UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

BRUNA MORETTI LUCHESI

Idosos cuidadores de idosos: atitudes em relação à velhice,
sobrecarga, estresse e sintomas depressivos

RIBEIRÃO PRETO

2015

BRUNA MORETTI LUCHESI

Idosos cuidadores de idosos: atitudes em relação à velhice,
sobrecarga, estresse e sintomas depressivos

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Saúde do Idoso

Orientador: Sueli Marques

RIBEIRÃO PRETO

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Luchesi, Bruna Moretti

Idosos cuidadores de idosos: atitudes em relação à velhice, sobrecarga, estresse e sintomas depressivos. Ribeirão Preto, 2015.

200 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Sueli Marques

1. Idoso. 2. Cuidadores. 3. Atitude. 4. Enfermagem Geriátrica.

LUCHESE, Bruna Moretti

Idosos cuidadores de idosos: atitudes em relação à velhice, sobrecarga, estresse e sintomas depressivos

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por estar presente em todos os momentos, inclusive nos períodos de solidão, por me iluminar em todas as decisões e me dar saúde durante todo o processo;

Aos meus pais, **Paulo e Regina**, aos meus irmãos **Raquel e Paulo Henrique**; e a toda a minha **família**, por sempre priorizarem minha educação, por me apoiarem nos momentos de alegria, tristeza, angústia e estresse; devo a eles tudo que conquistei até hoje;

À minha orientadora **Profa Dra Sueli Marques**, por ter aceitado me orientar mesmo me conhecendo tão pouco, por compartilhar comigo toda a sua experiência e conhecimento na área, e sempre me incentivar a ir cada vez mais longe;

À **Universidade de Aveiro – Portugal**, à **Profa Dra Liliana Sousa** e à **Sacha Vieira**, por terem me recebido tão bem em Aveiro e me proporcionado momentos de grande aprendizagem; e ao **banco Santander** pela bolsa de mobilidade estudantil;

A todos os meus **amigos** da graduação, do mestrado, do doutorado e da vida, por me proporcionarem momentos de descontração durante a pós-graduação;

A todos os membros do **grupo de pesquisa Saúde e Envelhecimento** da Universidade Federal de São Carlos pela colaboração com o projeto; em especial à **Profa Dra Sofia Cristina Iost Pavarini**, minha inspiração desde o início, pela oportunidade de estar ao seu lado em mais um projeto, por acreditar no meu potencial e sempre me encorajar com seu amor incondicional pela Gerontologia; e ao **Prof Tiago da Silva Alexandre** pela colaboração com as análises estatísticas;

A todos que de alguma forma contribuíram com a coleta de dados, especialmente os colegas **Allan, Mariéli, Estefani, Nathalia e Érica**, por compartilharem horas de coleta nas situações mais inusitadas possíveis, porém sempre recompensadoras;

À **Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos** e aos **funcionários de todas as Unidades de Saúde da Família** pela autorização da pesquisa e colaboração com o fornecimento da lista dos sujeitos;

A todos os **idosos** que participaram desta pesquisa, minhas fontes de inspiração diária na luta por um envelhecimento digno para todos;

Aos **funcionários e docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Programa de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental**, especialmente à secretária **Edilaine**, pela oportunidade, ensinamentos e apoio em todas as etapas;

À **Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior** pelo apoio financeiro;

Aos membros da banca de qualificação, **Profas Dras Sofia Cristina Iost Pavarini e Luciana Kusumota**, pelas valiosas contribuições que enriqueceram meu trabalho.

Muito Obrigada!

RESUMO

LUCHESE, B.M. **Idosos cuidadores de idosos: atitudes em relação à velhice, sobrecarga, estresse e sintomas depressivos**. 2015. 200f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A responsabilidade de cuidar de um idoso dependente normalmente recai sobre a família, e o número de idosos cuidadores está crescendo. As atitudes em relação à velhice, que referem-se a percepções pré-aprendidas que uma pessoa possui sobre características peculiares ao idoso, são importantes, pois podem interferir diretamente no modo de lidar com o outro. O objetivo geral deste estudo foi analisar quais fatores sociodemográficos, de saúde física e mental e de aspectos do cuidado estão associados às atitudes em relação à velhice, dos idosos cuidadores de idosos dependentes, residentes na área de abrangência das Unidades de Saúde da Família, de um município do interior paulista. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e exploratório, realizado com 313 idosos cuidadores de idosos dependentes. Para a coleta de dados, utilizaram-se um questionário de caracterização sociodemográfica, de saúde e de aspectos do cuidado, o Índice de Katz, a Escala de Lawton e Brody, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), o Inventário de Sobrecarga de Zarit (ZBI), a Escala de Estresse Percebido (PSS), a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) e a Escala Neri de Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice. Os idosos dependentes de cuidado tinham em média 74,0 anos, 68,7% eram homens, 68,4% independentes no Índice de Katz e 86,6% dependentes parciais na Escala de Lawton. Quanto aos idosos cuidadores, a média foi de 69,7 anos, 75,4% eram mulheres e 85,0% cuidavam do cônjuge. O escore médio nas escalas de avaliação foi de 17,7 na ZBI; 18,5 na PSS; 3,6 na GDS-15 e 22,9 no MEEM. Na avaliação funcional, 87,7% eram independentes no Índice de Katz e 57,5% dependentes parciais na Escala de Lawton. A pontuação média na Escala Neri de atitude foi de 3,0 pontos, a pontuação possível varia de 1 a 5 e quanto maior, mais negativas as atitudes. O domínio, desta escala, com pontuação mais negativa foi o Agência (3,2) e o mais positivo o Relacionamento Social (2,7). Na análise de regressão logística multinomial, as atitudes mais negativas em relação à velhice estiveram significativamente associadas ($p \leq 0,05$) à maior idade, morar na área urbana, tomar mais medicamentos por dia, cuidar de idosos dependentes (Índice de Katz), estar mais ou menos satisfeito com a vida e apresentar maiores níveis de estresse percebido. Menores níveis de escolaridade foram considerados fatores protetores para atitudes mais positivas. Evidencia-se a necessidade de políticas públicas voltadas à promoção de atitudes mais positivas em relação à velhice, com enfoque nos fatores a elas associados.

Descritores: Idoso. Cuidadores. Atitude. Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

LUCHESI, B.M. **Elderly caregivers: attitudes toward the elderly, burden, stress and depressive symptoms.** 2015. 200p. Doctoral Dissertation. University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing, Ribeirão Preto, 2015.

The responsibility to care for a dependent elderly at home is usually given to the family, and the number of elderly caregivers is increasing. Attitudes toward the elderly, which refer to pre-conceptions that a person has on peculiar characteristics of the elderly, are important because they can influence a range of behaviors. This study analyzes which sociodemographic, physical and mental health, and care aspects are associated with attitudes toward aging, in a sample of older caregivers that cared for dependent elderly living in the area covered by the Family Health Units, of a municipality in São Paulo. This is a quantitative, cross-sectional, and exploratory study, developed with 313 elderly caregivers. Data collection was conducted using a sociodemographic, health, and care aspects questionnaire, Katz Index, Lawton and Brody Scale, Mini Mental Examination State (MMSE), Zarit Burden Interview (ZBI), Perceived Stress Scale (PSS), Geriatric Depressive Scale (GDS-15), and Neri Scale to Assess Attitudes Toward the Elderly. The dependent elderly had a mean age of 74 years, 68.7% were men, 68.4% independent in Katz Index, and 86.6% partial dependent in Lawton Scale. Regarding the elderly caregivers, the mean age was 69.7 years, 75.4% were women, and 85% cared for the spouse. The mean score was 17.7 in ZBI; 18.5 in PSS; 3.6 in GDS-15 and 22.9 in MMES. On functional evaluation 87.7% were independent in Katz Index and 56.5% partial dependents in Lawton Scale. The mean score in Neri Scale was 3.0, the possible score ranged from 1-5 with higher scores representing more negative attitudes. The more negative domain was Agency (3.2) and the more positive was Social Relationship (2.7). The multivariate logistic regression showed that attitudes toward the elderly was significantly associated ($p \leq 0,05$) with being older, living in urban setting, taking more medications per day, caring for dependent older person (Katz Index), being more or less satisfied with life, and having higher levels of perceived stress. To be less educated was considered a protector factor to more positive attitudes. The results highlight the need for public policies to promote more positive attitudes toward the elderly, focusing on their associated factors.

Descriptors: Aged. Caregivers. Attitude. Geriatric Nursing.

RESUMEN

LUCHESE, B.M. **Adultos mayores cuidadores de adultos mayores: actitudes en relación al envejecimiento, sobrecarga, estrés y síntomas depresivos.** 2015. 200p. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

La responsabilidad de cuidar de un adulto mayor dependiente normalmente recae sobre la familia, además el número de adultos mayores cuidadores está creciendo rápidamente. Las actitudes en relación al envejecimiento, que se refiere a las percepciones pre aprendidas que una persona posee sobre las características peculiares al adulto mayor, son importantes, pues pueden interferir directamente en el modo de lidiar con el otro. El objetivo general del estudio fue analizar cuáles fueron los factores socio-demográficos de salud física y mental y de aspectos de cuidado que están asociados a las actitudes en relación al envejecimiento, de los adultos mayores cuidadores de adultos mayores dependientes, residentes en el área de cobertura de las Unidades de Salud de la Familia, de una ciudad del interior del estado de São Paulo. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal y exploratorio, realizado con 313 adultos mayores cuidadores de adultos mayores dependientes. Para la recolecta de los datos, se utilizaron un cuestionario de caracterización socio-demográfica, de salud y de aspectos del cuidado, el Índice de Katz, la Escala de Lawton y Brody, el Mini Examen del Estado Mental (MEEM), el Inventario de Sobrecarga de Zarit (ZBI), la Escala de Estrés Percibido ((PSS), la Escala de Depresión Geriátrica (GDA-15) y la Escala de Neri de Evaluación de Actitudes en Relación al Envejecimiento. Los adultos mayores dependientes de cuidado presentaron un promedio de 74.0 años, 68.7% eran hombres, 68.4% independientes al Índice de Katz y 86.6% dependientes parciales a la Escala de Lawton y Brody. En relación a los adultos mayores cuidadores el promedio fue de 69.7 años, 75.4% eran mujeres y 85.0% cuidaban del cónyuge. La puntuación promedio de las escalas de evaluación fue de 17.7 en la ZBI; 18.5 en el PSS; 3.6 en la GDS-15 y 22.9 en el MEEM. A la evaluación funcional, 87.7% eran independientes según el Índice de Katz y 57.5% con dependencia parcial según la Escala de Lawton y Brody. La puntuación promedio de la Escala Neri de actitud fue de 3.0 puntos, siendo que la puntuación posible varía de 1 a 5 y cuanto mayor puntuación, más negativas serán percibidas las actitudes. El dominio, de esta escala, con puntuación más negativa fue la Agencia (3.2) y el más positivo el relacionamiento social (2.7). Al análisis de regresión logística multinomial, las actitudes más negativas en relación al envejecimiento estuvieron significativamente asociados ($p \leq 0.05$) a mayor edad, vivir en zona urbana, tomar más medicamentos al día, cuidar de adultos mayores dependientes (Índice de Katz), estar más o menos satisfecho con la vida y presentar mayores niveles de estrés percibido. Menores niveles de escolaridad fueron considerados factores protectores para las actitudes más positivas. Se evidencia la necesidad de políticas públicas con énfasis en la promoción de actitudes más positivas en relación al envejecimiento, centrándose en los factores asociados.

Descriptores: Anciano. Cuidadores. Actitud. Enfermería Geriátrica.

LISTA DE FIGURA

Figura 1	Distribuição dos itens da Escala Neri de Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice por domínio.....	78
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do número de residências de idosos, por Unidades de Saúde da Família, segundo perdas, recusas e exclusões, São Carlos-SP, 2014.....	72
Tabela 2	Distribuição dos idosos dependentes de cuidados no domicílio (n=313), segundo sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor da pele fonte de renda, São Carlos-SP, 2014.....	83
Tabela 3	Distribuição dos idosos dependentes de cuidados no domicílio (n=313), segundo dependência ou independência em cada uma das atividades avaliadas pelo Índice de Katz, São Carlos-SP, 2014.....	85
Tabela 4	Distribuição dos idosos dependentes de cuidados no domicílio (n=313), segundo a necessidade de ajuda para cada uma das atividades avaliadas pela Escala de Lawton e Brody, São Carlos-SP, 2014.....	85
Tabela 5	Distribuição dos idosos dependentes de cuidados no domicílio, segundo a classificação no Índice de Katz e na Escala de Lawton e Brody, São Carlos-SP, 2014.....	86
Tabela 6	Distribuição dos idosos cuidadores, segundo as variáveis, sexo, faixa etária, estado civil, religião, raça/cor da pele, escolaridade e fonte renda, São Carlos-SP, 2014.....	87
Tabela 7	Distribuição dos idosos cuidadores, que ainda trabalham, segundo as profissões/ocupações relatadas, São Carlos-SP, 2014.....	88
Tabela 8	Distribuição dos idosos cuidadores (n=313), segundo os problemas de saúde autorreferidos, São Carlos-SP, 2014.....	89
Tabela 9	Distribuição dos idosos cuidadores, segundo as variáveis, parentesco com o idoso dependente, tempo de cuidado, horas diárias e gasto mensal com o cuidado, dias da semana que cuida e participação em curso de formação para cuidador, São Carlos-SP, 2014.....	90
Tabela 10	Distribuição dos idosos cuidadores (n=313), segundo a necessidade de ajuda do idoso dependente de cuidados para realização das atividades do dia-a-dia, São Carlos-SP, 2014.....	91
Tabela 11	Distribuição dos idosos cuidadores (n=313), segundo o tipo de ajuda recebida para o cuidado, São Carlos-SP, 2014.....	92
Tabela 12	Distribuição dos idosos cuidadores segundo a sobrecarga, São Carlos-SP, 2014.....	93
Tabela 13	Distribuição dos idosos cuidadores, segundo a classificação na escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), São Carlos-SP, 2014.....	93

Tabela 14	Distribuição dos idosos cuidadores, segundo dependência ou independência para cada uma das atividades avaliadas pelo Índice de Katz, São Carlos-SP, 2014.....	94
Tabela 15	Distribuição dos idosos cuidadores, segundo necessidade de ajuda para cada atividade avaliada pela Escala de Lawton e Brody, São Carlos-SP, 2014.....	94
Tabela 16	Distribuição dos idosos cuidadores segundo classificação no Índice de Katz e na Escala de Lawton e Brody, São Carlos-SP, 2014.....	95
Tabela 17	Distribuição dos idosos cuidadores segundo classificação no Mini Exame do Estado Mental de acordo com notas de corte ajustadas para escolaridade, São Carlos-SP, 2014.....	95
Tabela 18	Distribuição das médias, desvios padrão, medianas e variações observadas, obtidas segundo a pontuação geral e para cada domínio da Escala Néri de avaliação de atitudes em relação à velhice, na percepção dos idosos cuidadores, São Carlos-SP, 2014.....	96
Tabela 19	Distribuição das médias e desvios padrão obtidos segundo a pontuação para cada item, dos domínios, da Escala Néri de avaliação de atitudes em relação à velhice, na percepção dos idosos cuidadores (n=313), São Carlos-SP, 2014.....	97
Tabela 20	Distribuição por tercil da pontuação de cada domínio da Escala Neri de atitudes em relação à velhice avaliada por idosos cuidadores (n=313), São Carlos-SP, 2014.....	98
Tabela 21	Análise final de regressão logística multinomial para atitudes em relação à velhice no domínio Relacionamento Social dos idosos cuidadores (n=313), São Carlos-SP, 2014.....	99
Tabela 22	Análise final de regressão logística multinomial para atitudes em relação à velhice no domínio Persona dos idosos cuidadores (n=313), São Carlos-SP, 2014.....	101
Tabela 23	Análise final de regressão logística multinomial para atitudes em relação à velhice no domínio Cognição dos idosos cuidadores (n=313), São Carlos-SP, 2014.....	103
Tabela 24	Análise final de regressão logística multinomial para atitudes em relação à velhice no domínio Agência dos idosos cuidadores (n=313), São Carlos-SP, 2014.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAQ	<i>Attitudes to Aging Questionnaire</i>
ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
DA	Doença de Alzheimer
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FIBRA	Fragilidade de Idosos Brasileiros
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PSS	<i>Perceived Stress Scale</i>
SABE	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLQ	<i>Tuckman and Lorge Questionnaire</i>
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USF	Unidade de Saúde da Família
ZBI	<i>Zarit Caregiver Burden Interview</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 Envelhecimento populacional, doenças crônicas não transmissíveis e funcionalidade	18
2.2 O cuidador de idosos	22
2.3 O idoso cuidador	29
2.4 A sobrecarga do cuidador	35
2.5 O estresse percebido	43
2.6 Sintomas depressivos	49
2.7 Atitudes em relação à velhice	56
2.8 Relevância e justificativa do trabalho	64
3 OBJETIVOS	66
3.1 Objetivo geral	67
3.2 Objetivos específicos	67
4 MATERIAL E MÉTODO	68
4.1 Delineamento do estudo	69
4.2 Local do estudo	69
4.3 População e amostra	70
4.4 Procedimentos para a coleta de dados	73
4.5 Pré-teste	79
4.6 Análise dos dados	79
4.7 Aspectos éticos	81
5 RESULTADOS	82
5.1 Caracterização sociodemográfica dos idosos dependentes de cuidados no domicílio	83
5.2 Avaliação do desempenho funcional dos idosos dependentes de cuidados no domicílio	84
5.3 Caracterização sociodemográfica e de saúde dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio	86
5.5 Avaliação da sobrecarga, nível de estresse percebido, presença de sintomas depressivos e desempenho funcional e cognitivo dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio	92
5.6 Avaliação das atitudes em relação à velhice dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio	96
5.7 Análise dos fatores associados às atitudes em relação à velhice na avaliação dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio	98
6 DISCUSSÃO	107
6.1 Caracterização sociodemográfica dos idosos dependentes de cuidados no domicílio	108
6.2 Avaliação do desempenho funcional dos idosos dependentes de cuidados no domicílio	112

