foi observada para o nível socioeconômico ($r = 0,05$, $p = 0,35$), bem como sexo ($r = 0,06$, $p = 0,25$) e capacidade funcional ($r = 0,09$, $p = 0,08$) do idoso doente.

No sentido de ajustar os potenciais efeitos de confundimento das variáveis presentes no estudo foi realizada uma análise multivariada mediante regressão logística binária, tendo como variável dependente a *Saúde Física* dicotomizada. Tendo como marco teórico o fato que as variáveis de *Saúde Emocional* podem influenciar a *Saúde Física*, as mesmas foram introduzidas num processo de modelagem como potenciais variáveis independentes para ajustes no modelo de regressão. *Saúde Física Ruim* foi associada a maior idade (OR = 1,03, 95%IC = 1,00 a 1,06), maiores níveis de Estresse (OR = 1,13, 95%IC = 1,06 a 1,21) e menores níveis de Satisfação (OR = 0,89, 95%IC = 0,83 a 0,95), não apresentando relação com ser cônjuge do idoso (OR = 0,75, 95%IC = 0,25 a

2,19), Sintomatologia Depressiva (OR = 1,03, 95%IC = 0,98 a 1,07) e Sobrecarga (OR = 1,02, 95%IC = 0,99 a 1,05).

Saúde Emocional

Os dados relacionados à *Saúde Emocional* dos cuidadores estão dispostos nas tabelas 3 e 4. Os níveis de Estresse apresentaram uma média de 24,8 ($\pm 7,0$), enquanto que os níveis de Sintomatologia Depressiva, Sobrecarga e Satisfação global com a vida apresentaram mediana de 13,0 (Q₂₅9,0 - Q₇₅19,0), 22 (Q₂₅14,0 - Q₇₅ 29,0) e 19,0 (Q₂₅15,0 - Q₇₅23,0) respectivamente. Caracterizou-se *Saúde Emocional Ruim* como sendo níveis elevados de Estresse, Depressão e Sobrecarga e baixos níveis de Satisfação com a vida.

A tabela 3 mostra a correlação para as variáveis níveis de Estresse, Sintomatologia Depressiva, Sobrecarga e Satisfação dos cuidadores.

Tabela 3. Associações bivariadas com as variáveis Estresse, Depressão, Sobrecarga e Satisfação dos cuidadores da cidade de Santa Cruz-RN, 2010

Variáveis	Estresse	Depressão	Sobrecarga	Satisfação
	r	r	r	r
Variáveis sociodemográficas e do cuidar				
Sexo	-0,17**	-0,09	-0,03	0,03
Idade	0,004	0,007	0,12*	0,02
Parentesco com idoso	-0,08	0,007	-0,16**	-0,03
Co-residência	-0,008	0,03	0,003	0,04
Tempo função cuidador	-0,063	-0,01	0,01	0,01
Duração da doença (anos)	-0,140**	-0,003	0,06	0,05
Capacidade cognitiva	-0,005	0,04	0,27***	-0,02
Variáveis saúde física e emocional				
Saúde Física	0,23***	0,17**	0,11*	-0,13*
Estresse	1	0,27***	0,03	-0,27***
Depressão	0,26***	1	0,35***	-0,32***
Sobrecarga	0,07	0,35***	1	-0,16**
Satisfação	-0,31***	-0,32***	-0,16**	1

Nota: N=304. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Nos resultados da análise bivariada observou-se que os níveis de Estresse apresentavam correlação com as variáveis sociodemográficas sexo e tempo de doença do idoso, no que se refere à *Saúde Emocional*. Ser do sexo masculino e cuidar de um idoso com poucos anos de doença, estão relacionados aos altos níveis de Estresse. Com relação às variáveis da saúde do cuidador, observou-se

que ter duas ou mais patologias (*Saúde Física Ruim*), presença de Sintomatologia Depressiva e baixos níveis de Satisfação com a vida apresentaram relação com os níveis de Estresse.

A Sintomatologia Depressiva e a Satisfação com a vida não apresentaram nenhum tipo de correlação com as variáveis sociodemográficas ou relacionadas ao cuidar. No entanto, apresentaram correlação com todas as variáveis relacionadas à saúde do cuidador.

Ser mais velho, não ser esposa do idoso doente e cuidar de um idoso com déficit cognitivo foram relacionados com altos níveis de Sobrecarga. Apresentar duas ou mais comorbidades (*Saúde Física Ruim*), altos níveis de Depressão e baixos níveis de Satisfação também se relacionaram com a Sobrecarga do cuidador. Nenhuma correlação foi observada entre a *Saúde Emocional* (Estresse, Sintomatologia Depressiva, Sobrecarga e Satisfação) e o nível socioeconômico e escolaridade do cuidador ou capacidade funcional do idoso doente.

Para observar quais das variáveis (sociodemográficas, relacionadas ao cuidar e da saúde do cuidador) destacadas na análise bivariada continuaram a manter relação com a *Saúde Emocional* foi realizada a análise multivariada. Destacam-se na tabela 4 os modelos de análise multivariada realizados para as variáveis níveis de Estresse, Sintomatologia Depressiva, Sobrecarga e Satisfação.

Tabela 4 Modelos de análise multivariada com níveis de Estresse, Sintomatologia Depressiva, Sobrecarga, Satisfação e cuidadores de Santa Cruz RJ, 2010

Variáveis	Estresse		Depressão		Sobrecarga		Satisfação	
	Beta	IC95%	Beta	IC95%	Beta	IC95%	Beta	IC95%
Sexo	-0,15*	-0,14—-0,152	-0,02	-0,03—-0,09	-0,03	-0,04—-0,03	-0,03	-0,05—-0,149
Idade	-0,03	-0,03—0,03	0,02	-0,04—0,07	0,08	-0,07—0,08	0,05	-0,02—0,05
Parentesco com idoso	0,1	-0,13—0,12	0,01	-0,04—0,14	-0,15*	-0,03—-0,125	-0,03	-0,167—0,06
Comorbidade	0,04	-0,26—0,00	0,05	-0,15—0,04	0,04	-0,249—0,18	0,03	-0,154—0,126
Tempo de função cuidador	0,15	-0,41—0,42	-0,12	-0,47—0,10	-0,08	-0,57—0,20	0,02	-0,17—0,21
Duração do tempo (anos)	-0,25**	-0,45—-0,11	0,14	-0,05—0,41	0,15	-0,05—0,39	0,01	-0,14—0,17
Capacidade cognitiva	-0,01	-0,47—0,09	-0,06	-0,248—0,10	0,31***	0,31—0,36	0,04	-0,102—0,11
Saúde Física	0,25***	0,22—0,27	0,1	-0,31—0,11	0,03	-0,10—0,104	-0,21***	-0,11—-0,14
Estresse			0,17**	-0,05—0,14	-0,03	-0,21—0,13	-0,19**	-0,05—0,06
Depressão	0,15**	0,02—0,22			0,21***	0,19—0,49	-0,15*	-0,17—0,02
Sobrecarga	-0,03	-0,03—0,04	0,25***	0,10—0,27			-0,09	-0,10—0,01
Satisfação	-0,15**	-0,06—0,09	-0,15*	-0,09—0,05	-0,09	-0,41—0,04		
R ²	0,21		0,17		0,21		0,15	

Nota: Modelos de regressão linear múltipla (N=94) foram realizados considerando como variáveis dependentes níveis de Estresse, Sintomatologia Depressiva, Sobrecarga e Satisfação.