6.3	Caracterização sociodemográfica e de saúde dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio	114
6.4	Aspectos do cuidado realizado pelos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio.....	121
6.5	Avaliação da sobrecarga, nível de estresse percebido, presença de sintomas depressivos e desempenho funcional e cognitivo dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio	123
6.6	Avaliação das atitudes em relação à velhice dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio	134
6.7	Análise dos fatores associados às atitudes em relação à velhice na avaliação dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio	138
7	CONCLUSÕES	143
8	REFERÊNCIAS	148
9	APÊNDICES	181
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	182
	APÊNDICE B - Identificação prévia do idoso e do cuidador	183
	APÊNDICE C – Caracterização sociodemográfica do idoso dependente de cuidados no domicílio	185
	APÊNDICE D – Caracterização sociodemográfica do idoso cuidador.....	186
	APÊNDICE E – Caracterização do Cuidado	188
	APÊNDICE F – Avaliação da saúde do idoso cuidador	189
10	ANEXOS	190
	ANEXO A – Índice de Katz	191
	ANEXO B – Escala de Lawton e Brody	192
	ANEXO C – Inventário de Sobrecarga de Zarit	193
	ANEXO D - Mini Exame do Estado Mental	194
	ANEXO E – Escala de Estresse Percebido.....	196
	ANEXO F – Escala de Depressão Geriátrica	197
	ANEXO G - Escala Neri de Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice	198
	ANEXO H – Comprovante de aprovação Secretaria Municipal de Saúde	199
	ANEXO I – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	200

O aumento do número de idosos na população mundial é uma realidade vivenciada atualmente e que não pode ser ignorada. Diante disso, o interesse por pesquisas com enfoque na área do envelhecimento é crescente.

Paralelamente ao envelhecimento populacional, está ocorrendo o aumento do número de doenças crônicas mais comuns nessa parcela da população, o que pode gerar dependência para as atividades de vida diária (AVDs).

Na maioria das vezes, de acordo com o grau de dependência do idoso para o desempenho das AVDs em decorrência de condições de saúde adversas, ele consegue se adaptar e continuar a ter uma vida sem precisar de outras pessoas para auxiliá-lo, porém, conforme essa dependência aumenta, a necessidade de um cuidador é iminente.

Normalmente recai sobre a família a responsabilidade de cuidar de um familiar dependente. Com relação ao tema “cuidador de idosos”, a literatura mostra que quem cuida geralmente é uma filha, de meia idade, que mora com o idoso, não recebe ajuda para cuidar e não possui curso de formação específica. Porém, atualmente está havendo uma mudança nesse perfil, com aumento do número de idosos cuidadores, normalmente cônjuges.

O fato de haver um idoso dependente de cuidados no âmbito domiciliar é preocupante, visto que outras pessoas terão que auxiliá-lo no desempenho das AVDs, ou então ele irá deixar de realizá-las. Quando quem cuida do idoso é outra pessoa idosa, a preocupação se torna ainda maior, pois ambos podem apresentar limitações, que refletem diretamente tanto na qualidade do cuidado prestado quanto na qualidade de vida de ambos.

No campo da gerontologia, atualmente, um dos fatores importantes a se considerar é as atitudes em relação à velhice que correspondem à predisposição que uma pessoa possui em relação às características peculiares aos idosos. Tais atitudes podem interferir diretamente no comportamento, ou seja, o modo como as pessoas se relacionam com idosos pode ser influenciado pelas atitudes positivas ou negativas em relação à velhice, que as mesmas possuem.

Assim, considerando o cenário atual do envelhecimento populacional, o envolvimento do idoso como cuidador de outro idoso no domicílio e a possível influência das atitudes em relação à velhice no comportamento das pessoas, a proposta do presente estudo foi analisar quais fatores sociodemográficos, de saúde física e mental e de aspectos do cuidado estão associados às atitudes em relação à velhice. Para tanto, foi conduzida uma investigação com idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidado no domicílio, cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USFs) de um município do interior paulista.

Nesta pesquisa, são abordados temas como: envelhecimento populacional, doenças crônicas não transmissíveis e funcionalidade, o cuidador de idosos, o idoso cuidador, a sobrecarga do cuidador, o estresse percebido, os sintomas depressivos e as atitudes em relação à velhice.

2.1 Envelhecimento populacional, doenças crônicas não transmissíveis e funcionalidade

Atualmente o envelhecimento da população é amplamente reconhecido. Os idosos, reportados pela Organização das Nações Unidas como pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em 1950 compreendiam 8% da população mundial e eram 202 milhões em número, em 2013 o percentual cresceu para 12%, o que correspondia a cerca de 841 milhões de pessoas; e as projeções para 2050 indicam que a população idosa ultrapassará a marca de dois bilhões e corresponderá a 21% da população. O crescimento desta parcela populacional é determinado, principalmente pelo aumento do número de idosos nas regiões menos desenvolvidas, onde eram 108 milhões em 1950 e estima-se que em 2050 sejam 1,6 bilhões de idosos vivendo nessas regiões (UNITED NATIONS, 2013).

Os países desenvolvidos tiveram décadas para se ajustar ao envelhecimento populacional, com a criação de políticas adequadas para amparar as pessoas na fase da velhice, porém nos países em desenvolvimento, o acelerado processo de envelhecimento da população, dificulta o desenvolvimento de políticas específicas para atender as necessidades desta parcela populacional (BANCO MUNDIAL, 2011; UNITED NATIONS, 2013). Atualmente, aproximadamente dois terços da população idosa mundial vivem em países em desenvolvimento, e se nesses países essa parcela da população continuar a crescer, em 2050, 80% de todos os idosos do mundo viverá em regiões menos desenvolvidas (UNITED NATIONS, 2013).

Utilizando o limite etário como definição, no Brasil, é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2003). De acordo com dados do censo de 2000, a população idosa brasileira representava 8,6% da população total, já os dados censitários do ano de 2010, mostram que a população do país era de 190.755.799 habitantes, sendo que destes, 10,8% eram idosos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2000, 2010). Dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2013 apontaram que a proporção de idosos era de 13,0% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2013).

No Brasil, na metade do século XX, a mulher tinha uma média aproximada de seis filhos e a taxa de fecundidade foi declinando, passando para 2,38 filhos por mulher no ano 2000, atingindo em 2010 a marca de 1,9 (IBGE, 2010). De acordo com a Tábua Completa de Mortalidade para o ano de 2013, publicada em dezembro de 2014, o brasileiro ao nascer

esperava viver 74,9 anos, sendo que em 1980 a expectativa era de 62,6 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2014a).

Outro dado que revela o envelhecimento da população, é a proporção de pessoas com mais de 65 anos de idade para cada 100 jovens com menos de 15 anos. Em 1960, eram 6,4 idosos para cada 100 jovens e em 2010 esse número aumentou para 30,7 (IBGE, 2010). Estimativas apontam que no ano de 2050, o Brasil terá cerca de 172 idosos para cada 100 jovens e, assim sendo, nos próximos 40 anos, o grupo populacional composto por pessoas com idade igual ou maior a 60 anos crescerá a uma taxa de 3,2% ao ano, comparado a 0,3% da população total, o que levará a um número de 64 milhões de idosos na população brasileira no ano de 2050, correspondendo a 29,7% do total (BANCO MUNDIAL, 2011).

Apesar de não serem próprias da velhice, com o envelhecimento populacional, aumenta a ocorrência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que se caracterizam por apresentarem: curso longo (maior de três meses), início e evolução lentos, tendência de serem definitivas e permanentes, múltiplas causas e ausência de padrões regulares ou previsíveis (MENDES, 2012). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 apontam que aproximadamente 40% da população adulta brasileira possuem pelo menos uma DCNT (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2014b).

Em todos os países do mundo as DCNTs são atualmente o principal problema de saúde pública (GOULART, 2011). Entre elas, destacam-se as doenças cardiovasculares, as neoplasias, o diabetes, as doenças respiratórias crônicas e as doenças mentais (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004; GOULART, 2011). O aumento da ocorrência de DCNTs eleva as taxas de mortalidade, sendo responsáveis por 72% das causas de morte no Brasil (BRASIL, 2011).

Em 1930, nas capitais do Brasil, 46% das mortes aconteciam em decorrência de doenças infecciosas e 12% de doenças cardiovasculares; já no ano 2000 apenas 5% das mortes tiveram como causa as doenças infecciosas e, em 2009, a porcentagem de óbitos por doenças cardiovasculares alcançava 30% (MENDES, 2012; SILVA et al., 2006).

Além das mortes, as DCNTs podem levar à incapacidade, sofrimento e aumento no número de anos de vida perdidos devido a essa incapacidade (GOULART, 2011). Elas afetam na maioria das vezes a funcionalidade, ou seja, a capacidade de realizar as AVDs; e a autonomia, considerada o exercício do autogoverno do idoso, podendo interferir na sua qualidade de vida (FARIAS; BUCHALLA, 2005; NERI, 2008).

Para Farias e Buchalla (2005) a funcionalidade abrange fatores como a capacidade física, as condições de saúde, a capacidade psicocognitiva e o ambiente. Essa capacidade ajustada ao ambiente é chamada capacidade funcional. Acrescentam que ela é usada em

sentido positivo, sendo o seu antagonista negativo a incapacidade. Logo, um indivíduo com prejuízo na capacidade funcional possui incapacidade funcional, que é definida pela Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1980) como restrição de atividades, relacionada ao desempenho e atividade funcional do indivíduo, que ocorre como consequência de uma deficiência.

Para Alves et al. (2007, p.1924)

“O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações para a família, a comunidade, o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem estar e da qualidade de vida dos idosos”.

Assim, é importante a avaliação da capacidade funcional em indivíduos com DCNTs e em idosos, para determinar o quanto a doença afeta o seu desempenho para as atividades cotidianas, e em caso de necessidade de ajuda, se esta é total ou parcial.

Habitualmente a avaliação funcional é realizada por meio da avaliação do desempenho para as AVDs, que podem ser divididas em atividades básicas de vida diária (ABVDs), relacionadas às atividades de autocuidado; atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), consideradas mais complexas e relacionadas à interação com a comunidade; e atividades avançadas de vida diária, referentes ao convívio social, ou seja, a realização de trabalhos voluntários sociais, ocupacionais ou de recreação (BRASIL, 2007; SPIRDURO, 2005).

Em 2006 o Ministério da Saúde (MS) lançou o Caderno de Atenção Básica nº19 - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, com a finalidade de “oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica” (BRASIL, 2007, p.7). Este caderno coloca a funcionalidade como foco da avaliação dos idosos na Atenção Básica, já que os resultados desta avaliação podem indicar quais atividades foram perdidas, e como é possível compensar essas perdas.

Estudos de base populacional conduzidos na maior cidade do Brasil avaliaram a funcionalidade dos idosos. O estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), realizado em São Paulo-SP, no ano 2000, avaliou 2.143 idosos da comunidade e, no que se refere à funcionalidade, foram avaliadas seis ABVDs e oito AIVDs, sendo que 19,2% dos idosos referiram dificuldade em pelo menos uma das ABVDs e 25,6% em pelo menos uma das AIVDs (LEBRÃO; DUARTE, 2003). Já no ano de 2006, 1115 idosos da amostra anterior foram reavaliados, e os dados revelaram que houve piora no desempenho para todas as ABVDs e AIVDs avaliadas, sendo que para algumas, a porcentagem de idosos com

difículdade para realizá-las, foi mais que o dobro, tais como para “realizar tarefas domésticas leves”, relatada como dificultosa por 4,3% dos idosos em 2000, e passou para 12,3% em 2006; “realizar tarefas domésticas pesadas”, de 14,7% para 29,6%; e “preparar uma refeição quente”, de 3,5% para 7,3% (LEBRÃO et al., 2008).

Uma investigação realizada utilizando dados do estudo Epidemiologia do Idoso (EPIDOSO), o qual avaliou 1667 idosos residentes na cidade de São Paulo-SP, por um período de dez anos (1991-2001), em intervalos de dois anos e, com relação à dependência para realização de oito ABVDs e sete AIVDs, os idosos que apresentaram independência ou dependência leve na primeira entrevista (1991-1992) foram reavaliados na segunda (1994-1995) e terceira entrevistas (1998-1999) para determinação dos fatores protetores e de risco para a perda funcional. Os fatores protetores identificados foram: o trabalho remunerado, ter relacionamento mensal com amigos, assistir televisão e desenvolver atividades manuais. Já os fatores de risco foram: idade maior que 75 anos, presença de déficit cognitivo, e ter hipertensão arterial, asma ou diabetes. Os autores concluíram que a prevenção de perda funcional deve incluir o controle adequado das principais DCNTs e investimento em atividades de trabalho e lazer (D’ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

Utilizando os dados do estudo SABE do ano 2000, outra investigação avaliou a influência das DCNTs na capacidade funcional dos idosos, sendo identificado que algumas doenças aumentam a chance de o idoso ser dependente para as AIVDs, como é o caso da doença cardíaca que aumenta em 82%, da artropatia em 59%, da doença pulmonar em 50% e da hipertensão arterial em 39% (ALVES et al., 2007).

Esses estudos mostraram que a perda funcional é progressiva conforme aumenta a idade, e que as DCNTs podem aumentar a velocidade da perda funcional e, portanto, investimentos em políticas públicas voltadas para o cuidado ao idoso com DCNT e que apresenta perdas funcionais, é de fundamental importância para a manutenção da qualidade de vida do mesmo.

No sistema de saúde brasileiro, o foco das ações para o controle, prevenção e acompanhamento das DCNT é a comunidade e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) por ser um local de cuidado integral e contínuo, melhorando o gerenciamento destas doenças (SCHMIDT et al., 2011). No âmbito da ESF, a linha de cuidado para as DCNTs na perspectiva micropolítica e do processo de trabalho em saúde, visa a atuação da equipe de saúde na coordenação do cuidado, a vinculação e responsabilização do cuidador e a busca da autonomia do usuário (MALTA; MERHY, 2010).

Segundo Goulart (2011, p.38), “as doenças crônicas aumentam a complexidade dos problemas de saúde e da prestação de cuidados, exigindo mudanças na atuação profissional, nas qualificações e nas configurações dos cuidados”. A cronicidade da doença acarreta efeitos individualizados e relevantes tanto para os idosos quanto para suas famílias, pois pode se tornar limitante e desgastante, gerando incertezas e sentimentos de impotência, de falta de controle, e obriga o idoso e a família a interagirem com outras pessoas e sistemas que em outras condições não seria necessário (HERRERA, 2004).