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Como as variáveis Estresse, Sintomatologia Depressiva, Sobrecarga e Satisfação podem se influenciar optou-se por colocá-las também como variáveis independentes. Após realizar a análise multivariada com as variáveis ajustadas por sexo, idade, coresidência, tempo de cuidado, duração da doença, capacidade cognitiva do idoso, Saúde Física, Sintomatologia Depressão, Sobrecarga e Satisfação observou-se que as variáveis que apresentaram correlação significativa na análise bivariada (sexo, tempo de doença, Saúde Física, Depressão e Satisfação) continuaram a manter tal correlação com os níveis de Estresse. Essas variáveis responderam por 21% da variância dos níveis Estresse.

Níveis elevados de Estresse e Sobrecarga, bem como Satisfação com a vida apresentaram correlação com a Sintomatologia Depressiva. O mesmo não foi observado para número de Comorbidades (*Saúde Física Ruim*). Já para os níveis de Sobrecarga, somente o fato de não ser esposo, cuidar de idoso com alto comprometimento cognitivo e ter maiores níveis de Sintomatologia Depressiva apresentaram associação. Nenhuma associação emergiu para a idade do cuidador, Saúde e Satisfação com a vida. Com relação aos níveis de Satisfação, destaca-se que a Satisfação do cuidador estava associada com ter até uma patologia (*Saúde Física Boa*) e apresentar baixos níveis de Estresse e Sintomatologia Depressiva. Essas variáveis responderam por 17%, 21% e 16% respectivamente da variância da Sintomatologia Depressiva, Sobrecarga e Satisfação com a vida dos cuidadores.

4. DISCUSSÃO



As atividades relacionadas com o cuidar podem impor restrições à saúde dos indivíduos considerados como cuidadores. Aqueles cuidadores que apresentam níveis de saúde física e emocional deficitários podem afetar adversamente os cuidados com um idoso doente. Os fatores estressores impostos aos cuidadores por cuidar de um idoso dependente físico ou mentalmente além de afetar o funcionamento da sua saúde podem interferir em suas experiências subsequentes (Hooker *et al.*, 2002).

Em nosso estudo observamos a percepção negativa de saúde física com prevalências semelhantes ao observado na literatura, e apresentando associação com a idade do cuidador, mas não com o gênero deste. Tal resultado corrobora com o apresentado por Cantor (1992) e Frias *et al.* (2005) que relatam que cuidadores mais velhos tem *Saúde Física Ruim* independente do sexo do indivíduo. Consideramos, no entanto que, a metodologia utilizada para avaliar a saúde física nos estudos, pode ter interferido na ausência de correlação. Mensurações objetivas da Saúde (número de patologias crônicas, número de hospitalizações) podem apresentar menor associação do que a avaliação subjetiva através de auto-relato, isto ocorreria devido ao fato que, muitas doenças (i.e. osteoporose) não são influenciadas pelo ato de cuidar (Pinquart e Sörense, 2007). O número reduzido de homens presentes nesse estudo também pode ter contribuído para a ausência de associação.

Outro fator relatado na literatura como tendo relação com a *Saúde Física* é o parentesco com o idoso dependente, onde esposas relatam com maior frequência *Saúde Física Ruim* (Harwood *et al.*, 2000). Em nosso estudo observamos que não houve diferença entre ser ou não esposa do idoso doente, corroborando com os achados de Gräsel (2002) cujos resultados mostraram que mudanças na saúde dos cuidadores não diferem entre esposas e jovens adultos. Apesar de esposas poderem reportar piores níveis de *Saúde Física* do que jovens adultos, muitos desses adultos tem trabalho adicional com a família e responsabilidades relacionadas ao trabalho que podem conflitar com a atividade de cuidar e piorar a *Saúde* (Pinquart e Sörense, 2007).

Diversos estudos também mostram que morar com o idoso dependente apresenta maior impacto na *Saúde Física*, uma vez que o tempo de descanso e os padrões de alimentação são alterados com a convivência com o idoso (Brodaty e Hadzi-Pavlovic, 1990; Brodaty *et al.*, 2005). No entanto, Li *et al.* (1999) relatam não haver diferença entre morar ou não com o idoso, corroborando com nossos achados.

Com relação a associação da *Saúde Física* com os fatores relacionados a *Saúde Emocional* observou-se que cuidadores mais estressados e menos satisfeitos apresentaram *Saúde Física Ruim*. Esses achados são comparados aos de Frias *et al.* (2005) onde cuidadores que reportaram piores níveis de *Saúde Emocional* apresentaram mais problemas na *Saúde Física* decorrente das atividades relacionadas aos cuidados com o idoso. Apesar da literatura prover suporte para a correlação entre a Sintomatologia Depressiva e a *Saúde Física*, em nossos achados, não observamos associação destas variáveis quando foram ajustadas mediante análise multivariada. Desta forma, podemos inferir que, assim como outros autores (Clyburn, 2000; Zanetti *et al.*, 1998), existem variáveis sociodemográficas intimamente relacionadas às condições de saúde do cuidador que podem mediar estas relações.

No tocante a *Saúde Emocional* dos cuidadores observamos que estes não apresentaram níveis elevados de Estresse, Sintomatologia Depressiva, Sobrecarga ou baixos níveis de Satisfação com a Vida. Diversos fatores podem estar relacionados com esse resultado como os próprios aspectos positivos do cuidado, a resiliência psicológica e a dificuldade dos cuidadores em admitir sentimentos negativos (Pinquart e Sörensen, 2003). O próprio fato de a amostra ser representativa pode justificar tal resultado, pois piores níveis de saúde tendem a ser mais relatados em estudos onde a amostra é por conveniência.

Com relação aos fatores associados a *Saúde Emocional Ruim* avaliada através dos níveis de Estresse, o fato de ser do sexo masculino e de cuidar de um idoso a pouco tempo foram relacionados aos altos níveis de Estresse. Culturalmente, pelo fato das mulheres estarem mais acostumadas a cuidar, estas se tornam mais bem preparadas do que os homens para exercer o papel de cuidador (Stoller, 1994).

Com relação ao tempo de cuidado, esperava-se que quanto mais tempo o idoso fosse doente, maior seria sua dependência e piores os níveis de saúde do cuidador. No entanto, observamos uma situação inversa, ou seja, quanto menos tempo de doença pior a saúde. Para esclarecer essas questões é necessário a realização de estudos longitudinais para acompanhar a relação entre a crescente dependência do idoso com a saúde do cuidador (Beach *et al.*, 2000).

Saúde Física Ruim, presença de Sintomatologia Depressiva e baixos níveis de Satisfação também apresentaram associação com os níveis de Estresse. Cuidadores com *Saúde Física Ruim* e sintomatologia Depressiva podem reportar maiores níveis de Estresse segundo Patterson e Grant (2003) e Vitaliano *et al.* (2003).