Nesta perspectiva, o atendimento deve ser focado no paciente e em seu ambiente familiar, considerando fatores como a capacidade funcional, a autonomia, a necessidade de cuidados e a participação social (DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011). A enfermagem deve analisar o conjunto formado pelo idoso, família e ambiente nos diferentes níveis de atenção à saúde, para reconhecer suas fortalezas, ajudar a simplificar atividades complexas, convidar os membros a participarem do cuidado, protegê-los do desgaste, ajudá-los a manter ao máximo o grau de independência do idoso, fortalecer as habilidades de cuidado já existentes e ajudar no desenvolvimento de novas habilidades (AGUIAR et al., 2011; HERRERA, 2004).

Em 2011 foi traçado o “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNTs no Brasil 2011-2022”. Um dos eixos estratégicos deste plano é o Cuidado Integral de DCNTs, em que uma das estratégias é “definir a linha de cuidado à pessoa com DCNT, garantindo projetos terapêuticos adequados, vinculação entre cuidador e equipe, assim como a integralidade e a continuidade no acompanhamento” (BRASIL, 2011, p.79). Também são traçadas ações baseadas no ciclo vital, e para os idosos uma das metas é a “capacitação de cuidadores na comunidade” (BRASIL, 2011, p.89).

Estas ações reforçam a necessidade de que o cuidado ao idoso com DCNT seja integral e em parceria com o cuidador não profissional, geralmente um familiar do idoso. No Brasil, tradicionalmente e legalmente, o responsável pelo cuidado ao idoso dependente é a família.

2.2 O cuidador de idosos

A Constituição Federal Brasileira, no artigo 230, menciona que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na

comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (BRASIL, 1988). Ressalta-se que no Brasil a maioria dos idosos vive junto da família ou sozinha em suas casas e menos de 1% vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) (BRASIL, 2006).

Originalmente, a palavra família deriva do latim “famulu” definida como conjunto de servos dependentes de um chefe ou senhor (ROCHA-COUTINHO, 2006). Existem definições de família que consideram se as pessoas possuem laços sanguíneos, se vivem na mesma unidade domiciliar e se há vínculo e relacionamento entre seus membros (ÂNGELO; BOUSSO, 2006).

Dados do censo realizado no ano 2000 citados e analisados por Camarano (2004) mostram que o tamanho médio das famílias que possuíam idosos em sua formação era de 3,48 pessoas; a média de idade do chefe da família era de 65,2 anos e 86,5% do total de idosos eram os chefes de suas famílias, dado este que vem aumentando com o passar dos anos, já que em 1980 esse percentual era de 79,1%.

Dados do estudo SABE dos anos 2000 e 2006 mostraram que a porcentagem de idosos que mora sozinho cresceu no período, passando de 13% para 15,9%, respectivamente; porém, a maioria (84,1%), em 2006, ainda vivia acompanhada (LEBRÃO et al., 2008).

Uma pesquisa conduzida pelo *Pew Research Center*, sediado nos Estados Unidos da América (EUA), em que foram entrevistadas 22.425 pessoas residentes em 21 países, no período de março a abril de 2013, especificamente para a questão “quem é o responsável por cuidar dos idosos?”, observou-se que, de forma geral, a responsabilidade recaía sobre o governo, sendo que em 13 países esta foi a resposta mais frequente. Na maioria dos países, somente uma em cada 10 pessoas responderam que a responsabilidade era do próprio idoso, e uma em cada quatro pessoas que era da família. No Brasil, 42% responsabilizaram a família, 38% o governo e 8% os próprios idosos (PEW RESEARCH CENTER, 2014).

O sistema de saúde brasileiro considera a família como unidade social básica, sendo a responsável por prover entre 80 e 90% do auxílio aos idosos (CAMARGO, 2010; DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011; FIGUEIREDO; LIMA; SOUSA, 2009). Ela é a primeira e mais constante unidade de saúde para seus membros, e deve trabalhar em parceria com os serviços de saúde, de assistência social e com rede social de apoio (AGUIAR et al., 2011; CAMARGO, 2010; DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011; GONÇALVES et al., 2011a; MOREIRA; CALDAS, 2007; PORTELLA, 2010). De acordo com Karsh (2003), os cuidados provenientes das redes informais de apoio se configuram como a fonte mais importante de suporte aos idosos, e por isso essas redes informais precisam ser amparadas e estudadas.

Um estudo conduzido em Pelotas-RS buscou estimar a prevalência do cuidado domiciliar prestado a idosos e identificar fatores associados. Foram entrevistados 598 idosos e 49,5% deles relatou possuir algum cuidador em casa, sendo que em 39,5% dos casos era o cônjuge e 65,3% cuidavam entre 21 e 24 horas por dia (DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011).

Em uma investigação que visou levantar a produção científica acerca do tema “cuidador de idosos”, no período de 2000 a 2007, foram analisados 64 artigos, dos quais se observou que 32 tiveram o domicílio como cenário de investigação, 10 foram realizados no cenário ambulatorial, sete no hospitalar, quatro em ILPIs e em 11 não havia essa informação. Houve um consenso de que a família cuida melhor do idoso e que a institucionalização é uma opção somente quando não há um cuidador disponível ou quando o grau de dependência do idoso é muito elevado (NASCIMENTO et al., 2008). Estes estudos reforçam a informação de que a maioria dos idosos é cuidada em sua própria casa e pela família.

Em um estudo de revisão da literatura que buscou discutir a importância do papel do cuidador informal de idosos dependentes, foram analisados 31 artigos e evidenciou-se que os cuidadores se caracterizam como uma rede autônoma e, geralmente, desarticulada dos serviços de saúde, porém, necessitam deste suporte e de orientações, para que possam se sentir sujeitos principais no cuidado dispensado ao idoso (MOREIRA; CALDAS, 2007).

Outra revisão integrativa da literatura que objetivou revisar o conhecimento produzido acerca das representações sociais de cuidadores de idosos sobre o cuidar, mostrou a necessidade de os profissionais de saúde estabelecerem e fortalecerem a relação com os cuidadores, inserindo-os de fato no cuidado ao idoso, além de assistirem aos mesmos de maneira adequada, já que a falta de redes formais de apoio foi um dos pontos principais destacados (AGUIAR et al., 2011).

Apesar das mudanças e conquistas relacionadas ao desenvolvimento de políticas públicas voltadas à população idosa, ainda não há uma definição clara do apoio que é de responsabilidade da rede de serviços pertencente ao Estado e de quais são os papéis da família no cuidado ao idoso (KARSH, 2003).

Um dos desafios atuais da enfermagem gerontológica no Brasil é a implementação de propostas educativas e cuidativas direcionadas aos cuidadores de idosos e também aos profissionais que os atendem, para que estejam adequadamente preparados para assisti-los (PORTELLA, 2010).

O responsável pelo cuidado do idoso é denominado cuidador, que pode ser definido como pessoa da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer

idade (no caso um idoso), que não tenha mais possibilidade de realizar algumas tarefas que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira da família; com ou sem remuneração (KARSH, 2003; NERI, 2006, 2008; BRASIL, 2008).

Formalmente, a Classificação Brasileira de Ocupações descreve como cuidador, sob o código 5162, alguém que cuida com base em objetivos definidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, com vistas ao bem estar, a saúde, a alimentação, a higiene pessoal, a educação, a cultura, a recreação e ao lazer do indivíduo que é cuidado (CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO, 2002).

O Guia Prático do Cuidador, publicado pelo MS em 2008, ressalta ainda, que os cuidadores devem realizar pelo idoso somente o que ele não consegue realizar sozinho, acompanhando-o, auxiliando-o a se cuidar, e não devem realizar técnicas e procedimentos específicos de profissões legalmente estabelecidas (BRASIL, 2008).

Os cuidadores podem ser categorizados em: **familiares ou não familiares**, referente ao pertencimento ou não à unidade familiar; **leigos ou profissionais**, com relação a ter participado ou não de cursos para a função de cuidador; **formais ou informais**, quanto à existência ou não de vínculo empregatício/remuneração e, ainda, no que se refere às responsabilidades pelo cuidado, podem ser classificados em **primários**, que são os principais responsáveis pelo cuidado e realizam a maior parte das tarefas; **secundários**, que ajudam, mas não têm o mesmo grau de envolvimento, decisão e responsabilidade pelo cuidado; e **terciários**, que são as pessoas que auxiliam esporadicamente ou quando solicitadas (NERI, 2006; SANTOS, 2010).

Essas classificações são comumente usadas para designar cuidadores, e é importante classificá-los para auxiliar na identificação das condições do cuidado. Elas não são excludentes e se complementam, por exemplo, um cuidador pode ser familiar, leigo, informal e primário.

De acordo com a literatura as características sociodemográficas e de cuidado dos cuidadores de idosos mantêm um padrão no Brasil. Eles são, na maioria dos casos, familiares e do sexo feminino (esposa ou filha), de meia idade (45-50 anos), que residem com o idoso, não possuem cursos de formação específica para esta função e não recebem ajuda para cuidar (AGUIAR et al., 2011; CAMARGO, 2010; GONÇALVES et al., 2006; KARSH, 2003; NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013; NERI, 2006; ORSO, 2008; SANTOS, 2010; VILELA et al., 2006).

Um estudo, realizado em Florianópolis-SC, com o objetivo de conhecer o perfil de 115 famílias cuidadoras de pelo menos um idoso com DCNT, encontrou que 84,3% dos

cuidadores eram mulheres, com média de idade de 48,5 anos, 52,2% eram casados, 53% não possuíam atividades extradomiciliares, 64,5% prestavam mais de cinco horas diárias de cuidado, 56,0% relataram possuir parentes que ajudavam no cuidado, enquanto que 28,4% não recebiam nenhuma ajuda. Apesar do perfil apresentado, foi destacado pelas autoras o número crescente de homens cuidadores e de mulheres idosas cuidando de seus cônjuges idosos (GONÇALVES et al., 2006).

Outro estudo realizado em Florianópolis-SC que buscou conhecer o perfil de 100 cuidadores de idosos mais velhos (80 anos ou mais) mostrou que 92,0% dos cuidadores eram mulheres, com média de 55,1 anos, 62,0% eram filhos e 70,0% moravam com o idoso que era cuidado (GONÇALVES et al., 2011a).

Em Londrina-PR uma investigação realizada por Oliveira et al. (2006) com 91 cuidadores principais e informais de idosos, evidenciou-se que 70,3% eram mulheres, 34,0% possuíam entre 41 e 60 anos, 49,0% eram filhos, 53,0% cuidavam por mais de oito horas diárias, 62,7% possuíam outra atribuição além do cuidado com o idoso (afazeres domésticos, trabalho, cuidado com os filhos, entre outros), 40,7% não recebiam ajuda para o cuidado, e destaca-se que 19,0% possuíam idade maior que 60 anos.

Outro estudo que buscou descrever as características dos cuidadores principais e informais de 52 idosos com Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquêmico, residentes em Fortaleza-CE, mostrou que 92,3% eram mulheres, com média de idade de 47,8 anos (19,2% possuíam mais de 60 anos), 75,0% moravam com o idoso, 63,5% eram filhos, 55,8% não recebiam ajuda para cuidar, 57,7% não trabalhavam fora e outros 57,7% cuidavam do idoso há mais de três anos (VIEIRA; FIALHO, 2010).

Um estudo conduzido no município de São Carlos-SP, avaliou 72 cuidadores principais de idosos com alterações cognitivas em regiões de diferentes níveis de vulnerabilidade social. Os resultados mostraram que os cuidadores dos idosos que viviam em contextos com menor vulnerabilidade social eram em sua maioria mulheres (89,0%), com média de 50,4 anos, 67,0% eram casados, 69,0% moravam na mesma casa que o idoso, 47,0% não recebiam ajuda para cuidar, 44,0% eram filhas e 14,0% cuidadores profissionais. Já nos contextos de maior vulnerabilidade social, 86,0% eram mulheres, com média de 49,6 anos, 58,0% eram casados, 83,0% moravam com o idoso, 58,0% não recebiam ajuda para cuidar e a maioria era filha (39,0%) ou esposa (33,0%). Concluiu-se que em contextos de maior pobreza, os cuidadores de idosos têm maior propensão a viverem juntos com o idoso e serem filhas ou esposas, já nos locais com menor vulnerabilidade, pode haver a presença do cuidador formal (SANTOS; PAVARINI, 2010).

Objetivando identificar a associação entre a capacidade funcional do idoso cuidado e a sobrecarga do cuidador familiar, foram avaliados 178 cuidadores de idosos residentes em um município do norte do estado do Paraná e cadastrados na ESF. Os resultados indicaram que 90,4% dos cuidadores era mulher, 48,8% filhas do idoso, 76,4% casados, com média de idade de 56,7 anos. Os autores destacaram o fato de que 45,4% dos cuidadores tinham mais de 60 anos, e houve associação significativa entre a idade do cuidador e a idade do idoso, ou seja, idosos mais velhos cuidando de idosos mais velhos. Além disso, cuidadores de idosos mais independentes tinham maior chance de apresentar menor sobrecarga quando comparados aos cuidadores de idosos dependentes (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013).

Em outros países, é possível identificar perfis semelhantes ao do Brasil no que diz respeito ao cuidador de idosos. Nos EUA, no ano de 2009, foi estimado que o país possuísse em torno de 65,7 milhões de adultos que exerciam o papel de cuidadores informais, sendo que destes, 43,5 milhões cuidavam de um adulto com 50 anos ou mais. O perfil desses cuidadores revelou que 67,0% eram mulheres, 59,0% casados, 36,0% eram filhas, que cuidavam em média 19 horas por semana, há quatro anos, 66,0% recebiam ajuda informal de outra pessoa e somente 19,0% relataram ter recebido algum treinamento para cuidar. Com relação à idade do cuidador, 40,0% tinham entre 50 e 64 anos, 9,0% entre 65 e 74 anos e 5,0% 75 anos ou mais. Também foi constatado que os cuidadores que possuíam 65 anos ou mais tinham maior propensão a não receberem ajuda para cuidar, quando comparados aos cuidadores mais jovens (47,0% e 30,0%, respectivamente) (NATIONAL ALLIANCE FOR CAREGIVING, 2009a, 2009b).

Um estudo que descreveu as características do apoio informal familiar em Portugal evidenciou que apesar de haver pouco conhecimento acerca dos cuidadores, do cuidado e de suas características, os estudos disponíveis mostram o predomínio de mulheres cuidadoras, que vivem na mesma casa ou em locais próximos à residência do idoso, são cônjuges ou filhos, com idade entre 45 e 55 anos, que prestam serviço expressivo (como suporte social e emocional) e instrumental (como trabalho doméstico e higiene), com baixo nível de escolaridade, gastam em média quatro horas diárias no cuidado e cuidam entre um e dez anos (esses últimos fatores variam conforme o grau de dependência do idoso e a disponibilidade do cuidador) (CARVALHO, 2009).

Outro estudo realizado com 80 idosos dependentes e 143 familiares que cuidavam desses idosos em Portugal, identificou que os cuidadores eram do sexo feminino (59,4%), filhas do idoso dependente (45,3%) e em 40,0% dos casos, o idoso apresentava alta

dependência. A média de idade dos cuidadores foi de 60,8 anos, variando entre 18 e 96 anos (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Já de acordo com dados do censo Canadense de 2008/2009, aproximadamente 35% do total de pessoas com 45 anos ou mais de idade eram cuidadores informais de pelo menos um idoso, destes cuidadores, 57,0% eram mulheres, 73,0% tinham entre 45 e 64 anos, 56,0% eram filhas ou noras, 14,0% moravam com o idoso e 34,5% cuidavam há pelo menos cinco anos. A maioria (92,2%) relatou que o cuidado não piorou sua condição de saúde, mas 56,6% mencionaram que encontraram dificuldades ou desafios no cuidado, sendo a mais citada a demanda emocional. Em relação aos idosos cuidadores, 17,1% tinha entre 65 e 74 anos e 10,3% mais de 75 anos (TURNER; FINDLAY, 2012).