No referente a Sintomatologia Depressiva, a literatura aponta que o nível de relação com o idoso apresenta associação com esta variável. A experiência de cuidar é mais difícil para cuidadoras esposas e estas apresentam maiores níveis de depressão (Clyburn, 2000; Neundorfer *et al.*, 2001). No entanto, tal observação não foi constatada em nosso estudo.

Em relação à associação da Sintomatologia Depressiva com a capacidade funcional do idoso, Given *et al.* (1992) encontraram em seu estudo que a dependência dos pacientes para realização das AVD estava diretamente relacionado aos níveis de depressão do cuidador. No entanto, Goode *et al.* (1998) e Kurtz *et al.* (1995) não mostraram nenhuma associação entre o cuidador e a saúde do idoso dependente. Nossos achados corroboram com esses últimos autores, onde não observamos associação entre a capacidade funcional do idoso e a saúde do cuidador.

Harwood *et al.* (2000) e O'Rourke *et al.* (2000) relatam que a Sobrecarga do cuidador pode influenciar no surgimento da Sintomatologia Depressiva. Eles sugerem que os efeitos na Depressão são mediados pela Sobrecarga associada com os fatores estressores do cuidar. Parece ser que indivíduos com maiores níveis de Sobrecarga estão mais susceptíveis à Depressão. No entanto, apesar de observarmos em nosso estudo uma associação entre a Sobrecarga e a

Sintomatologia Depressiva, não é possível detectar esse padrão de causalidade em decorrência do caráter transversal do mesmo.

Ainda em relação aos níveis de Sobrecarga destacamos que cuidadoras não esposas que cuidam de idosos com déficit cognitivo elevado são mais sobrecarregadas. Garre-Omo *et al.* (2000) e Zanetti *et al.* (1998) observaram que os cuidadores que não são esposas do idoso doente apresentam maiores riscos de vivenciar altos níveis de Sobrecarga. Quanto à capacidade cognitiva, cuidar de alguém com déficit cognitivo está intrinsecamente ligado a Sobrecarga dos cuidadores, principalmente se esse déficit for progressivo, pois é muito desgastante vivenciar o declínio gradual do idoso (Frias *et al.*, 2005; Ocampo *et al.*, 2007; Savage e Bailey, 2004).

O fato do cuidador residir ou não com o idoso dependente não apresentou relação com a Sobrecarga. Song *et al.* (1997) não observaram nenhuma associação entre morar com o idoso e os níveis de Sobrecarga. A capacidade funcional do idoso também não apresentou associação com a Sobrecarga. A literatura constantemente reporta que a frequência dos problemas de comportamento é um preditor mais confiável da sobrecarga do cuidador do que a incapacidade funcional do doente (Bédard *et al.*, 1997; Coen *et al.*, 1997). De acordo com Champpe e Penning (1996), os distúrbios comportamentais explicam mais variância do que qualquer outro fator, com variação total de $R^2=0,45$.

Por fim, os níveis de Satisfação apresentados pelos cuidadores mostraram associação com a *Saúde Física Ruim*, com níveis de Estresse e Sintomatologia Depressiva. Baixos níveis de Satisfação foram associados geralmente com aumento na depressão dos cuidadores (Schultz *et al.*, 1997). Aspectos positivos do cuidado devem ser investigados em estudos futuros, pois de acordo com Liew *et al.* (2010) a Satisfação do cuidador ao exercer sua função está diretamente relacionada com os ganhos positivos do cuidar, acarretando em uma saúde boa.

IMPLICAÇÕES

Pesquisas que avaliam a saúde do cuidador tem significantes implicações na saúde pública. Cuidadores com problemas de saúde podem estar em risco

crescente de desenvolver problemas físicos e psicológicos, e isso pode estar associado a uma diminuição na sua expectativa de vida (Schulz *et al.*, 1995; Skarupski *et al.*, 2009). O idoso deve ser mantido no convívio da comunidade o maior tempo possível, mas para que isso ocorra estratégias de intervenção efetivas (treinamento, estratégias de enfrentamento ou melhoria na rede de suporte ao apoio informal) devem ser desenvolvidas para reduzir a vulnerabilidade de quem cuida. Os achados observados neste estudo somam-se aos descritos na literatura e podem ser utilizados como base para pesquisas de intervenção futuras.

LIMITAÇÕES

O caráter transversal desse estudo além de impossibilitar a avaliação da direção causal das associações, limita a observação de como as mudanças na saúde do doente e do próprio cuidador influenciam na saúde do mesmo. Uma segunda limitação é a forma de mensuração das variáveis. Uma avaliação com aspectos objetivos e subjetivos em combinação é uma importante contribuição (Vitaliano *et al.*, 1997). A terceira limitação observada consiste na não avaliação da saúde do indivíduo antes deste tornar-se cuidador. A avaliação das patologias e das alterações na saúde mental pré-existentes devem ser incluídas. Por fim, a última limitação diz respeito a averiguação da rede social de suporte para os cuidadores. A avaliação do suporte social familiar e público, bem como a investigação das estratégias de enfrentamento adotadas pelos cuidadores, podem ajudar a traçar políticas de saúde mais efetivas.

5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS



A análise dos achados deste estudo permitiu observar que os cuidadores da cidade de Santa Cruz em sua maioria são mulheres, esposas ou filhas do idoso dependente, alfabetizadas e que se tornaram cuidadoras por vontade própria ou dever matrimonial. Com relação a *Saúde Física* destaca-se que os cuidadores apresentaram uma prevalência semelhante a observada na literatura e as variáveis estudadas que apresentaram associação foram idade, níveis de estresse e satisfação com a vida.

No referente a *Saúde Emocional* observa-se que os cuidadores apresentaram níveis baixo à moderado de Estresse, Sintomatologia Depressiva e Sobrecarga e níveis satisfatórios de Satisfação com a Vida. Essa variável apresentou associação com o sexo, tempo da doença do idoso, capacidade cognitiva, parentesco, níveis elevados de Estresse, Sintomatologia Depressiva e Sobrecarga e baixos níveis de Satisfação.

A partir desses dados intervenções específicas podem ser delineadas com intuito de proporcionar melhores condições de saúde aos cuidadores da cidade de Santa Cruz-RN. A atenção ao cuidador deve ser integral, com intervenções que envolvam tanto a sua saúde física quanto a psicológica. Oportunidades de prática de exercícios físicos, acompanhamento nutricional e fisioterapêutico, suporte emocional e visitas de cuidado preventivo devem ser encorajados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Abreu, ID; Forlenza, OV; Barros, HL. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2005; 32(3), 131-136.

Alves, LC; Leite, IC; Machado, CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2008; 13(4), 1199-1207.

Antunes, MV. Terceira Idade: “1999”, Ano internacional do idoso. *Revista Fisio&Terapia*. Dezembro-janeiro 2000; ano IV (18), 10-11.

Baltes, PB; Smith, J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, 2006; 17(36), 7-31.