Um levantamento realizado a partir do censo de 2001 no Reino Unido revelou que do total de idosos (65 anos ou mais) na população, 12,0% são cuidadores informais de outra pessoa, e mais da metade deles cuida por pelo menos 50 horas semanais. Destes cuidadores, menos da metade perceberam sua saúde como boa, e mais de um quarto, avaliaram a saúde como ruim. Além disso, foi identificado um número significativo de cuidadores muito idosos, com 85 anos ou mais de idade (DORAN; DREVER; WHITEHEAD, 2003).

Na Irlanda, de acordo com o censo de 2011, 4,1% da população total provia cuidado a alguma pessoa, sendo que desses a maioria era mulher, com idade entre 40 e 55 anos e casada; e o número de cuidadores com idade entre 60 e 74 anos cresceu 33,6% desde o censo de 2006; e dos com 75 anos ou mais de idade, 39,5% (CARE ALLIANCE IRELAND, 2015). Outro levantamento que incluiu 2311 cuidadores de idosos irlandeses encontrou que a maioria era mulher, casada e morava com o idoso dependente; a média etária foi de 57,1 anos, sendo que 32,2% dos cuidadores também eram idosos; pouco mais da metade deles (51,5%) eram filhos do idoso e 31,1% cônjuges (LAFFERTY et al., 2014).

Uma meta-análise que incluiu 176 estudos que avaliaram os fatores associados à saúde física de cuidadores de idosos, encontrou média de idade dos cuidadores de 60,6 anos; 74,0% eram mulheres, 50,0% eram cônjuges, 48,0% cuidavam de idosos com demência, a média de tempo de cuidado foi de 54 meses e a média de horas semanais para o cuidado foi de 55 horas. Identificou-se que fatores relacionados ao cuidado, tais como tempo de cuidado e a presença de problemas comportamentais e cognitivos no idoso dependente de cuidados, afetam a saúde física dos cuidadores, mas essas associações foram mais fracas que os efeitos do cuidado na saúde psicológica dos mesmos; além disso, maiores demandas de cuidado tiveram impacto mais forte na saúde física dos cuidadores que eram idosos, dos que cuidavam de idosos com demência e eram do sexo masculino (PINQUART; SORENSEN, 2007).

Vale ressaltar que, de acordo com os estudos supracitados, um grupo que vem se destacando no contexto do cuidado de idosos, tanto no cenário nacional como no internacional, é o de idosos cuidadores. Este fato não pode ser ignorado pelos profissionais da área da saúde, pelos órgãos governamentais e pela sociedade, uma vez que a atenção e o suporte a esses cuidadores são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida do idoso que é cuidado e do próprio idoso cuidador (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Apesar da maioria dos cuidadores de idosos ainda ser representada pelas filhas e noras dos idosos, quando os idosos que possuem algum déficit funcional são casados, os cônjuges são os que têm maiores possibilidades de serem os cuidadores primários (LIMA et al., 2008; OSTWALD, 2009; NERI, 2006; NOEL-MILLER, 2011; PINQUART; SORENSEN, 2011; SELTZER; LI, 2000; WOLFF; KASPER, 2006).

2.3 O idoso cuidador

Os cuidadores são vistos como um recurso no oferecimento de cuidado ao idoso, porém eles também possuem suas necessidades, problemas de várias ordens e sua capacidade funcional pode estar em risco; por isso, são chamados de pacientes ocultos (CAMARGO, 2010; FIGUEIREDO; LIMA; SOUSA, 2009). À medida que o cuidador é idoso e também vai adquirindo incapacidades, apresenta cada vez mais dificuldade para cuidar de si mesmo e do outro, o que pode aumentar a vulnerabilidade de ambos (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006; CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS - CAOT, 2010).

O cuidado ao idoso, independente da pessoa que o realiza, frequentemente é relatado tanto na perspectiva de aspectos positivos como a retribuição de papéis, a sensação de utilidade e a possibilidade de permanecer ao lado da pessoa amada, quanto de aspectos negativos como a sobrecarga física, emocional, financeira, entre outras (NERI, 2006). A mesma autora ressalta que na maioria das pesquisas sobre o cuidado, os aspectos negativos se sobressaem, uma vez que os positivos não indicam o desenvolvimento pessoal do cuidador, mas uma adaptação às demandas e à sobrecarga.

A este respeito, Pavarini e Neri (2000), descreveram algumas características que dificultam a prestação de cuidados, tais como, o ônus físico e financeiro, a falta de preparo e de informação, a carência de oferta de serviços especializados, a competição entre papéis

profissionais e familiares, o (re)surgimento de sentimentos pessoais, os conflitos familiares, bem como a solidão. Essas características estão presentes em várias situações, porém, cabe ressaltar a influência de outros fatores nesse processo, como por exemplo, o contexto socioeconômico e cultural, o ambiente do cuidado, as crenças, as prioridades e os valores do cuidador, sua relação atual e passada com o idoso, e as suas concepções relacionadas à velhice e ao cuidado (NERI, 2006; OSTWALD, 2009). Além disso, o cuidado é heterogêneo, complexo e multifacetado.

Ostwald (2009) aponta que o cuidador familiar de idosos tem sido objeto de estudos há mais de 25 anos, e muitas conclusões em comum foram encontradas, como por exemplo, a presença de estresse físico e psicológico relacionada ao cuidado, a longa duração do papel de cuidador, ao relato de experiências positivas e ao fato de que muitos, principalmente os cônjuges quando são idosos, possuem problemas de saúde que podem ser agravados pela frequência e intensidade do cuidado, no entanto há também a negligência da própria saúde em prol do cuidado ao outro.

Como já mencionado anteriormente, a situação de cuidado pode se agravar quando quem cuida do idoso doente e dependente é outra pessoa idosa, o que está se tornando comum devido ao envelhecimento populacional. Fatores como a participação ativa da mulher no mercado de trabalho, as novas configurações familiares, entre outros, também estão contribuindo para a diminuição no número de familiares disponíveis para cuidar dos idosos, fazendo com que os cônjuges idosos, quando presentes, se tornem a primeira opção (OSTWALD, 2009). Devido ao envelhecimento, as limitações físicas do cuidador podem dificultar o cuidado e afetar seu bem-estar físico e psicológico, se tornando algo ainda mais oneroso (NERI, 2008).

Os cuidadores de idosos necessitam receber visitas e orientações periódicas de profissionais da área da saúde, principalmente quando se trata de um casal de idosos, em que o menos lesado assume os cuidados daquele que é dependente (KARSH, 2003). Diante disso, para o planejamento adequado de intervenções, casais idosos que vivem juntos devem ser avaliados como uma unidade, ou seja, em relação à saúde de ambos, bem como às demandas de cuidado existentes no ambiente doméstico (LAVELA; ATHER, 2010; SCHULZ; BEACH, 1999).

No Brasil, pesquisas realizadas com idosos cuidadores ainda são incipientes e em sua maioria, realizadas com um número pequeno de sujeitos, entretanto, alguns estudos começam a conferir visibilidade a esta temática.

Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006), desenvolveram um estudo com oito idosos atendidos em um Centro de Saúde e que cuidavam de seus cônjuges idosos, com o objetivo de avaliar o significado de saúde, as mudanças na vida após assumir o cuidado e o modo como cuidavam da própria saúde. Os resultados revelaram que, a saúde para eles estava relacionada à disposição para fazer as coisas e a ausência de problemas; as mudanças após assumir o cuidado foram relacionadas à sobrecarga física e emocional e que a maioria gasta mais tempo cuidando do cônjuge do que da sua própria saúde. Foi destacada a necessidade de implementação de um programa de assistência voltado aos idosos cuidadores, que contemple um projeto de manutenção e promoção da saúde dos mesmos, sendo a ESF colocada como importante ferramenta para o desenvolvimento do programa.

Um estudo que buscou identificar por meio das representações sociais, os motivos que levaram 13 idosas de Cascavel-PR a se tornarem cuidadoras de idosos dependentes, no âmbito domiciliar, foi constatado que os motivos foram: o conformismo/resignação, o medo da perda, o compromisso, a compaixão, a imposição familiar ou do idoso que é cuidado e a questão de gênero. Foi concluído que, intervenções a favor do cuidador idoso devem ser priorizadas, já que o mesmo possui necessidades particulares (BRAZ; CIOSAK, 2009).

Outra investigação que objetivou apresentar e discutir um programa de educação em saúde para oito idosas que cuidavam de idosos, no domicílio, em Campinas-SP, evidenciou que as maiores dificuldades relatadas pelas idosas foram: indisponibilidade de transporte para os serviços de saúde, resistência do idoso ao cuidado, ambiente inadequado, falta de conhecimento para cuidar e falta de paciência; e com o programa de educação elas esperavam aprender como lidar com o idoso e realizar alguns cuidados, conhecer características de algumas doenças e ampliar os conhecimentos gerais e especificamente sobre idosos. O programa teve duração de 36 horas em encontros semanais e, de acordo com as idosas participantes, superou as expectativas. As autoras concluíram que, oferecer suporte aos idosos que cuidam é fundamental para a saúde do idoso que é cuidado e do próprio cuidador (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Giacomin, Uchoa e Lima-Costa (2005) estudaram dez esposas cuidadoras de idosos dependentes residentes em Bambuí-MG, com o objetivo de explorar os elementos do cuidado. Os resultados mostraram que as idosas cuidavam de forma integral, cotidiana, intuitiva, improvisada, solitária e sem orientações e recursos; referiram que a atividade de cuidar do esposo é mais uma obrigação do que uma realização pessoal, porém houve tendência de minimizar e/ou negar o fardo que carregavam; todas relataram piora na saúde e o uso crônico de medicamentos, mas não relacionam isso ao cuidado. Concluiu-se que políticas públicas de

assistência domiciliária precisam ser estabelecidas para orientar melhor as esposas cuidadoras, manter sua funcionalidade e reduzir o ônus gerado pelo cuidado.

Neri et al. (2012) realizaram um estudo de base populacional na cidade de Campinas-SP, com 900 idosos (≥ 65 anos). Destes, 211 foram excluídos por apresentarem déficit cognitivo e ao restante foi questionado se haviam cuidado do cônjuge ou dos pais nos últimos cinco anos; 176 responderam positivamente, os quais foram considerados cuidadores idosos. Estes cuidadores foram avaliados quanto aos aspectos relacionados às condições sociodemográficas, de saúde e de cuidado. Evidenciou-se que, a maioria (70,69%) era mulher; com média de 71,8 anos; 79,31% cuidavam do cônjuge; 47,65% relataram médio suporte social, 48,85% possuíam uma ou duas DCNTs, 48,85% eram pré frágeis e 58,05% deixou de realizar três ou mais atividades avançadas de vida diária que estavam acostumados a executar. Além disso, 20,11% apresentaram sintomas depressivos e 69,0% apresentaram altos níveis de estresse percebido.

Dados do estudo denominado Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA), realizado nas cidades de Parnaíba-PI, Campinas-SP e Ivoti-RS, revelaram que dos 1139 idosos entrevistados e que não possuíam déficit cognitivo, 338 relataram ter sido cuidadores familiares de outros idosos nos últimos cinco anos. Esses idosos cuidadores foram pareados com 338 idosos não cuidadores. A maioria (65,7%) dos idosos cuidadores era mulher; 76,3% cuidaram do cônjuge, 15,1% dos pais e 7,7% dos cônjuges e pais. Os cuidadores com pior satisfação com a vida apresentaram mais sintomas depressivos, de fadiga e de insônia; e para os idosos não cuidadores com pior satisfação com a vida, houve mais sintomas depressivos e de fadiga e pior suporte social percebido. Além disso, os cuidadores com piores níveis de estresse tinham mais dificuldade para as AIVDs do que os não cuidadores (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014).

Já os estudos internacionais, são realizados com números maiores de sujeitos idosos cuidadores, como descritos a seguir.

Em uma investigação que objetivou explorar a associação entre o cuidado de cônjuges idosos e a mortalidade, nos EUA, foram avaliados 392 idosos que moravam e cuidavam do cônjuge que apresentava dificuldade em pelo menos uma ABVD ou AIVD e 427 idosos que moravam com cônjuge sem dificuldades para realizar as AVDs. Os resultados revelaram que com relação à amostra total de idosos cuidadores a média de idade foi de 79,6 anos; 51,3% eram mulheres, 27,1% tinham alguma doença diagnosticada e 33,7% alguma condição subclínica. Após quatro anos, 12,6% dos idosos faleceram, sendo que os que eram cuidadores dos cônjuges dependentes e se sentiram sobrecarregados no início do estudo, tiveram risco de

morte 63,0% maior em relação aos que não eram cuidadores. Além disso, os cuidadores com idade mais avançada, homens e com pelo menos uma doença diagnosticada, apresentaram as maiores taxas de mortalidade em quatro anos (SCHULZ; BEACH, 1999).

Ressalta-se a importância da avaliação do idoso cuidador, uma vez que sua condição geral de saúde física e mental pode refletir na qualidade do cuidado prestado e no bem-estar de ambos, idoso cuidador e idoso dependente. Nesse contexto, a dependência do idoso que é cuidado, a demanda de cuidados gerada por ele e a sobrecarga reportada pelo idoso cuidador são fatores relevantes a serem considerados na avaliação e no planejamento da assistência.

Um estudo realizado nos EUA que avaliou 91 idosos dependentes em pelo menos uma ABVD ou AIVD, com média de idade de 72,8 anos e que eram cuidados pelo cônjuge, mostrou a existência de correlação forte entre a presença de sintomas depressivos nos cuidadores e nos idosos dependentes de cuidado. Revelou ainda, que a pior qualidade do cuidado relatada pelos idosos dependentes de cuidado, está relacionada à presença de mais sintomas depressivos e menor senso de controle sobre a vida tanto dos cuidadores quanto do idoso dependente (MARTIRE et al., 2003).

Ducharme et al. (2006), considerando o aumento do número de idosos cuidadores do sexo masculino, avaliaram 323 idosos cuidadores primários de suas esposas, há pelo menos seis meses, residentes na província de Quebec no Canadá. Os idosos cuidadores possuíam em média 73,4 anos de idade; a maioria (53,9%) cuidava da esposa há mais de cinco anos e 36,0% cuidavam entre 21 e 24 horas diárias. A média de idade das esposas que eram cuidadas foi de 72,0 anos e apesar de apresentarem dependência e receberem ajuda dos maridos tanto para as atividades de autocuidado quanto para as instrumentais, não possuíam a saúde seriamente deteriorada; o apoio de familiares e amigos (informal) foi mais emocional do que instrumental e o suporte formal (serviços públicos ou particulares contratados) foi citado pela maioria (88,0%). Esta mesma amostra foi avaliada um ano depois, sendo que devido às perdas foram entrevistados 232 cuidadores e verificou-se que houve piora significativa na funcionalidade e cognição das esposas que eram cuidadas, aumento do número de serviços formais utilizados, melhora no enfrentamento e solução de problemas e diminuição do ganho pessoal do idoso cuidador (DUCHARME et al., 2007).

Uma revisão da literatura conduzida no Canadá buscou analisar a produção científica, no período de 1980-2009, que abordava o tema idoso cuidador e fatores relacionados ao impacto do cuidado. Foram encontrados poucos estudos que avaliaram o impacto do cuidado na saúde física do idoso cuidador, sendo os aspectos psicossociais os mais documentados, tais como o estresse, a sobrecarga, a negligência da própria saúde em prol da pessoa que recebe os

cuidados e a restrição na participação em atividades sociais. De acordo com a publicação, esses fatores são exacerbados pela severidade, tempo de doença e funcionalidade do idoso que recebe cuidados, e também dependem da qualidade do relacionamento entre o idoso cuidador e a pessoa que é cuidada (CAOT, 2010).

Outra revisão da literatura que analisou 18 publicações relacionadas às implicações de cuidar do cônjuge idoso na saúde psicológica do idoso cuidador encontrou que, no geral, há pior funcionamento cognitivo e pior saúde mental; maior tensão relacionada ao cuidado, maior estresse, solidão, mais sintomas depressivos e maior nível de ansiedade em cuidadores cônjuges quando comparados a grupos de idosos não cuidadores, além disso, essas variáveis são mais frequentes, de maior magnitude e duração e resultam em piores desfechos de saúde em idosos que cuidam. Os resultados também salientam que existem benefícios em cuidar do cônjuge idoso e ser idoso, já que pode haver melhora na vida de ambos, e o cuidado pode permitir manterem-se em casa ao invés da institucionalização; porém, mesmo com os benefícios, esses cuidadores estão sob risco de pior saúde psicológica (LAVELA; ATHER, 2010).

Uma meta-análise que buscou identificar se existiam diferenças entre grupos de cuidadores de idosos cônjuges, filhos(as) e genros/noras, por meio da avaliação de 168 estudos publicados no período de 1980-2010 e que continham dados de 28.980 cuidadores cônjuges, 30.739 cuidadores filhos(as) e 4.627 cuidadores genros/noras, evidenciou que a média de idade dos cuidadores cônjuges foi de 69,8 anos, dos filhos(as) de 51,08 e dos genros/noras 47,15 anos; já a dos idosos que recebiam cuidados, foi maior para os que eram cuidados pelos filhos(as) (78,34 anos), seguida pelos genros/noras (76,16 anos) e cônjuge (73,36 anos). Os cuidadores cônjuges foram mais propensos a serem mais velhos, do sexo feminino, casados, morarem com o idoso que recebe cuidados, terem pior saúde física, receberem menos suporte informal, cuidarem a mais tempo e por mais horas semanais e ajudarem mais com as tarefas do cuidado. Além disso, a sobrecarga física, financeira e a tensão em relacionamentos foram maiores nesse grupo, bem como a presença de sintomas depressivos (PINQUART; SORENSEN, 2011).

Os resultados dos estudos apresentados acima mostram as características peculiares de cuidadores idosos, que merecem atenção específica e qualificada. Os cuidadores cônjuges, devido às características apresentadas, podem se beneficiar mais de intervenções que diminuam as demandas do cuidado e que melhorem a saúde física e o suporte informal, pois poderão exercer melhor o papel de cuidadores e reduzir seu sofrimento psicológico (PINQUART; SORENSEN, 2011).

Autores como Given, Sherwood, Given (2008) e Portella (2010) mencionam que as principais necessidades do cuidador estão relacionadas à tarefa do cuidar em si, já que os mesmos apresentam menor habilidade para focar na solução de problemas, para planejar, organizar e gerenciar o cuidado do outro e de si próprios, pois apesar de saberem que o cuidado afeta sua vida, eles não conseguem reconhecer seus limites e acabam sendo prejudicados pelo ato de cuidar. Além disso, destacam que para conhecer as reais necessidades destes cuidadores, é preciso considerar que, muitas vezes, elas não são comunicadas por eles e, assim, é necessário que os profissionais possuam habilidades de comunicação efetiva e ajudem os cuidadores a desenvolvê-las.

Com relação a estratégias de atenção ao idoso cuidador, CAOT (2010) recomenda a educação dos profissionais de saúde, o rastreamento e monitoramento das condições de saúde física e psicossocial, o desenvolvimento de serviços de suporte e promoção da saúde, bem como o investimento em políticas públicas voltadas a esse grupo.

Portanto, para fornecer atenção integral ao cuidador de idosos, é preciso traçar seu perfil e diagnosticar suas necessidades e conhecimentos. A literatura aponta que existem diferenças características entre os cuidadores de idosos, indicando a necessidade de avaliações nos grupos específicos, para que os resultados possam subsidiar intervenções mais eficazes (DUCHARME et al., 2006; LIMA et al., 2008; NOEL-MILLER, 2011; PINQUART; SORENSEN, 2011; WOLFF; KASPER, 2006). No presente estudo, optou-se por avaliar os idosos cuidadores, por ser um grupo ainda pouco explorado na literatura nacional e, além disso, serão consideradas as características desses cuidadores nas avaliações.

2.4 A sobrecarga do cuidador

Há momentos em que o cuidador de idosos sente-se angustiado por não saber como lidar com algumas situações decorrentes do processo de envelhecimento ou da doença do idoso, entre outras, o que pode gerar maior sobrecarga e estresse. A possível falta de conhecimentos do cuidador idoso em relação à fase da vida em que ele próprio e o indivíduo de quem cuida se encontram, pode contribuir para aumentar o estresse no ambiente domiciliar (NERI, 2006, 2008; SANTOS, 2010).

O impacto de cuidar de um indivíduo dependente é frequentemente descrito como *burden*, *burdensome*, ou *burnout*, sendo o primeiro termo o mais utilizado no âmbito do cuidado informal, e o último mais relacionado aos trabalhadores formais.

Os autores pioneiros em descrever o conceito de *burden* foram Zarit, Reever e Bach-Peterson (1980), relacionando-o a problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros; associados tanto a fatores subjetivos como objetivos da atividade de cuidar. É considerado um conceito multidimensional, pois envolve diversos aspectos da rotina e dinâmica de cuidar (BASTAWROUS, 2013; SOARES; MUNARI, 2007).

O termo *burden*, traduzido para o português como sobrecarga, é frequentemente utilizado para descrever aspectos negativos do cuidado, afeta significativamente a vida de quem cuida, e pode ser caracterizado por sentimentos de preocupação e culpa e por efeitos negativos nas interações sociais e familiares (ACTON; KANG, 2001; BASTAWROUS, 2013; CELESTINO, 2009; ROSE; MALLINSON; GERSON, 2006).

Quando está relacionada à tarefa do cuidar, a sobrecarga é definida como a quantidade ou qualidade da demanda que vão além da capacidade de desempenho do cuidador, seja por falta de tempo ou de preparo, e a pressão e responsabilidade oriundas dessa demanda ocasionam exaustão, despersonalização e ineficácia no desempenho do papel de cuidador (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001).

Para o presente estudo, optou-se por utilizar o termo sobrecarga, equivalente a *burden*, por estar mais relacionado ao cuidado informal e ser amplamente utilizado na literatura.

A sobrecarga apresentada pelos cuidadores possui aspectos subjetivos e objetivos. A sobrecarga objetiva se refere aos problemas ou dificuldades que podem ser observados no cotidiano do cuidado, tais como as dificuldades financeiras, problemas de saúde, mudanças na rotina, problemas relacionados à vida profissional, diminuição da vida social, entre outros (ACTON; KANG, 2001; BANDEIRA; CALVAZARA; VARELLA, 2005; FIGUEIREDO; SOUSA, 2008; GRATÃO, 2010; SOARES; MUNARI, 2007). Já a subjetiva, é a sobrecarga percebida pelo cuidador, ou seja, como ele vê o efeito das dificuldades na sua própria vida, as reações emocionais, sentimentos e atitudes diante do cuidado (ACTON; KANG, 2001; FIGUEIREDO; SOUSA, 2008; GRATÃO, 2010; SOARES; MUNARI, 2007; ZARIT; REEVER; BACH-PETERSON, 1980). É a maneira como o cuidador vivencia as exigências do cuidado, não determinadas exclusivamente pelas condições objetivas do mesmo, mas como eles próprios sentem essa sobrecarga (FIGUEIREDO; SOUSA, 2008).

Os sintomas mais comuns resultantes da sobrecarga podem ser tanto físicos quanto psicológicos ou emocionais, sendo eles: fadiga constante, distúrbios do sono, dores

musculares, cefaleias, perda de atenção e concentração, impaciência, ansiedade, depressão, irritabilidade, agressividade, tensão constante, entre outros (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; ZARIT; REEVER; BACH-PETERSON, 1980).

No presente estudo, a sobrecarga ou *burden* abrange tanto os aspectos subjetivos como os objetivos, de idosos que cuidam de idosos que moram na mesma casa. A definição utilizada está de acordo com outros estudos realizados com cuidadores na comunidade (GRATÃO, 2010; ROSE; MALLINSON; GERSON, 2006; SOARES; MUNARI, 2007).

Avaliar a sobrecarga em cuidadores de idosos é importante, pois pode revelar o quanto além de sua capacidade de cuidado está o cuidador, e desse modo direcionar o planejamento de intervenções no âmbito domiciliar.

Para avaliar a sobrecarga de cuidadores, um dos instrumentos mais utilizados mundialmente é a *Zarit Caregiver Burden Interview* (ZBI), desenvolvida em 1980 com 29 itens para avaliar o impacto percebido do ato de cuidar sobre a saúde física e emocional, atividades sociais e condição financeira do cuidador (ZARIT; REEVER; BACH-PETERSON, 1980). A ZBI foi reformulada em 1985 e passou a ter 22 itens, respondidos em uma escala de *Likert* de quatro pontos (ZARIT; ORR; ZARIT, 1985). A escala original apresentou índices de confiabilidade considerados excelentes (coeficiente intra-classes = 0,71 e alfa de Cronbach = 0,91). Pode ser usada em estudos transversais e longitudinais, e o tempo de referência para resposta das questões depende dos objetivos do estudo (SCAZUFCA, 2002).

A escala foi traduzida e validada para diversos idiomas e países, como por exemplo, a versão turca (OZER; YURTTAS; AKYIL, 2012), a versão alemã validada para cônjuges de idosos com demência (BRAUN et al., 2010), a chinesa (WANG et al., 2008), a japonesa (ARAI et al., 1997), a versão em espanhol (MARTÍN et al., 1996; CERRATO et al., 1998) e a validada para cuidadores de doentes em cuidados paliativos domiciliares de Portugal (FERREIRA et al., 2010). Foram criadas e validadas, também versões reduzidas da escala, como a colombiana reduzida (LOPERA et al., 2012), as versões hebraicas abreviadas (BACHNER et al., 2011; IECOVICH, 2012), a chilena que possui versões normal e reduzida (BREINBAUER et al., 2009), entre outras.

No Brasil, a ZBI foi traduzida para o português e validada por Scazufca (2002) obtendo consistência interna considerada satisfatória (alfa de Cronbach = 0,87) e similar aos resultados encontrados com o instrumento original, podendo ser usada na avaliação do impacto de doenças mentais e físicas nos cuidadores. Taub, Andreoli e Bertolucci (2004) verificaram a confiabilidade da versão brasileira da ZBI em cuidadores de idosos com demência, e foi encontrado um coeficiente de correlação intra-classes de 0,88 e o alfa de

Cronbach de 0,77 no teste e 0,80 no reteste, mostrando ser um instrumento confiável como medida de sobrecarga em cuidadores.

Apesar da pontuação não ser diferenciada para cada aspecto, a escala avalia tanto os aspectos subjetivos como objetivos da sobrecarga em cuidadores (SCAZUFCA, 2002). Os aspectos objetivos são avaliados por alguns itens que refletem o cuidado prestado, a limitação social, vergonha, irritação, tensão, entre outros. Os subjetivos são avaliados pela expectativa do cuidador em relação ao cuidado.

A ZBI possui 22 itens e pontuações que variam de zero a quatro pontos para cada item. O escore geral é dado pela soma das respostas, que gera um resultado entre zero e 88 pontos. A autora que traduziu a escala para o português não sugere pontos de corte nem classificação de sobrecarga baseada em escores, apenas a avaliação de que quanto maior o escore, maior o índice de sobrecarga percebida pelo cuidador (SCAZUFCA, 2002).

Os autores originais da escala indicaram em publicação posterior à criação da mesma, os seguintes escores: de 61 a 88 pontos sobrecarga severa, de 41 a 60 sobrecarga de moderada a severa, de 21 a 40 sobrecarga moderada e de 0 a 20 pontos ausência de sobrecarga ou sobrecarga pequena (ZARIT; ZARIT, 1987). Essa pontuação foi recomendada nos “*Guidelines for managing Alzheimer’s Disease: Part I. Assessment*”, em que foi destacada a importância da avaliação da sobrecarga do cuidador e citada a ZBI como instrumento amplamente utilizado (CUMMINGS et al., 2002). O uso desses escores de pontuação também é encontrado em publicações nacionais (CARVALHO, 2010; DIEL et al., 2010; GRATÃO, 2010; LENARDT et al., 2011; LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006; STORTI, 2014).

Alguns autores sugeriram o ponto de corte de 24 a 26 pontos para identificar cuidadores com sobrecarga e consequentemente vulneráveis a apresentar depressão (SCHREINER et al., 2006), e também é citada na literatura a pontuação maior que 29 pontos como nota de corte para indicar presença de sobrecarga (TAMANINI et al., 2011). Em outros idiomas, principalmente na versão em espanhol da escala, é considerada a pontuação de cada item de um a cinco pontos, resultando em um escore total de 22-110 pontos, com os seguintes pontos de corte: 22-46 ausência de sobrecarga, 47-55 ligeira sobrecarga e 56-110 intensa sobrecarga (BREINBAUER et al., 2009; GORT et al., 2007; MARTÍN et al., 1996). A esse respeito, Álvarez, González e Muñoz (2008), publicaram uma nota sobre a dificuldade da comparação de resultados entre os diversos estudos, bem como da possibilidade de interpretações errôneas da pontuação caso o autor do estudo não cite que está usando uma pontuação diferenciada.

Estudos com meta-análises abordam o amplo uso da ZBI na avaliação da sobrecarga em cuidadores. Na meta-análise já citada anteriormente, realizada por Pinquart e Sorensen (2011), que avaliou 168 estudos, verificou-se que a medida mais utilizada para avaliar a sobrecarga de cuidadores foi a ZBI, com aplicação em 17 estudos; e para avaliar o estresse, a *Perceived Stress Scale* (PSS), citada em cinco estudos, sendo que as outras escalas utilizadas foram a “*Caregiver Strain Index*”, em seis artigos e no restante (56 estudos), foram utilizadas escalas diversas. Os mesmos autores conduziram outra meta-análise para avaliar diferenças de gênero entre cuidadores de idosos em relação a estressores, recursos sociais, e saúde e analisaram 229 estudos, sendo que para a avaliação da sobrecarga, 43 estudos utilizaram a ZBI (PINQUART; SORENSEN, 2006).

Em outra meta-análise que buscou avaliar intervenções utilizadas para reduzir a sobrecarga de cuidadores de pessoas com demência, foram analisados 24 estudos e em 18 deles, a ZBI foi a escala eleita para avaliar o desfecho da intervenção. Os resultados mostraram que no geral as intervenções desenvolvidas para reduzir a sobrecarga de cuidadores não reduzem a mesma, com exceção das intervenções com multicomponentes, que combinam várias estratégias como suporte, educação e aconselhamento (ACTON; KANG, 2001).

Estudos internacionais utilizaram a ZBI para avaliar cuidadores de idosos dependentes da Colômbia (OCAMPO et al., 2007), do Chile (ARAVENA; ALVARADO, 2010), do México (DOMÍNGUEZ-SOSA et al., 2010), da Espanha (LÓPEZ; CRESPO; ZARIT, 2007; ORUETA-SÁNCHEZ et al., 2011; VÁZQUEZ-SÁNCHEZ et al., 2012), da China (HO et al., 2009), de Portugal (RICARTE, 2009); além de cuidadores de pessoas dependentes na Espanha (PALACIOS et al., 2011), de idosos que vivem na comunidade da Coreia (KIM et al., 2006) e pessoas com doença mental da Nigéria (ADEWUYA; OWOEYE; ERINFOLAMI, 2011). No geral, esses estudos mostram que os cuidadores de idosos possuem sobrecarga mais intensa, que varia muito de acordo com o grau de dependência e com a doença que o idoso dependente de cuidados possui. Alguns estudos reportaram sobrecarga leve (KIM et al., 2006; OCAMPO et al., 2007) e em outros apesar de não ter sido citada a média de sobrecarga dos cuidadores, mostram que houve associação entre a sobrecarga do cuidador e a saúde física e psicológica do mesmo (HO et al., 2009; PALACIOS et al., 2011).

Cuidadores de pessoas com demência estão entre os mais estudados no cenário internacional, como os cuidadores de pacientes com diagnóstico de Doença de Alzheimer (DA) da Suécia, Espanha, Reino Unido e EUA (BERGVALL et al., 2011), de pessoas com Doença de Parkinson da Inglaterra (LEROI et al., 2012), de idosos com e sem demência que

vivem na comunidade no Japão (HIRAKAWA et al., 2008), de idosos com demência e depressão da Argentina (MACHNICKI et al., 2009) e cuidadores idosos que cuidam de outros idosos com DA, residentes na comunidade no Japão (HIRANO et al., 2011a, 2011b); que no geral, reportaram moderada sobrecarga de acordo com a avaliação realizada pela ZBI.