Bartolo, M.; De Luca, D.; Serrao, M.; Sinforiani, E.; Zucchella C.; Sandrini, G. Caregivers burden and needs in community neurorehabilitation. *Journal of rehabilitation medicine*. 2010; 42(9), 818-822.

Beach, S.R.; Schulz, R.; Yee, J.L.; Jackson, S. Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: Longitudinal findings from the Caregiver Health Effects Study. *Psychology and Aging*; 2000; 15, 259–342.

Bedard, M.; Molloy, D. W.; Pedlar, D.; Lever, J. A.; Stones, M.J. Associations between dysfunctional behaviors, gender, and burden in spousal caregivers of cognitively impaired older adults. *International Psychogeriatrics*. 1997; 9, 277-290.

Bressan, LA.; Vale, FAC.; Speciali, JG. The daily life of patients with dementia. A comparative study between the information provided by caregiver and direct patient assessment. *Dementia & Neuropsychologia*. 2007; n.3, 288-295.

Brodaty, H.; Hadzi-Pavlovic, D. Psychosocial effects on carers of living with persons with dementia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 1990; 24, 351–361.

Brodaty, H.; Thomson, C.; Thompson, C.; Fine, M. Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2005; 20, 537–546.

Burns, MD; Nichols, LO; Adams, JM; Graney, MJ; Lummus, A. Primary Care Interventions for Dementia Caregivers: 2- Year Outcomes From the REACH Study. *The Gerontologist*. 2003; 43(4), 547-555.

Burton, LC; Newsom, JT; Schulz, R; Hirsch, CH; German, PS. Preventive health behaviors among spousal caregivers. *Preventive Medicine*. 1997; 26, 162-9.

Bustamante, E; Bottino, C; Lopes, M. - Instrumentos combinados na avaliação de demência em idosos: resultados preliminares. *Arquivo de Neuropsiquiatria*. 2003; 61(3-A), 601-6.

Caldeira, APS; Ribeiro, RCHM. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arquivo de Ciências da Saúde*. 2004; 11(2).

Camarano, AA; Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos avançados*. 2003; 17(49).

Cantor, M.H. Families and caregiving in an aging society. *Generataions*. 1992. 16(3), 67-70.

Cantril, H. (1967). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers Univ. Press.

Cattani, RB; Girardon-Perlini, NMO. Cuidar do idoso doente no domicilio na voz de cuidadores familiares. *Revista eletrônica de enfermagem*. 2004; 6(2).

Cerqueira, AT.; Oliveira, NI. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*. 2002; 13(1), 133-150.

Chappell, N.L.; Penning, M. Behavioural problems and distress among caregivers of people with dementia. *Ageing and Society*. 1996; 16, 57-73.

Charchat-Fichman, H; Caramelli, P; Sameshima, K; Nitrini, R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2005; 27(12), 79-82.

Clyburn, L.D.; Stones, M.J.; Hadjistravropoulos, T.; Tuokko, H. Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 2000; 55 (1), S2-13.

Coen, R.E.; Swanwick, G.R.J.; O'Boyle, C.A.; Coakley, D. Behaviour disturbance and other predictors of carer burden in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1997; 12, 331-336.

Diogo, MJD; Ceolim, MF; Cintra, FA. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Revista Escola de Enfermagem USP*. Março 2005; 39(1).

Duarte, YAO; Andrade, CL; Lebrão, ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola Enfermagem USP*. 2007; 41(2), 317-325.

Dunkin, JJ; Hanley, CA. Dementia caregiver burden: A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*. 1998; 51(Supl. 1), 53-60.

Eliopoulos, C. Gerontological nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott; Family caregiving. p. 486-95, 1997

Engelhardt, E; Dourado, M; Lacks, J. A Doença de Alzheimer e o impacto nos cuidadores. *Revista Brasileira de Neurologia*. 2005; 14(2), 5-11.

Falcão, DVS; Bucher-Maluschke, JSNF. Filhas que cuidam de pais/mães com provável/possível Doença de Alzheimer. *Estudos de Psicologia*. 2008; 13(3), 245-256.

Filho, JMC; Ramos, LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista Saúde Pública*. 1999; 33(5), Oct.

Frias, C.M., Tuokko, H., Rosenberg, T. Caregiver physical and mental health predicts reactions to caregiving. *Aging and Mental Health*. 2005; 9(4):331-336.

Garity, J. Stress, learning style, resilience factors, and ways of coping in Alzheimer family caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease*. 1997; 12, 171-178.

Garre-Omo, J.; Hernández-Ferrándiz, M.; Lozano-Gallego, M.; Vilata-Franch, J.; Turón-Estrada, A.; Cruz-Reina, M.M.; Camps-Rovira, G., López-Pousa, S. *Revista de Neurología*. 2000; 31(6), 522-527.

Garrido, R; Almeida, OP. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto na vida do cuidador. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 1999; 57(2B), 427-434.

Garrido, R; Menezes, PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Revista de Saúde Pública*. 2004; 38(6), 835-841.

Gilliam, CM; Steffen, AM. The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging and Mental Health*. 2006; 10(2),79-86.

Given, C.W.; Given, B.; Stommel, M.; Collins, C.; King, S.; Franklin, S. The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing and Health*. 1992; 15, 271–283.

Goode, K.T.; Haley, W.E; Roth, D.L.; Ford, G.R. Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: A stress process model. *Health Psychology*. 1998; 17, 190–198.

Gräsel, E. When home care ends – changes in the physical health of informal caregivers caring for demented patients: a longitudinal study. *Journal of American Geriatrics Society*. 2002; 50, 324-345.

Haley, WE; West, CA; Wadley, VG; Ford, GR; White, FA; Barrett, JJ; Psychosocial, social, and health impact of caregiving: A comparison of Black and White dementia family caregivers and noncaregivers. *Psychology and Aging*. 1995; 10, 540–552.

Haley, W. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*. 1997; 48(5), 25-29.

Harwood, D.G.; Barker, W.W.; Ownbt, R.L.; Duara, R. Caregivers self-related health in Alzheimer's disease. *Clinical Gerontologist*. 2000; 19-33.

Hooker, K; Bowman, S.R.; Coehlo, D.P.; Lim, S.R.; Kaye, J.; Guariglia, R., et al. Behavioral change in persons with dementia: relationship with mental and physical health of caregivers. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 2002; 57B, 453-460.

Hulley, SB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2ª ed. Porto Alegre: Artemed, 2003.

Inouye, K; Pedrazzani, E.S; Pavarini, S.C.I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto Contexto de Enfermagem*. Abril-Junho 2008; 17(2): 350-357.

Jorm, AF; Jacomb, PA. - The informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): Sociodemographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychological Medicine*. 1989; 19:1015-22.

Kurtz, M.E.; Kurtz, J.C.; Given, C.W.; Given, B. Relationship of caregiver reactions and depression to cancer patients' symptoms, functional states and depression-A longitudinal view. *Social Science & Medicine*. 1995; 40, 837–846.

Laksonen, M; Prattala, R; Halasoja, V; Uutela, A; Lahelma, E. Income and health behaviours. Evidence from monitoring surveys among Finnish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2003; 57, 711–717.

Lavinsky, AE; Vieira, T. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimento dos familiares envolvidos. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. 2004; 26(1), 41-45.

Li, LL; Seltzer, M; Greenberg, JS. Change in depressive symptoms among daughter caregivers: An 18-month longitudinal study. *Psychology and Aging*. 1999; 14, 206–219.

Liew, T.M; Luo, N; Ng, W.Y; Chionh, H.L; Goh, J; Yap, P. Predicting gains in dementia caregiving. *Dementia Geriatric Cognition Disorders*. 2010; 29(2): 115-122.

Loomis, L. S., e Booth, A. Multigenerational caregiving and well-being: The myth of the beleaguered sandwich generation. *Journal of Family Issues*. 1995; 16, 131–148.

Luft, CB; Snaches, SO; Mazo, GZ; Andrade, A. Versão Brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*. 2007; 41(4), 606-15.

Maffioletti, VLR; Loyola, CMD; Nigri, F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006; 11(4), 1085-1092.

Martins, T; Ribeiro, JP; Garrett, C. Estudo de validação dos Questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2003; 4(1), 131-148.

Ministério da Saúde. Programa Saúde do Idoso. Brasília, DF, 1999a. Capturado em 20/10/2009, no site:<http://www.saude.gov.br/programas/idosos/propostas.htm>.

Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis. Brasília, DF. 2008.

Nakatani, AYK; Souto, CCS; Paulette, LM; Melo, TS; Souza, MM. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2003; 5(1), 15 – 20. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>

Navaie-Waliser, M; Feldman, PH; Gould, DA; Levine, C; Kuerbis, NA; Denelan, K. When the caregiver needs care: The plight of vulnerable caregivers. *American Journal of Public Health*. 2002; 92, 409–413.

Neri, A.L. *Escala para Avaliação de satisfação na vida referenciada a domínios*. Universidade Estadual de Campinas, 1998 (texto de circulação interna - pós-graduação em Gerontologia)

Neundorfer, M.M.; McClendon, M.J.; Smyth, K.A.; Stuckey, J.C.; Strauss, M.E.; Patterson, M.B. Alongitudinal study of the relationship between levels of depression among persons with Alzheimer's disease and levels of depression among their caregivers. *Journal of Gerontology*. 2001; 56B(5), P301-P313.

Ocampo, J.M.; Herrera, J.A.; Torres, P.; Rodriguez, J.A.; Loba, L.; Garcia, C.A. Sobrecarga asociada com El cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*. 2007; 38, 40-46.

Ortiz, LB; Afanador, NP; Herrera, BS. Evaluación de um Programa para Fortalecer a los Cuidadores Familiares de Enfermos Crônicos. *Revista Salud Pública*. 2006; 8(2), 141-152.

Ory, M. G., Yee, J. L., Tennstedt, S. L., e Schulz, R. The extent and impact of dementia care: Unique challenges experienced by family caregivers. In R. Schulz (Ed.), *Handbook of dementia caregiving: Evidence-based interventions for family caregivers* (pp. 1–32). New York: Springer, 2000.

O'Rourke, N.; Tuokko, H. The psychological and physical costs of caregiving: The Canadian Study of Health and Aging. *Journal of Applied Gerontology*. 2000; 19, 389-404.

Patterson, T.L.; Grant, I. Interventions for caregiving in dementia: physical outcomes. *Current options in Psychiatry*. 2003; 16, 629-633.

Pfeffer, RI; Kurosaki, TT; Harrah, CH; Chance, JM; Filos, S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*. Orange 1982; 37:323-329.

Pinquart, M; Sörense, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*. 2003; 18(2), 250-267.

Pinquart, M; Sörensen, S. Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 2007, 62B (2), 126–137.

Pruchno, R. Caregiving research: looking backward, looking forward. *The many dimensions of aging group*. 2000; 197-213.

Rabkin, J.G.; Albert, S.M.; Rowland, L.P.; Mitsumoto, H. How common is depression in ALS caregivers? A longitudinal study. *Amyotroph Lateral Sclerosis*. 2009; 10(5-6), 448-455.

Ramos, LR; Veras, RP; Kalache, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. *Revista Saúde Pública*. 1987; 21(3), 211-224.

Rodrigues, SLA; Waranabe, HAW; Derntl, AM. A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 2006; 40(4), 493-500.

Salgado, MA. Envelhecimento populacional: Desafio para o próximo milênio. *Gerontologia Mundial*. 1999; 3(4), p. 03, jul./ago.

Sanchez, MAS; Lourenço, RA. Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): adaptação transcultural para uso no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2009; 25(7), 1455-1465, jul.

Savage, S.; Bailey, S. The impact of caring on caregiver's mental health: a review of the literature. *Australian Health Review*. 2004; 27(1).

Schulz, R; Newsom, J; Mittelmark, M; Burton, L; Hirsch, C; Jackson, S. Health effects of caregiving: The caregiver health effects study: An ancillary study of the Cardiovascular Health Study. *Annals of Behavioral Medicine*. 1997; 19, 110–116.

Silveira, D; Jorge, M. Propriedades psicométricas da Escala de Rastreamento para Depressão, CES-D, em populações clínica e não clínicas de adolescentes e adultos jovens. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1997; 25(5):251-61.

Silvestre, JA; Neto, MMC. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*. 2003; 19(3).

Skarupski, K.A.; McCann, J.J.; Bienias, J.L.; Evans, D.A. Race differences in emotional adaptation of family caregivers. *Aging Mental Health*. 2009; 13(5), 715-724.

Stoller, E. P. Teaching about gender: The experience of family care of frail elderly relatives. *Educational Gerontology*. 1994; 30, 679–697.

Song, L-Y.; Biegel, D.E.; Milligan, S.E. Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*. 1997; 33, 269-286.

Taub, A; Andreoli, SB; Bertolucci, PH. Dementia caregiver burden: Reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Caderno de Saúde Pública*. 2004; 20(2), 372-376.

Thomas, P; Lalloué, F; Preux, PM; Hazif-Thomas, C; Pariel, S; Inscale, R; Belmin, J; Clement, JP. Dementia patients caregivers quality of life: the Pixel study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2006; 21, 50-56.

Vitaliano, PP; Zhang, J; Scanlan, J. M. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2003; 129, 946-972.

Zanetti O.; Frisoni G.; Bianchetti G.; Tamanza G.; Cigoli V.; Trabucchi M. Depressive symptoms of Alzheimer caregivers are mainly due to personal rather than patients factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1998; 13: 358-367.