Os cônjuges de pacientes com DA também foram investigados em estudo nos EUA (WILLIAMS, 2011) que identificou que quanto maior a satisfação dos cônjuges cuidadores com o casamento menor é a sobrecarga dos mesmos; na Holanda (SCHOLZEL-DORENBOS et al., 2009) que reportou relação inversa entre a qualidade de vida e a sobrecarga do cuidador; e em um estudo conduzido em 14 países da Europa (SCHNEIDER et al., 1999), que mostrou sobrecarga moderada do cônjuge.

No Brasil também se destacam pesquisas que avaliaram a sobrecarga dos cuidadores de idosos com demência utilizando a ZBI.

Garrido e Menezes (2004) avaliaram a sobrecarga em 49 cuidadores informais de idosos com demência de um serviço ambulatorial de São Paulo-SP, associando-a com características sociodemográficas e de saúde dos idosos e cuidadores, funcionalidade, cognição e sintomas comportamentais do idoso, e sintomas psiquiátricos do cuidador; identificando moderada sobrecarga nos cuidadores, sendo a maior sobrecarga relacionada ao déficit cognitivo e funcional e ao fato de ser da família do idoso cuidado.

Borges, Albuquerque, Garcia (2009) avaliaram a sobrecarga de 28 cuidadores de idosos com DA de Goiânia-GO e correlacionaram com os resultados da avaliação da capacidade funcional, cognição e mobilidade dos idosos, encontrando correlação entre sobrecarga do cuidador e capacidade funcional do idoso. No estudo de Fialho et al. (2009) foram avaliados 83 cuidadores familiares de idosos com demência e atendidos em um Ambulatório de Neurologia de Belo Horizonte-MG, utilizando-se a ZBI e o Inventário Neuropsiquiátrico e foi encontrada correlação positiva entre essas duas escalas. Em um ambulatório de Geriatria e Demência de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista, Storti (2014) avaliou 96 cuidadores familiares de idosos com DA ou Demência Mista utilizando o Inventário Neuropsiquiátrico e a ZBI, e encontrou correlação positiva moderada entre a presença de sintomas neuropsiquiátricos no idoso e a sobrecarga do cuidador.

Em outra investigação com 48 participantes de um grupo de apoio a familiares de pessoas com DA de Porto Alegre-RS, sendo que 21 eram cuidadores de idosos com demência e tiveram a sobrecarga avaliada e, a maioria foi classificada com sobrecarga moderada (DIEL et al., 2010). Cuidadores de idosos com demência (n=137) do Rio de Janeiro-RJ foram avaliados para identificar quais características sociodemográficas e clínicas dos idosos com

demência e dos próprios cuidadores poderiam influenciar na sobrecarga e na autopercepção de saúde, e observou-se a presença de moderada sobrecarga que se associou a pior saúde percebida pelo cuidador e com maior grau de demência do idoso (VALENTE et al., 2011).

Lenardt et al. (2011) avaliaram a condição de saúde, a satisfação com a vida e a sobrecarga de 208 cuidadores familiares de idosos com DA atendidos em um Centro de Referência de Atendimento em DA na cidade de Curitiba-PR, apontando que a sobrecarga dos cuidadores foi moderada e apresentou relação inversa com o bem-estar subjetivo e relação direta com a idade do cuidador e com o número de doença do idoso dependente de cuidados.

Como citado, a ZBI é amplamente utilizada para avaliar a sobrecarga de cuidadores de idosos com demência, sendo que a maioria dos estudos citados revelou que os cuidadores apresentaram moderada sobrecarga relacionada ao cuidado. Porém, deve-se ter cautela ao generalizar esses resultados para cuidadores de idosos com outras patologias (FIGUEIREDO; SOUSA, 2008).

Outras investigações brasileiras utilizaram a ZBI em amostras de cuidadores com diferentes características. Um estudo com o objetivo de descrever e examinar as características associadas à sobrecarga de 82 cuidadores de idosos com depressão, tratados em duas clínicas de saúde mental da cidade de São Paulo-SP, encontrou associação com a severidade da depressão e as dificuldades nas AVDs do idoso; ser do sexo feminino e ser filho como fatores associados à maior sobrecarga (SCAZUFCA; MENEZES; ALMEIDA, 2002).

Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008) em um estudo com 66 cuidadores familiares de pacientes com dependência, atendidos pela ESF da subprefeitura da cidade de Ademar em São Paulo-SP, com o objetivo de avaliar as características sociodemográficas, a condição de saúde, a sobrecarga e a percepção subjetiva de qualidade de vida dos cuidadores, identificaram associação entre a sobrecarga do cuidador e a qualidade de vida. Os mesmos autores, em outro estudo, utilizando a mesma amostra, com o objetivo de verificar a relação entre os dados objetivos relacionados à rede e ao apoio social e a sobrecarga, encontraram que quanto maior a sobrecarga menor a pontuação no domínio relacionamento social da qualidade de vida e que o cuidador que recebe ajuda para cuidar tem maior pontuação nesse domínio (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011).

Na cidade de Ribeirão Preto-SP, foram avaliados 574 idosos com relação à capacidade funcional, sendo que destes, 124 necessitavam de um cuidador, o qual teve sua sobrecarga avaliada e correlacionada significativamente à funcionalidade do idoso (GRATÃO et al., 2013).

Sabe-se que cuidadores mais velhos podem se sentir mais sobrecarregados, pois têm medo do que pode acontecer no futuro com a pessoa que é cuidada caso eles faleçam primeiro, além do fato de também irem apresentando maior dependência e cansaço com o aumento da idade (ROSE; MALLINSON; GERSON, 2006). Porém, alguns estudos apontam uma tendência de um processo adaptativo do cuidador, sendo que a sobrecarga poderia diminuir com o passar do tempo (CASSIS et al., 2007; GRATÃO et al., 2013).

Estudos realizados com cuidadores de pessoas dependentes na França (BUYCK et al., 2011) e de idosos dependentes americanos (CLARK; DIAMOND, 2010) encontraram que os sintomas depressivos nos cuidadores são mediados pela sobrecarga, ou seja, quanto maior a sobrecarga (avaliada pela ZBI em ambos os estudos), maior a chance de o cuidador apresentar sintomas depressivos.

Além disso, evidenciou-se que cuidadores de pessoas dependentes na França com menor grau de sobrecarga apresentam melhor saúde percebida e menos sintomas depressivos quando comparados a um grupo de não cuidadores (BUYCK et al., 2011); e cuidadores americanos com pouca ou nenhuma tensão apresentaram melhor desempenho nas questões sobre saúde física e mental, além de mais contato social do que os não cuidadores (ROTH et al., 2009). Nota-se que, cuidadores com menor grau de sobrecarga, podem apresentar resultados positivos relacionados à sua saúde. Consequentemente, intervenções focadas em diminuir ou evitar a sobrecarga relacionada ao cuidado são recomendadas.

Além disso, de acordo com uma meta-análise que avaliou 229 estudos conduzidos com cuidadores informais de idosos, há evidências de que as cuidadoras mulheres apresentam níveis mais altos de sobrecarga do que os homens (PINQUART; SORENSEN, 2006). Os altos índices de sobrecarga do cuidador também podem estar relacionados ao aumento da gravidade dos sintomas e à dependência do paciente, bem como ao baixo nível de suporte social e ao aumento do sentimento de culpa do cuidador (GRATÃO et al., 2013; ROSE; MALLINSON; GERSON, 2006).

Assim o presente estudo visa contribuir com a literatura relacionada à avaliação da sobrecarga do idoso cuidador.

2.5 O estresse percebido

Outro aspecto relevante e relacionado à atividade de cuidar diz respeito ao estresse, que pode ser considerado precursor de algumas doenças e é pouco investigado em idosos (LUFT et al., 2007a).

O significado da palavra estresse é pressão, que não é necessariamente algo ruim, mas comumente o termo remete a situações desagradáveis (NERI, 2006). A resposta do corpo ao estresse é gerada pela força que um agente estressor ou uma situação estressante provocam no receptor, sendo essa resposta geral e inespecífica (LUFT, 2007a).

Assim, o termo estresse remete a um estado gerado pela percepção de estímulos que levam à excitação emocional e alteram a homeostasia corporal, provocando um processo de adaptação do organismo. Quando as demandas superam a capacidade adaptativa do organismo, originam-se distúrbios fisiológicos e psicológicos que podem elevar o risco para doenças (COHEN; KESSLER; GORDON, 1995; MARGIS et al., 2003).

As situações estressantes ou estressores podem ser de três tipos: eventos estressores da vida, como a morte de um ente querido; acontecimentos diários menores como perder as coisas e aguardar em filas; e situações de tensão crônica, que geram estresse intenso e persistente, como problemas de relacionamento duradouros (MARGIS et al., 2003).

São considerados estressores na vida de uma pessoa idosa a aposentadoria, a viuvez, as mudanças de papéis sociais, o fato de cuidar de outra pessoa doente, entre outros. Porém, não basta somente investigar esses fatores, é importante verificar como o idoso percebe os estressores, buscando conhecer como ele é afetado pelos mesmos, o chamado “estresse percebido” (LUFT et al., 2007a).

De acordo com o modelo proposto por Cohen, Kessler e Gordon (1995) e descrito abaixo, há uma integração de fatores ambientais, psicológicos e biológicos no mecanismo do estresse.

O mecanismo de estresse se inicia quando a pessoa se depara com um agente estressor e o avalia como tal, enviando mensagens para o encéfalo, local onde acontecem as reações. Existem duas vias de ação, uma rápida, que vai liberar adrenalina para uma reação momentânea que demande energia; e uma lenta, ativada de minutos a horas depois, que libera cortisol, preparando o corpo para a restauração de tecidos e células após o gasto energético. Porém, atualmente, as situações estressantes não necessitam de uma ação física do corpo para a qual ele é preparado e devido a esse desequilíbrio começam a aparecer os problemas. O

indivíduo vai então avaliar as demandas da situação e sua capacidade de adaptação às mesmas. Quando essa avaliação é benigna e a situação consegue ser controlada, o corpo volta à homeostasia. Caso contrário, a pessoa possui altos níveis de estresse percebido, que geram respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais negativas (COHEN; KESSLER; GORDON, 1995).

Se o nível de estresse se mantiver alto por muito tempo e a ativação fisiológica for frequente e duradoura, há um esgotamento dos recursos para lidar com a situação e o cortisol permanece circulante, causando vários danos à saúde como aumento da glicose e triglicerídeos sanguíneos, aumento da pressão arterial, dificuldade no funcionamento das células T e danos no hipocampo, podendo gerar problemas na memória, entre outros transtornos psicofisiológicos (COHEN; KESSLER; GORDON, 1995; LUFT, 2007a; MARGIS et al., 2003; TAFARO et al., 2009).

Além disso, pessoas com altos níveis de estresse percebido tendem a se engajar menos em práticas saudáveis e cumprir com menor rigorosidade (ou não cumprir) as prescrições médicas (COHEN; KESSLER; GORDON, 1995).

Assim, a resposta a um estressor depende tanto das características pessoais quanto das demandas do meio, e pode ser suficiente para que o indivíduo consiga lidar com a situação ou não, e é nesse caso que surgem as manifestações patológicas diversas.

Sabe-se que a resposta do cortisol ao estresse aumenta com o processo de envelhecimento humano, o que pode estar associado a diversas doenças relacionadas à idade; e que é maior em mulheres do que em homens (OTTE et al., 2005). Além disso, o estresse é considerado um dos principais fatores que acelera o relógio biológico e é responsável pela heterogeneidade do envelhecimento (TAFARO et al., 2009).

Segundo Cohen e Williamson (1988) existem três formas de se medir o estresse: a presença de agentes estressores específicos, a presença de sintomas físicos e psicológicos e a autopercepção individual global.

Até o início da década de 80, muitas escalas eram utilizadas para avaliar o estresse relacionado a eventos específicos que aconteciam na vida de uma pessoa, tais como a aposentadoria, os problemas de saúde, as perdas, entre outros, o que configurava desvantagens, tais como o fato de não ser possível avaliar o estresse recorrente de circunstâncias comuns da vida, o decorrente de acontecimentos na vida de familiares ou amigos próximos, o relacionado a eventos futuros e o referente a outros eventos que não eram listados na escala (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983).

Nesse sentido, Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) propuseram a *Perceived Stress Scale* (PSS) para medir o grau em que as pessoas avaliam as situações gerais da vida atual como estressantes. Ela possibilita a avaliação do estresse percebido, uma vez que verifica o caráter imprevisível, incontrolado ou excessivo das situações na vida das pessoas, sendo estes três fatores centrais na experiência do estresse.

Segundo os autores que desenvolveram a PSS, ela pode ser usada tanto para determinar o estresse percebido como um fator etiológico ou de risco para distúrbios comportamentais ou doenças; para olhar mais de perto o processo pelo qual vários moderadores da relação estressor/patologia funcionam; e também como uma variável de desfecho, avaliando o estresse experienciado pelas pessoas em função de eventos estressantes objetivos, fatores de personalidade, entre outros (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983; COHEN; WILLIAMSON, 1988).

Assim, vivenciar o cuidado de um idoso dependente pode ser um fator de risco para doenças caso o cuidador perceba essa situação como ameaçadora ou estressante; o que interfere na vida do mesmo, pois normalmente há poucos recursos para lidar com esse desafio, demonstrando a importância da avaliação do estresse em cuidadores.

A PSS foi desenvolvida com 14 itens e testada em dois grupos de estudantes universitários e um grupo de pessoas participantes de um programa para parar de fumar, e a consistência interna encontrada para as três amostras foi de 0,84; 0,85 e 0,96; respectivamente (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983). Posteriormente, foi publicada uma avaliação de 2387 americanos utilizando a PSS, e o alfa de Cronbach foi de 0,75 (COHEN; WILLIAMSON, 1988).

É uma escala geral, que não possui questões específicas de contexto ou direcionadas a subgrupos populacionais, e por isso pode ser aplicada em qualquer população (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983; COHEN; WILLIAMSON, 1988).

A PSS possui também versões de 10 e 4 questões, sendo a última utilizada para pesquisas por telefone. É uma escala de fácil aplicação, entendimento e pontuação. Para cada item, as respostas vão de “nunca” a “sempre” (zero a quatro pontos), sendo que alguns deles possuem conotação positiva e devem ter a pontuação invertida para cálculo do escore final, que resulta uma pontuação de zero a 56 pontos, e quanto maior a pontuação, maior o estresse percebido pelo respondente. Os autores originais da PSS, bem como os da versão em português não recomendam o enquadramento de escores em categorias, portanto não sugerem pontos de corte (COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983; LUFT et al., 2007a).

A escala foi traduzida para vários idiomas e validada em diversos países, como por exemplo, Arábia (ALMADI et al., 2012), China (LEUNG; LAM; CHAN, 2010; WANG et al., 2011), Colômbia (CAMPO-ARIAS; BUSTOS-LEITON; ROMERO-CHAPARRO, 2009), Grécia (ANDREOU et al., 2011), Hungria (STAUDER; KONKOLY THEGE, 2006), Japão (MIMURA; GRIFFITHS, 2004), México (RAMÍREZ; HERNÁNDEZ, 2007), Portugal (TRIGO et al., 2010), a versão em espanhol europeu (REMOR, 2006) e para uma amostra de pacientes psiquiátricos do Canadá (HEWITT; FLETT; MOSHER, 1992).

Também foi validada uma versão da PSS-10, em português do Brasil, para ser aplicada na população geral, a qual apresentou alfa de Cronbach de 0,87 quando aplicada em uma amostra de 793 professores universitários (REIS; HINO; RODRIGUEZ-AÑEZ, 2010). Essa mesma versão teve sua dimensionalidade avaliada em uma amostra de professores (n=517), obtendo alfa de Cronbach de 0,80 e foi analisada como válida para o contexto brasileiro (MACHADO et al., 2014).

Porém, considerando a importância da avaliação do estresse em idosos e a falta de instrumentos traduzidos e validados para este fim no Brasil, Luft et al. (2007a) realizaram a tradução e validação para o português especificamente para idosos brasileiros, sendo denominada Escala de Estresse Percebido.