7. ANEXOS





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa **saúde física e emocional de cuidadores de idosos do município de Santa Cruz/RN** que é coordenada pelo Professor Dr. Ricardo Oliveira Guerra e tem como pesquisadora responsável a mestranda Karla Vanessa.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura avaliar a saúde física, os níveis de estresse, depressão, sobrecarga e satisfação com a vida de cuidadores de idosos do município de Santa Cruz/RN. Existem poucos estudos que mostram como se encontra a realidade de pessoas que dedicam sua vida a cuidar de idosos com doenças incapacitantes e tem-se observado o crescente número de cuidadores familiares. Pesquisar sobre a saúde geral desses indivíduos é muito importante, pois o desgaste provocado pela atividade de cuidar pode interferir diretamente na saúde.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao seguinte procedimento: responderá a um questionário estruturado que contém perguntas relacionadas a identificação pessoal (como idade, escolaridade, estado civil, profissão e renda familiar), questões relacionadas ao cuidar (parentesco, tempo e frequência de cuidado), a saúde física, capacidade funcional do idoso para realizar as atividades da vida diária, os níveis de estresse, depressão, sobrecarga e satisfação global com a vida. A qualquer momento você poderá questionar sobre o andamento da pesquisa sempre que desejar maiores esclarecimentos.

Esta pesquisa apresenta risco mínimo. Você será submetido somente a uma entrevista, não sendo realizados procedimentos que comprometam sua integridade física, psicológica, intelectual ou social. Não serão aplicados testes que envolvam corte, penetração de instrumentos ou coletas de sangue nem qualquer tipo de pergunta que possa vir a causar algum constrangimento. No entanto,

em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Como benefícios por participar dessa pesquisa você, além de contribuir para o crescimento científico, receberá orientações sobre um melhor conhecimento do seu estado físico e emocional para que possam lidar de uma forma melhor com seu estado geral de saúde e, caso necessitem, poderão receber orientações individualizadas sobre como melhorar sua saúde física e emocional. Também terá um conhecimento maior sobre sua saúde e como será possível diminuir os danos causados pelo ato de cuidar. Assim, simples orientações podem ajudar o cuidador a desempenhar melhor sua função e ter um melhor convívio com o parente doente.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Karla Vanessa, no endereço Rua Lourenço da Rocha, n.51, Santa Cruz/RN ou pelo telefone (84) 3291-4413. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN no endereço Praça do Campus Universitário, bairro Lagoa Nova, Natal-RN ou pelo telefone: (84) 3215-3135

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa Saúde física e emocional de cuidadores idosos do município de Santa Cruz/RN.

Participante da pesquisa

Nome: _____

Assinatura:



Pesquisador responsável

Nome: Karla Vanessa Rodrigues Soares

Assinatura:

Endereço: Rua Lourenço da Rocha, n.51, Santa Cruz/RN Telefone: (84) 3291-4413

Comitê de Ética em Pesquisa

Endereço: Praça do Campus Universitário, Caixa Postal 1666. Bairro Lagoa Nova, Natal-RN.

Telefone: (84) 3215-3135

E-mail: cepufn@reitoria.ufrn.br



Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN



PPMINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº 286/2009

Prot. nº	076/09 – CEP-UFRN
CAAE	0081.0.051.000-09
Projeto de Pesquisa	Saúde física e emocional de cuidadores idosos do município de Santa Cruz/RN
Área de Conhecimento	UFRN - Centro de Ciências da Saúde – Fisioterapia - Grupo III
Pesquisador Responsável	Ricardo Oliveira Guades
Instituição Onde Será Realizado	Departamento de Fisioterapia - UFRN
Instituição Sediadora	Unidades Básicas de Saúde do município de Santa Cruz/RN
Nível de Abrangência do projeto de Pesquisa	Dissertação de Mestrado
Período de Realização	Início: julho de 2009 Término: agosto de 2010
Revisão Ética	02 de outubro de 2009

RELATO

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR: em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa (Brasília, 2002) e Resol. 196/96 – CNS o pesquisador responsável deve:

1. entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Resol. 196/96 – CNS – item IV.2d);
2. desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Resol. 196/96 – CNS – item III.3z);
3. apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.41);
4. apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa - (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa - CONEP – Brasília – 2002 – p.65);

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 08 de outubro de 2009.

Dulce Almeida
COORDENADORA DO CEP-UFRN

Anexo 3 - Questionário para avaliação da saúde física e emocional

Nome completo: _____ Sexo: M F

Endereço: _____

Telefone: _____ Data de nasc.: _____ Idade: _____

Seção 1

Parte 1 – Questionário sóciodemográfico

1 – Qual é o seu estado civil?

- (1) Casado (a) ou vive com companheiro (a)
- (2) Solteiro (a)
- (3) Divorciado (a) / Separado (a)
- (4) Viúvo (a)
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

2 – Qual a sua cor ou raça?

- (1) Branca
- (2) Preta/negra
- (3) Mulata/cabocla/parda
- (4) Indígena
- (5) Amarela/oriental
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

3 – Trabalha atualmente? (se não vá para questão 4)

- (1) Sim
- (2) Não
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

3a – O que o(a) senhor(a) faz? (perguntar sobre a ocupação)

4 – O(a) senhor(a) é aposentado(a)?

- (1) Sim
- (2) Não
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

5 - O(a) senhor(a) é pensionista?

- (1) Sim
- (2) Não
- (97) NS
- (98) NA
- (99) NR

RENDA INDIVIDUAL: _____

RENDA FAMILIAR: _____

6 – Até que ano da escola o(a) senhor(a) estudou?

- (1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)
 - (2) Curso de alfabetização de adultos
 - (3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série)
 - (4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)
 - (5) Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)
 - (6) Curso superior
 - (7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor
 - (97) NS
 - (98) NA
 - (99) NR
- Anos de estudo: _____

Parte 2 – Dados Cuidador

1. Grau de parentesco com o idoso doente:

- () Filho(a)
 - () Esposo(a)
 - () Sobrinho(a)
 - () Irmão(a)
 - () Outros
- Se Outros qual? _____

2. Tipo da doença do idoso:

- () Demência(Alzheimer, demência vascular)
 - () Parkinson
 - () AVE
 - () Outros
- se Outros qual? _____

3. Como se tornou cuidador?

- a) Iniciativa própria
- b) Escolha da família
- c) Disponibilidade de tempo
- d) Outros

4. Há quantos anos o idoso é doente?

5. Há quantos anos o idoso doente mora na sua casa ou você mora na casa dele?

6. Há quanto tempo (anos) exerce a função de cuidador?

7. Quantas horas por dia (ou semana) o senhor(a) cuida do idoso doente?

() 30 a 35h () 35 a 40h () 40 a 45
() mais de 45h

8. O senhor(a) recebe ajuda para cuidar?
() Sim () Não

9. Se sim, quantas pessoas ajudam?

10. Como era sua relação com o idoso antes dele ficar doente?

- a) Muito Boa
- b) Boa
- c) Regular
- d) Ruim
- e) Péssima

Seção 2

Parte 3 - Saúde Física

Doenças crônicas auto-relatadas diagnosticadas por médico no último ano No último ano, algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem os seguintes problemas?