Os autores da versão traduzida e validada realizaram modificações e a testaram em um grupo de idosos, avaliando também as diferenças entre as versões de 14 questões (PSS-14) e de 10 questões (PSS-10), que não possui os itens 4, 5, 12 e 13 (LUFT et al., 2007a).

As duas versões brasileiras da escala apresentaram resultados satisfatórios, mostrando-se válidas quanto à clareza, com boa confiabilidade e validade de construto. A PSS-10 apresentou consistência interna discretamente superior a PSS-14 (alfa de Cronbach de 0,83 e 0,82, respectivamente), além de melhor adequação fatorial. Porém, a PSS-14 foi mais eficaz para detecção de diferenças entre grupos (LUFT et al., 2007a), e por isso foi eleita para ser utilizada no presente estudo.

Estudos internacionais frequentemente utilizam a PSS para avaliar o estresse da população. Em um estudo com 2387 adultos americanos, com média de idade de 42,8 anos, foi encontrada associação entre maiores escores na PSS e o sexo feminino, a menor idade, ser divorciado/separado, ter menor nível educacional e menor renda familiar, morar com mais pessoas na mesma casa (principalmente crianças) e ser desempregado ou impossibilitado de trabalhar (COHEN; WILLIAMSON, 1988). Essa mesma amostra foi comparada com outras duas constituídas por 2000 adultos americanos cada uma, em 2006 e 2009, e foi encontrado que a distribuição do estresse percebido manteve-se semelhante nas três amostras, sendo que

as mulheres apresentaram níveis mais elevados de estresse, e o mesmo diminuiu com o aumento da idade, nível educacional e renda familiar. Também foi encontrado que com a crise econômica dos EUA em 2008/2009, os indivíduos com mais tempo de estudo, idade entre 45-64 anos e empregados com dedicação total, apresentaram um aumento significativo dos níveis de estresse quando comparados com o grupo com as mesmas características no ano de 2006 (COHEN; JANICKI-DEVERTS, 2012).

Já entre os idosos, podem ser citados os estudos de Vondras et al. (2005), que avaliou o impacto do estresse na memória episódica de adultos jovens, de meia idade e idosos dos EUA, e identificou que o estresse pode exacerbar um declínio de memória normal relacionado à idade em testes de memória que requerem mais recursos executivos, processamento integrado e elaboração; o de Peters et al. (2010) que avaliou a relação entre estresse e exposição ao chumbo nos escores da cognição de 811 idosos homens americanos e concluiu que o estresse pode modificar a relação existente entre idade e cognição; e o de Trouillet et al. (2011) que explorou a relação entre os recursos de enfrentamento emocional e de problemas, a cognição e o estresse percebido com o envelhecimento em 137 adultos e idosos da França, e assinalou que a idade prediz somente o enfrentamento focado nos problemas e o estresse percebido prediz o enfrentamento emocional.

Com relação aos cuidadores, um estudo conduzido com 159 casais americanos em que um deles havia sofrido um AVC, e que foram avaliados no momento da alta hospitalar e a cada três meses até completar um ano após a alta. Foram aplicadas escalas de estresse percebido, mutualidade do casal, autoavaliação da saúde, independência funcional, apoio social, enfrentamento e preparação para cuidar, sendo algumas aplicadas tanto para os cuidadores quanto para os pacientes e outras somente para um grupo. Encontrou-se que os valores de estresse percebido do paciente que sofreu AVC e do seu cônjuge cuidador estão correlacionados e diminuíram após 12 meses da alta hospitalar, porém em todas as avaliações foram maiores para os cuidadores. Outro dado importante foi que entre os cuidadores que foram avaliados como mais preparados para cuidar, os homens e os mais velhos apresentaram menores níveis de estresse nos 12 meses (OSTWALD et al., 2009).

Com o objetivo de avaliar 29 cuidadores de idosos com demência antes e após a participação em um grupo de cuidadores para informações e discussões sobre a doença, foi identificado que os níveis de estresse percebido diminuíram significativamente após o término da intervenção (JAVADPOUR; AHMADZADEH; BAHREDAR, 2008).

Schwarz e Dunphy (2003) avaliaram 76 cuidadores familiares de idosos com insuficiência cardíaca vivendo na comunidade, para tanto foi utilizada a PSS, a obtenção de

níveis de cortisol na saliva, escalas de depressão e de suporte social. Evidenciou-se que, o estresse percebido esteve relacionado ao suporte social e à depressão, e a PSS foi avaliada como válida e confiável para medir o estresse percebido em cuidadores de idosos.

Outro estudo apontou que idosos do sexo masculino, que cuidam do cônjuge com dificuldade para realizar as AVDs tendem a experienciar menos estressores do que as cuidadoras do sexo feminino (BOOKWALA; SCHULZ, 2000).

Fredman et al. (2010), obtiveram que, cuidadoras idosas que cuidavam de um idoso com dificuldade para as AVDs e apresentaram altos níveis de estresse percebido no início do estudo tiveram mais chance de morrer nos próximos três anos do que as com baixos níveis de estresse, o que também foi encontrado em idosas que não eram cuidadoras, destacando o fato de que ser estressado, mais do que ser ou não cuidador, aumenta o risco de mortalidade em mulheres idosas, o que contribui para mostrar a importância de se avaliar o estresse em idosos. Nessa mesma amostra, as idosas, cuidadoras ou não, com alto nível de afeto positivo, apresentaram taxas menores de estresse percebido do que as com baixo nível; além disso, as idosas com sintomas depressivos apresentaram os maiores níveis de estresse (PARK-LEE et al., 2009).

Em um estudo que avaliou, entre outras variáveis, a sobrecarga utilizando a ZBI e o estresse a PSS em cuidadores de pessoas com DA, foi encontrada relação entre essas duas variáveis, sendo que quanto maior a sobrecarga maior o estresse percebido e vice-versa (MÉNDEZ et al., 2010).

No Brasil, alguns estudos foram conduzidos para avaliar o estresse de idosos. Luft (2007) aplicou a PSS versão em português para idosos, em 80 idosas de Florianópolis-SC (média 69,5 anos) e encontrou que maiores níveis de estresse percebido estão relacionados à pior capacidade cognitiva, dificuldade para dormir, pior autoavaliação da saúde e da memória, menor capacidade de solucionar problemas, pior memória em relação há 10 anos e maior frequência de esquecimento.

Cardoso (2009) utilizou a PSS para avaliar o estresse e sua relação com as características sociodemográficas, condições de saúde, apoio familiar, funcionalidade familiar e rede social, de 55 idosos participantes de um programa de atividades físicas e 25 idosos não participantes, sendo que os maiores níveis de estresse foram encontrados nos idosos do sexo feminino, com menor rede e apoio social do grupo participante, e para idosos com pior funcionalidade familiar e apoio social do grupo não participante.

Outra investigação comparou dois grupos idosos, praticantes (n=84) e não praticantes (n=103) de atividades físicas, que frequentavam uma Universidade da Terceira Idade no

estado do Paraná com relação ao estresse percebido avaliado pela PSS-14; encontrou-se que os idosos que praticavam atividades físicas tinham uma razão de prevalência de 51,0% para apresentar baixos níveis de estresse percebido quando comparados aos que não praticavam (NASCIMENTO JÚNIOR; CAPELARI; VIEIRA, 2012). Idosos praticantes de atividades físicas (n=90) de Florianópolis-SC, também foram avaliados por meio da PSS, sendo identificados maiores níveis de estresse em idosos com maior número de doenças, pior percepção subjetiva da saúde e com depressão e osteoporose (CONCEIÇÃO et al., 2012).

Também foi avaliado o estresse percebido, por meio da PSS-10, de 90 idosos que sofreram AVC e constatado no modelo múltiplo, que os níveis de estresse estavam associados à independência funcional e a presença de sintomas depressivos nos idosos (SANTOS, 2012).

Assim, a avaliação do estresse percebido em idosos que cuidam configura-se como importante, pois os altos níveis podem estar associados ao desenvolvimento de doenças no cuidador, consequentemente interferindo na situação de cuidado.

2.6 Sintomas depressivos

Associado à sobrecarga e ao estresse, outro fator importante a ser considerado em idosos que são cuidadores é a presença de depressão ou sintomas depressivos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde é estimado que 350 milhões de pessoas no mundo todo tenham depressão, uma doença que, quando possui duração longa, sintomas severos e não é diagnosticada e tratada pode se tornar uma grave condição de saúde, prejudicar as atividades do dia a dia e até levar à morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2012).

Projeções indicam que a depressão pode se tornar a maior causa da carga de doenças em países desenvolvidos no ano de 2030, o que se torna preocupante já que ela contribui com os custos da saúde (RODDA, WALKER; CARTER, 2011).

O diagnóstico de depressão é feito pelo profissional médico e atualmente se baseia nos critérios estabelecidos pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V), sendo o diagnóstico mais comum o transtorno depressivo maior, caracterizado pela presença de pelo menos um dos seguintes sintomas todos os dias (ou praticamente todos) nas últimas duas semanas: humor deprimido e perda de interesse ou prazer. Adicionalmente, o paciente deve apresentar pelo menos mais três ou quatro (dependendo se reportou um ou dois dos anteriormente mencionados) dos sintomas que seguem: perda ou ganho de peso significativos,

aumento ou diminuição do apetite, insônia ou sono excessivo, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de culpa e inutilidade, habilidade diminuída de pensamento e concentração ou indecisão, e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida. Os sintomas podem ser autorrelatados ou constatados pela observação de terceiros. Devem causar prejuízo social, ocupacional ou de outra natureza e não serem atribuídos a efeitos de medicamentos ou de outras condições médicas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Um das maiores dificuldades enfrentadas com relação à depressão é que muitas vezes seus sintomas são confundidos com tristeza e desânimo decorrentes de eventos cotidianos, e as pessoas demoram a procurar o serviço de saúde para serem diagnosticadas e tratadas. Devido a isso, a identificação de sintomas depressivos pelos profissionais de saúde é relevante, e os mesmos devem estar capacitados para essa atividade.

A depressão acontece em decorrência da relação de diversos fatores psicológicos, biológicos, sociais, culturais, econômicos, familiares, entre outros; e pode ser desencadeada por algum acontecimento negativo como perda do cônjuge ou do emprego, ou ainda acontecer devido à soma de eventos traumáticos (BRASIL, 2007).

Os idosos, que vivem uma fase da vida em que há diminuição natural da funcionalidade e há a presença de doenças, quando apresentam associado a isso a depressão, podem sofrer consequências ainda mais graves que culminam no aumento da mortalidade (ALEXOPOULOS, 2005; RODDA; WALKER; CARTER, 2011). O ambiente em que o paciente vive pode tanto favorecer como evitar o desenvolvimento dos sintomas depressivos ou da depressão (ALEXOPOULOS, 2005).

Em revisão de literatura sobre os fatores de risco para depressão e ansiedade em idosos, conduzida entre 1995-2005 que avaliou 80 estudos, encontrou que para depressão os fatores de risco são: ser mulher, passar por um evento de vida estressante, histórico de psicopatologia, ter doenças crônicas, não ser casado, alguns traços de personalidade, baixo enfrentamento, baixa qualidade das relações sociais, pior saúde autopercebida e limitações funcionais (VINK; AARTSEN; SCHOEVERS, 2008).

Fatores como solidão, doenças, abandono e maus tratos, perda de familiares ou amigos e uso de medicamentos, comumente enfrentados pelos idosos também são fatores de risco para o aparecimento de sintomas depressivos (BRASIL, 2007). Portanto, é relevante a identificação e tratamento da depressão nessa parcela populacional.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica Nº 19 do MS, a prevalência de depressão entre os idosos no Brasil varia de 4,7% a 36,8%, dependendo da forma como é

avaliada e da severidade dos sintomas, sendo considerado um dos transtornos mais comuns no envelhecimento (BRASIL, 2007).

Os sintomas depressivos em idosos são heterogêneos, podendo estar dentro dos critérios para o diagnóstico do transtorno depressivo maior ou não atingirem os mesmos, mas serem clinicamente importantes por já causarem prejuízos para o idoso e as pessoas ao seu redor (RODDA; WALKER; CARTER, 2011). É fundamental que a tristeza e a depressão sejam diferenciadas, pois a detecção precoce pode evitar danos na vida do idoso, já que o prognóstico é pior quando o quadro inicial é mais grave e o tratamento inadequado (BRASIL, 2007). Os desfechos nos quadros depressivos em idosos são mais positivos quando os mesmos são identificados e tratados ainda na atenção primária (ALEXOPOULOS, 2005).

A *Geriatric Depression Scale* (GDS) é um dos instrumentos validados mais utilizados no mundo para rastreamento de sintomas depressivos em idosos. Foi construída em 1983 por Yesavage e colaboradores para suprir a demanda de um instrumento apropriado e de fácil entendimento para os idosos, mas que tivesse validade (YESAVAGE et al., 1983).

Foi inicialmente desenvolvida com 30 itens no formato “Sim” ou “Não”, sendo a pontuação de zero a 30 pontos. Apresentou alfa de Cronbach de 0,94 e validade quando comparada a outras duas escalas desenvolvidas para o mesmo fim, porém para serem aplicadas na população geral (YESAVAGE et al., 1983).

Posteriormente, em 1986, Sheikh e Yesavage, visando amenizar o cansaço provocado pelas questões, validaram a versão reduzida da escala, contendo 15 itens (SHEIKH; YESAVAGE, 1986). Versões com um, quatro, 10 e 20 itens foram criadas, tornando seu uso mais atrativo devido ao reduzido tempo para aplicá-la.

Uma revisão da literatura com o objetivo de avaliar a acurácia e utilização clínica da GDS-30 e 15 com idosos atendidos na atenção primária avaliou 17 estudos e concluiu que a GDS-15 possui maior acurácia e é indicada como um bom teste de rastreio na atenção básica, apresentando sensibilidade de 81,3% e especificidade de 78,4% (MITCHELL et al., 2010).

De acordo com Pocinho et al. (2009) a GDS foi traduzida e adaptada para 26 idiomas, incluindo italiano (FERRARIO et al., 1990), chinês (LEE, 1992), coreano (BAE; CHO, 2004) e português de Portugal (POCINHO et al., 2009).

No Brasil, as versões reduzidas de 15, 10 e 4 itens da GDS foram traduzidas por Almeida e Almeida (1999a), que aplicaram as mesmas em idosos de um ambulatório especializado e encontraram coeficientes de confiabilidade de 0,81; 0,75; e 0,41, respectivamente. De maneira geral, os escores da GDS aumentaram de acordo com a severidade da doença nos sujeitos avaliados pelos critérios diagnósticos para depressão, se

mostrando eficaz para tal avaliação. Para a versão de 15 itens, o ponto de corte 5/6 (não caso/caso) obteve sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para os critérios diagnósticos de depressão de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e de 90,9% e 64,5% para os critérios da DSM-IV. Os escores da GDS iguais ou menores que cinco pontos tenderam a indicar ausência de sintomas depressivos clinicamente significativos, e os escores maiores que 10 indicaram a presença de um episódio depressivo severo. Os autores avaliaram ainda que as versões com 10 ou menos itens pareceram ser menos úteis para medir a severidade da doença (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999a).

Em seguida, os mesmos autores avaliaram a confiabilidade teste-reteste da versão em português da GDS-15, 10, 4 e 1 itens, sendo o reteste aplicado de 48 a 72 horas depois da entrevista inicial. Os itens individuais da escala apresentaram baixa estabilidade, porém, para a GDS-15 e 10, o escore total se manteve estável, o que torna as duas versões utilizáveis para detecção dos casos de depressão e monitoramento ao longo do tempo (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999b).

Publicações posteriores avaliaram os índices de validade e confiabilidade da GDS em português do Brasil em diversos grupos de idosos. Em idosos com Doença Arterial Coronariana, o ponto de corte 5/6 para a GDS-15 apresentou sensibilidade de 79,92% e especificidade de 78,29% para o desempenho de acordo com os critérios do DSM-IV, com consistência interna de 0,80, se mostrando importante instrumento para auxiliar no rastreamento dos sintomas depressivos em pacientes cardiopatas (PINHO et al., 2010). Em idosos atendidos em um ambulatório geral, a GDS-15 obteve sensibilidade de 81% e especificidades de 71% no ponto de corte 5/6 para os critérios de depressão do DSM-IV, se mostrando adequada para essa população (PARADELA; LOURENÇO; VERAS, 2005).