1. Doença do coração como angina, infarto do coração ou ataque cardíaco?

SIM NÃO NS NR
(1) (2) (97) (98)

2. Pressão alta – hipertensão?

SIM NÃO NS NR
(1) (2) (97) (98)

3. Derrame/AVC/isquemia cerebral?

SIM NÃO NS NR
(1) (2) (97) (98)

4. Diabetes Mellitus

SIM NÃO NS NR
(1) (2) (97) (98)

5. Tumor maligno/câncer?

SIM NÃO NS NR
(1) (2) (97) (98)

6. Artrite ou reumatismo?

SIM NÃO NS NR
(1) (2) (97) (98)

7. Doença de pulmão (bronquite e enfisema)?

SIM NÃO NS NR
(1) (2) (97) (98)

8. Depressão?

SIM NÃO NS NR
(1) (2) (97) (98)

9. Osteoporose?

SIM NÃO NS NR
(1) (2) (97) (98)

a) O senhor toma algum medicamento para alguma dessas doenças? SIM () NÃO ()
Se sim, quais?

b) Teve alguma dessas doenças depois que se tornou cuidador? SIM () NÃO ()
Se sim, quais?

Seção 3

Parte 4 – Escala Estresse Percebido

0= nunca; 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= quase sempre; 4= sempre

1. Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

2. Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

3. Você tem se sentido nervoso e “estressado”?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

4. Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

5. Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

6. Você tem se sentido confiante na sua habilidade

de resolver problemas pessoais?

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

7. Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?
() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

8. Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?
() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

9. Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?
() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

10. Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?
() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

11. Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?
() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

12. Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?
() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

13. Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?
() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

14. Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?
() 0 () 1 () 2 () 3 () 4

Parte 5 – Depressão (CES-D)

- (1) Raramente (menos que 1 dia)
(2) Durante pouco tempo (1 ou 2 dias)
(3) Durante um tempo moderado (3 a 4 dias)
(4) Durante a maior parte do tempo (5 a 7 dias)

Durante a última semana...

1. Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam

(1) (2) (3) (4)

2. Não tive vontade de comer, tive pouco apetite

(1) (2) (3) (4)

3. Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo mesmo com a ajuda de familiares e amigos

(1) (2) (3) (4)

4. Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas

(1) (2) (3) (4)

5. Senti dificuldade em me concentrar no que estava fazendo

(1) (2) (3) (4)

6. Senti-me deprimido

(1) (2) (3) (4)

7. Senti que tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais

(1) (2) (3) (4)

8. Senti-me otimista com relação ao futuro

(1) (2) (3) (4)

9. Considerei que a minha vida tinha sido um fracasso

(1) (2) (3) (4)

10. Senti-me amedrontado

(1) (2) (3) (4)

11. Meu sono não foi repousante

(1) (2) (3) (4)

12. Estive feliz

(1) (2) (3) (4)

13. Falei menos que o habitual

(1) (2) (3) (4)

14. Senti-me sozinho

(1) (2) (3) (4)

15. As pessoas não foram amistosas comigo

(1) (2) (3) (4)

16. Aproveitei minha vida

(1) (2) (3) (4)

17. Tive crises de choro

(1) (2) (3) (4)

18. Senti-me triste

(1) (2) (3) (4)

19. Senti que as pessoas não gostavam de mim

(1) (2) (3) (4)

20. Não consegui levar adiante minhas coisas

(1) (2) (3) (4)

Parte 6 – Satisfação global com a vida 0=pouco 1=mais ou menos 2=muito

Satisfação global com a vida

1. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua vida hoje?

(0) (1) (2)

2. Comparando-se com outras pessoas que tem a sua idade, o (a) senhor (a) diria que está satisfeito (a) com a sua vida?

(0) (1) (2)

Satisfação referenciada a domínios OS

3. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua saúde?
(0) (1) (2)
4. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua memória para fazer e lembrar as coisas de todo dia?
(0) (1) (2)
5. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua capacidade para fazer e resolver as coisas de todo dia?
(0) (1) (2)
6. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com as suas amizades?
(0) (1) (2)
7. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a ajuda que recebe das outras pessoas para cuidar das suas coisas do dia-a-dia?
(0) (1) (2)
8. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com os cuidados que recebe dos outros em relação à sua saúde?
(0) (1) (2)
9. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a atenção e com o carinho que recebe das pessoas com quem convive?
(0) (1) (2)
10. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com seu ambiente (clima, barulho, poluição, atrativos)?
(0) (1) (2)
11. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com sua capacidade para o trabalho?
(0) (1) (2)
12. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com as condições do local onde mora?
(0) (1) (2)
13. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com seu acesso aos serviços de saúde?
(0) (1) (2)
14. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com seu meio de transporte?
(0) (1) (2)

Parte 7 – Sobrecarga do cuidador

(0) Nunca (1) Quase nunca (2) Algumas vezes
(3) Frequentemente (4) Sempre

1. Acredita que o seu parente pede mais ajuda do que realmente necessita?
(0) (1) (2) (3) (4)
2. Acredita que pelo tempo que dedica ao seu parente não tem tempo suficiente para você?
(0) (1) (2) (3) (4)
3. Se sente atarefado por cuidar do seu familiar e tratar de cumprir outras responsabilidades com a sua família ou no trabalho?
(0) (1) (2) (3) (4)

4. Se sente envergonhado pela conduta do seu familiar?
(0) (1) (2) (3) (4)
5. Se sente cansado quando esta perto do seu parente?
(0) (1) (2) (3) (4)
6. Pensa que seu parente afeta negativamente sua relação com outros membros da sua família? (marido, filhos, etc)
(0) (1) (2) (3) (4)
7. Tem medo do que o futuro reserva pro seu parente?
(0) (1) (2) (3) (4)
8. Acredita que o seu parente depende de você?
(0) (1) (2) (3) (4)
9. Se sente tenso quando esta perto do seu parente?
(0) (1) (2) (3) (4)
10. Acredita que a sua saúde tem se deteriorado por cuidar do seu parente?
(0) (1) (2) (3) (4)
11. Acredita que a sua intimidade tem sido afetada pelo fato de cuidar do seu parente?
(0) (1) (2) (3) (4)
12. Acredita que sua vida social tem se deteriorado pelo fato de cuidar do seu parente?
(0) (1) (2) (3) (4)
13. Se sente incomodado por deixar suas amizades de lado para cuidar do seu parente?
(0) (1) (2) (3) (4)
14. Acredita que o seu parente espera que você seja a única pessoa que cuide dele, com o se ninguém mais pudesse fazê-lo?
(0) (1) (2) (3) (4)
15. Acredita que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu parente e ainda mais cobrir outros gastos?
(0) (1) (2) (3) (4)
16. Acredita que não será capaz de cuidar do seu parente por muito mais tempo?
(0) (1) (2) (3) (4)
17. Sente que tem perdido o controle da sua vida pessoal desde que se iniciou a doença e os cuidados do seu parente?
(0) (1) (2) (3) (4)
18. Desejaria poder deixar os cuidados com o seu parente para outra pessoa?
(0) (1) (2) (3) (4)
19. Se sente indeciso sobre o que fazer com o seu parente?
(0) (1) (2) (3) (4)
20. Acredita que deveria fazer mais pelo seu parente?

(0) (1) (2) (3) (4)
21. Acredita que poderia cuidar melhor do seu paciente?

(0) (1) (2) (3) (4)
22. Em resumo, tem se sentido sobrecarregado pelo fato de cuidar do seu paciente?

(0) (1) (2) (3) (4)

Seção 4

(Idoso doente)

Parte 8 – Capacidade Funcional Atividades Instrumentais

1. Ele(a) é capaz de preencher cheques, pagar contas, manejar o próprio dinheiro?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita ajuda

3 = Não é capaz

2. Ele(a) é capaz de organizar suas coisas, fazer anotações?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita ajuda

3 = Não é capaz

3. Ele(a) é capaz de comprar roupas, comida, coisa para casa, sozinho?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita ajuda

3 = Não é capaz

4. Ele(a) é capaz de jogar baralho, dama, dominó, etc?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita ajuda

3 = Não é capaz

5. Ele(a) é capaz de esquentar água para um café sem se esquecer de apagar o fogo?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita ajuda

3 = Não é capaz

6. Ele(a) é capaz de preparar uma comida?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita ajuda

3 = Não é capaz

7. Ele(a) é capaz de manter-se em dia com os acontecimentos atuais da comunidade ou vizinhança?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita ajuda

3 = Não é capaz

8. Ele(a) é capaz de prestar atenção e entender um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita ajuda

3 = Não é capaz

9. Ele(a) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, seus medicamentos?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita ajuda

3 = Não é capaz

10. Ele(a) é capaz de passear fora da vizinhança sem se perder?

0 = Normal (ou: Nunca o fez, mas poderia fazê-lo agora)

1 = Faz com dificuldade (ou: Nunca o fez e agora teria dificuldades)

2 = Necessita ajuda

3 = Não é capaz

Atividades Básicas

Você acha que o idoso é capaz de:

1. Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro)

I=Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho)

I=Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna)

D=Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho

2. Vestir-se

(pega roupas, inclusive, peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas)

I=Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda

I=Pegas as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos

D=Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa

3. Uso do vaso sanitário

(ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar, higiene íntima e arrumação das roupas)

I=Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira)

D=Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite)

D=Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas

4. Transferência

I=Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)

D=Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda

D=Não sai da cama

5. Continência

I=Controla inteiramente a micção e a evacuação

D=Tem “acidentes” ocasionais

D=Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente

6. Alimentação

I=Alimenta-se sem ajuda

I=Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão

D=Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos

Parte 9 – Avaliação cognitiva – IQCODE-BR

“Gostaria que o(a) Senhor(a) recordasse o estado em que o Sr(a) (nome idoso doente) se encontrava há dez anos, em 19___, e o comparasse com seu estado atual. Descrevemos abaixo situações em que ele(a) tenha de usar a

memória ou o raciocínio e eu gostaria que o(a) Sr(a) dissesse se ele(a) melhorou, piorou, ou permaneceu na mesma nos últimos 10 anos.

- (1) Muito melhor
- (2) Um pouco melhor
- (3) Pouca mudança
- (4) Um pouco pior
- (5) Muito pior

1. Lembrar de rostos de parentes e amigos

(1) (2) (3) (4) (5)

2. Lembrar dos nomes de parentes e amigos

(1) (2) (3) (4) (5)

3. Lembrar de fatos relacionados a parentes e amigos como, por exemplo: suas profissões, aniversários e endereços

(1) (2) (3) (4) (5)

4. Lembrar de acontecimentos recentes

(1) (2) (3) (4) (5)

5. Lembrar de conversas depois de poucos dias

(1) (2) (3) (4) (5)

6. No meio de uma conversa, esquecer o que ele(a) queria dizer

(1) (2) (3) (4) (5)

7. Lembrar do próprio endereço e telefone

(1) (2) (3) (4) (5)

8. Saber o dia, o mês em que estamos

(1) (2) (3) (4) (5)

9. Lembrar onde as coisas são geralmente guardadas

(1) (2) (3) (4) (5)

10. Lembrar onde encontrar coisas que foram guardadas em lugares diferentes daqueles em que costuma guardar

(1) (2) (3) (4) (5)

11. Adaptar-se a qualquer mudança no dia-a-dia

(1) (2) (3) (4) (5)

12. Saber utilizar aparelhos domésticos

(1) (2) (3) (4) (5)

13. Aprender a utilizar um novo aparelho existente na casa

(1) (2) (3) (4) (5)

14. Aprender coisas novas em geral

(1) (2) (3) (4) (5)

15. Lembrar das coisas que aconteceram na juventude

(1) (2) (3) (4) (5)

16. Lembrar de coisas que ele(a) aprendeu na juventude

(1) (2) (3) (4) (5)

17. Entender o significado de palavras pouco utilizadas

(1) (2) (3) (4) (5)

18. Entender o que é escrito em revistas e jornais

(1) (2) (3) (4) (5)

19. Acompanhar histórias em livros ou em programas de televisão

(1) (2) (3) (4) (5)

20. Escrever uma carta para amigos ou com fins profissionais
(1) (2) (3) (4) (5)
21. Conhecer importantes fatos históricos
(1) (2) (3) (4) (5)
22. Tomar decisões no dia-a-dia
(1) (2) (3) (4) (5)
23. Lidar com dinheiro para as compras
(1) (2) (3) (4) (5)
24. Lidar com assuntos financeiros, por exemplo: aposentadoria e conta bancária
(1) (2) (3) (4) (5)
25. Lidar com outros cálculos do dia-a-dia, por exemplo: quantidade de comida a comprar, há

quanto tempo não recebe visitas de parentes ou amigos

(1) (2) (3) (4) (5)

26. Usar sua inteligência para compreender e pensar sobre o que está acontecendo

TOTAL: _____

ANEXO 4 – Cartilha de orientações para o Cuidador

Cuidando do Cuidador

Cuidar de alguém requer muito amor, carinho e paciência. Mas, para cuidar bem de alguém é necessário cuidar bem de nós mesmos! Essa cartilha quer ajudar você a se cuidar um pouco mais e, assim, poder cuidar da melhor maneira possível do seu ente querido.

Algumas dicas para cuidar do cuidador:

1. **Faça alongamentos durante o dia:** alongue o pescoço, os braços, as pernas e a coluna. Alongar faz bem para saúde e ajuda a aliviar as dores no corpo que aparecem com o cuidar
2. **Realize exercícios físicos:** caminhe, corra, faça natação, hidroginástica, etc. A atividade física regular deve ser feita para manter o corpo e a mente forte.
3. **Cuide da mente:** busque ficar em silêncio, respire fundo várias vezes. Isso ajuda a aliviar as tensões e o estresse
4. **Durma bem:** uma boa noite de sono deixa o corpo mais relaxado
5. **Se divirta:** busque sorrir, aproveitar as coisas boas da vida e tire proveito de cada momento nessa função de cuidador
6. **Peça ajuda para cuidar:** não tenha medo de pedir ajuda. Sempre que precisar peça para alguém ajudar a cuidar do seu parente para que você descanse
7. **Cuidar do idoso:** sempre que puder peça ajuda para mudar o idoso de lugar, para dar banho, trocar fraldas, etc. Isso ajuda a diminuir o esforço físico e as dores no corpo
8. **Grupos de apoio:** se possível participe de um grupo de apoio para cuidadores. Assim, você pode trocar informações com outros cuidadores e falar sobre seus sentimentos

Cuidar é um dom! Aproveite da melhor forma!