Posteriormente as versões da GDS de 30, 15, 10, 4 e 1 itens tiveram suas propriedades testadas em idosos da atenção primária de Fortaleza-CE, utilizando como base os critérios diagnósticos da DSM-IV. Foi encontrada prevalência de 14,0% de transtorno depressivo maior na amostra, e as versões de 30, 15, 10 e 4 itens apresentaram boa sensibilidade, especificidade e consistência interna. O melhor ponto de corte para a GDS-30 foi 10/11 (sensibilidade de 92% e especificidade de 79%). Para a GDS-15, o melhor ponto de corte foi 4/5 (sensibilidade de 87% e especificidade de 82%), porém a performance do ponto de corte 5/6 também foi satisfatória (sensibilidade de 71% e especificidade de 90%). Apesar do bom desempenho das diversas versões da escala, a escolha de versões menores pode ser interessante como um instrumento de rastreio na atenção primária (CASTELO et al., 2010).

O MS recomenda a utilização da GDS-15 itens como instrumento de rastreio de sintomas de depressão no âmbito da Atenção Básica no Brasil e indica as seguintes avaliações: 0 a 5 pontos resultado normal, 6 a 10 pontos indicativo de sintomas depressivos leves e 11 a 15 pontos de sintomas depressivos severos (BRASIL, 2007).

Assim, devido ao menor tempo gasto para aplicação, as propriedades psicométricas adequadas e a recomendação do MS do Brasil, optou-se por utilizar neste estudo a GDS-15 itens.

A GDS é amplamente utilizada no Brasil para rastreamento de sintomas depressivos e a prevalência deles varia de acordo com a região do país e com a amostra estudada. No âmbito da ESF, foram encontrados três estudos que avaliaram a prevalência de sintomas depressivos. Em estudo realizado por Rebello et al. (2011) com 189 idosos residentes em uma cidade do sul de Minas Gerais, 22,15% apresentaram pontuação indicativa de sintomas depressivos. Em outro estudo desenvolvido em Passo Fundo-RS, 21,2% dos 155 idosos avaliados, pontuaram acima da nota de corte (BORGES; DALMOLIN, 2012), e em Jequiá-BA a porcentagem de idosos com sintomas de depressão atingiu 88,8%, sendo a mais alta entre os estudos encontrados (SOUZA et al., 2012).

Oliveira et al. (2012) avaliaram 240 idosos residentes em João Pessoa-PB e obtiveram prevalência de 24,2% de sintomatologia depressiva. Na cidade de Porto Alegre-RS, em pesquisa realizada com 621 idosos, a prevalência de sintomas depressivos foi de 30,6% (NOGUEIRA et al., 2014). Já em Montes Claros-MG dos 258 idosos entrevistados, 20,9% foram classificados com sintomas de depressão (HOFFMANN et al., 2010).

Borges et al. (2013) em estudo realizado com 1656 idosos de Florianópolis-SC, a prevalência de participantes com sintomas depressivos foi de 23,9%. Em Santa Cruz-RN, 25,5% da amostra (n=310) apresentaram pontuação indicativa de sintomas depressivos (MACIEL; GUERRA, 2006). Além disso, em pesquisa conduzida na zona rural do interior de Minas Gerais, com 850 idosos, 22,0% foram considerados como casos positivos no rastreamento de depressão (FERREIRA; TAVARES, 2013).

Idosos que participavam de grupo de convivência em Taguatinga-DF (n=118) e da Universidade da Terceira Idade da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (n=103) pontuaram cima da nota de corte para a GDS em 31,0% e 19,4% dos casos, respectivamente (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007; OLIVEIRA; GOMES; OLIEVIRA, 2006).

No cenário internacional, a GDS também é amplamente utilizada e seus resultados variam de acordo com o país. No Concelho de Matosinho em Portugal foram avaliados 590 idosos com prevalência de 42,1% para sintomatologia depressiva (SOUZA et al., 2010). Na

Coreia, após avaliação de 295 idosos, 63% deles atingiram a pontuação para sintomas de depressão na GDS (KIM; CHOE; CHAE, 2009). O mesmo ocorreu em 30,8% dos 1737 idosos chineses avaliados (GAO et al., 2009). Já na Alemanha, após avaliação de 3242 idosos com 75 anos ou mais, a prevalência de sintomatologia depressiva foi de 9,7% (WEYERER et al., 2008).

Pesquisas de revisões de literatura para conhecer a prevalência de depressão e sintomas depressivos na população idosa, também foram conduzidas tanto no âmbito nacional quanto no internacional.

Barcelos-Ferreira et al. (2010) realizaram uma busca de estudos desenvolvidos no Brasil entre 1991-2009 e encontraram 17 estudos, sendo que 13 avaliaram a prevalência de sintomas depressivos, 3 depressão maior e distímia, e 1 depressão. O total de sujeitos avaliados nos estudos foi de 15.491 idosos com médias etárias entre 66,5 e 84,0 anos, sendo os estudos conduzidos nos estados de SP, MG, PR, RJ, RN e RS. Das investigações que identificaram a presença de sintomas depressivos, a prevalência variou de 13,0% a 39,0%, com uma estimativa combinada de 26,0%. Para os autores, as diferentes prevalências podem ser explicadas pelo uso de diferentes instrumentos e notas de corte, diferenças nos métodos de amostragem dos estudos e diferenças sociodemográficas entre as regiões do país.

Uma meta-análise semelhante foi realizada por Barua et al. (2010), que buscaram estudos sobre a prevalência de depressão e sintomas depressivos em idosos da comunidade na Ásia, Europa, Américas do Norte e do Sul, desenvolvidos entre 1955 e 2005. Foram analisadas 74 pesquisas envolvendo 487.275 sujeitos, com média de idade entre 62,0 e 71,0 anos. A prevalência de depressão foi 10,3%, sendo que 70,3% das pesquisas utilizaram instrumentos e o restante avaliações baseadas nos critérios diagnósticos ou avaliação por psiquiatra especializado.

Outra revisão avaliou 122 artigos publicados entre 1993 e 2004, que incluíam prevalência de sintomas depressivos ou depressão maior em idosos da comunidade e/ou institucionalizados, e encontrou prevalência de depressão maior variando entre 0,9% e 42,0%, e de sintomas depressivos de 7,2% a 49,0%. Os maiores preditores da depressão foram sexo feminino, doenças somáticas, déficit cognitivo e funcional, perda ou falta de pessoas em contato próximo e história de depressão prévia (DJERNES, 2006).

Uma revisão de literatura que buscou analisar a incidência de depressão em idosos da comunidade e os fatores associados, e só incluiu estudos longitudinais prospectivos, avaliou 11 estudos desenvolvidos nos EUA, Inglaterra, Holanda e Alemanha, e encontrou que a incidência da depressão variou de 5,4% a 24,1%, sendo a mediana de 12,0%. Porém, os

estudos avaliados utilizaram diferentes instrumentos e formas de avaliação de depressão (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

A avaliação da depressão em cuidadores de maneira geral também é mostrada na literatura.

Uma ampla meta-análise conduzida entre 1987 e 2002 com 84 estudos que avaliaram as diferenças entre cuidadores e não cuidadores, no que diz respeito ao estresse percebido, depressão, bem-estar subjetivo, saúde física e autoeficácia; encontrou média de idade de 62,5 anos para os cuidadores, 72,0% eram mulheres e 58,5% esposas do receptor de cuidado (média de idade 75,6 anos e 49,5% eram mulheres). Apesar dos efeitos das diferenças serem considerados médios a pequenos, o grupo dos cuidadores apresentou-se mais estressado e deprimido e possuía pior bem-estar subjetivo, saúde física e autoeficácia. As diferenças foram maiores quando avaliados somente os estudos que incluíam grupos de cuidadores de pessoas com demência e não cuidadores; e também foram maiores para o cuidador cônjuge quando comparado a um filho adulto (PINQUART; SORENSEN, 2003).

Uma avaliação realizada com cuidadores de idosos dependentes em Cingapura (n=1.190) encontrou que quanto mais problemas de memória e de comportamentos os idosos receptores de cuidado apresentam, maior a severidade dos sintomas depressivos nos cuidadores. O fato de o receptor de cuidados ser mais independente diminuiu o tempo gasto com o cuidado e melhorou a reação ao cuidado, o que está associado indiretamente à diminuição dos sintomas depressivos nos cuidadores (MALHOTRA et al., 2012).

Quando se trata de pessoas com 60 anos ou mais que são cuidadores, os estudos que avaliam os sintomas depressivos são mais escassos. Após revisão de literatura nas bases de dados Lilacs e PubMed, entre 2009 e 2013, foram encontrados 17 estudos que avaliaram a depressão ou sintomas depressivos nesse grupo. Desses, 41,1% utilizaram a GDS -30 ou 15 itens; em 52,9% dos casos o cuidador era familiar, cuidava de alguém com DA ou demência (35,3%), em média 69,6% eram do sexo feminino, com média etária de 67,4 anos. Das investigações que compararam grupos de cuidadores e não cuidadores, a maioria reportou que os cuidadores tinham significativamente mais sintomas depressivos que os não cuidadores. Nas publicações em que havia essa informação disponível, a prevalência de sintomas depressivos variou de 7,7% a 36,0%. A diferença na prevalência de depressão encontrada nos estudos pode ser explicada pelo uso de diferentes escalas de avaliação, com diferentes notas de corte, e, também pelo fato dos idosos cuidadores dos estudos avaliados cuidarem de grupos heterogêneos e com diferentes graus de dependência (LUCESI et al., 2015).

No que diz respeito aos idosos cuidadores, a avaliação dos sintomas depressivos por meio da GDS é adequada, pois se trata de um instrumento amplamente utilizado e já validado para pessoas com 60 anos ou mais de idade. A identificação de fatores associados aos sintomas depressivos nos idosos cuidadores também é relevante, já que os estudos são escassos e as conclusões permanecem incertas.

Cabe destacar, que quando se trata da avaliação de cuidadores, é importante caracterizar, além do próprio cuidador, a pessoa que recebe os cuidados, além de investigar a situação do cuidado prestado.

2.7 Atitudes em relação à velhice

A sobrecarga, o estresse e os sintomas depressivos são fatores fundamentais a serem considerados no contexto de cuidadores de pessoas idosas. Além disso, esses fatores podem influenciar negativamente as atitudes em relação à velhice. As pessoas em todas as faixas etárias possuem um conhecimento limitado em relação às mudanças e alterações comuns no processo de envelhecimento (NERI, 1991).

Para Silva (1999), no Brasil, os conhecimentos, as crenças e as práticas em relação à velhice são variados, refletindo a diversidade do processo de envelhecimento em todo o território nacional. Eles normalmente são compartilhados com o grupo no qual o indivíduo está inserido e se baseiam em quatro atividades: pensar, sentir, comportar-se e interagir com outros. Acrescenta que, a consolidação das crenças de uma pessoa em relação à velhice não ocorre de um momento para outro, mas sim gradativamente e de acordo com experiências vivenciadas com a própria velhice e a de outras pessoas.

Atitudes podem ser definidas como predisposições aprendidas para responder a um objeto, no caso a velhice, representam uma avaliação resumida desta fase da vida e são expressas em características bipolares, além disso, integram, controlam e influenciam o comportamento (NERI, 1991). São crenças que possuem um componente avaliativo e têm recebido crescente atenção das pesquisas relacionadas com a promoção da saúde, pois há evidências que apontam o efeito das mesmas em comportamentos futuros e desfechos de saúde (BRYANT et al., 2012).

Com o envelhecimento populacional e os desafios das políticas públicas governamentais em tornar as sociedades mais amigas dos idosos, torna-se essencial entender

os fatores que influenciam as atitudes em relação à velhice e o modo de pensar das pessoas sobre o envelhecimento, pois eles devem ser considerados quando programas educacionais e sociais forem desenvolvidos (NATIONAL CENTRE FOR THE PROTECTION OF OLDER PEOPLE – NCPOP, 2009).

O tratamento que os idosos recebem, o atendimento nos serviços de saúde e em outros serviços e as políticas sociais, podem ser influenciados pelas atitudes em relação à velhice (LADITKA et al., 2004). Se uma pessoa apresenta atitudes negativas, isso pode influenciar o modo como os idosos são tratados por ela, já que se acredita que atitudes preconceituosas determinam práticas sociais que contribuem na formação de ideias discriminativas, preconceituosas e paternalistas (SILVA et al., 2012).

As atitudes não são observáveis, mas podem ser avaliadas por meio de três componentes, o cognitivo que engloba as crenças, conhecimentos e a maneira como se vê o objeto; o afetivo representado pelos sentimentos pró ou contra o objeto, sendo o mais característico da formação de atitudes e normalmente condiz com o componente cognitivo; e o comportamental, que resulta em um comportamento e nem sempre está de acordo com os outros componentes, pois os comportamentos podem ser guiados por normas sociais e não somente pelo que a pessoa pensa (RODRIGUES; ASSMAR; JABLONSKI, 1999).

Na década de 50 foi publicado o trabalho pioneiro sobre o tema, que investigou as atitudes em relação à velhice de 147 adultos jovens americanos por meio de um instrumento com 137 afirmações que expressavam pontos errôneos sobre os velhos, com respostas do tipo “sim” e “não”, denominado *Tuckman and Lorge Questionnaire* (TLQ) (TUCKMAN; LORGE, 1953). Esse questionário foi muito utilizado (em estudantes, idosos, profissionais da saúde, jovens, entre outros) e serviu de base para a construção de muitos outros.

Em evolução ao TLQ, surgiram as escalas do tipo Likert, em que o sujeito não deve optar apenas por dois pontos exclusivos em resposta a uma afirmação ou palavras dicotômicas, e sim dimensioná-los por meio de diferentes níveis de intensidade. Com relação à avaliação de atitudes em relação à velhice, os instrumentos mais importantes foram os de Kogan (1961), sendo sua escala composta por 17 pares de itens positivos e 17 negativos; Kilty e Feld (1972), com 45 afirmações selecionadas do TLQ, da escala Kogan, entre outras; Sheppard (1980), com 20 afirmações analisáveis a partir de quatro pontos e Diferencial Semântico de Osgood (1969), que contém 32 adjetivos bipolares adequados à cultura do respondente (NERI, 1991).

No mundo, um instrumento bastante utilizado para avaliar as atitudes em relação à velhice é o *Attitudes to Aging Questionnaire* (AAQ), que foi desenvolvido pelo *World Health Organization Quality of Life Group* e é destinado a verificar como os idosos podem expressar

suas atitudes com ao processo de envelhecimento. Possui 24 itens compostos por três fatores que englobam: crescimento psicológico, perdas psicossociais e mudanças físicas; com oito itens cada e a pontuação possível é de 24 a 120, com escores mais altos indicando atitudes mais positivas com o processo de envelhecimento (LAIDLAW; POWER; SCHMIDT, 2007).

No Brasil, Gonçalves em 1980, elaborou uma escala do tipo Likert. Neri em 1986 traduziu e adaptou o Inventário Sheppard para o português. Já em 1991, Neri conduziu um amplo estudo com 4300 brasileiros não idosos para avaliar as atitudes em relação à velhice no geral e à velhice pessoal, em que para avaliar os significados atribuídos ao conceito “O velho é”, foi adotado o método do Diferencial Semântico de Osgood (OSGOOD; SUCI; TANNEMBAUM, 1957; NERI, 1991) e, dessa forma foi, construído um instrumento especialmente para a pesquisa, composto de 40 pares de adjetivos bipolares, com sete níveis de intensidade, denominado posteriormente de Escala Neri para Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice (NERI, 1991). Investigações posteriores foram conduzidas e a Escala Neri foi reformulada, passando a contemplar 30 pares de adjetivos, com cinco níveis de intensidade (NERI, 1997).

As escalas de Neri (1991,1997) são divididas em quatro domínios: Cognição, Agência, Relacionamento Social e Persona. O domínio Cognição está relacionado à capacidade de processar informação e solucionar problemas, com reflexos sobre adaptação social; o domínio Agência se refere à autonomia e instrumentalidade para realizar ações; o domínio Relacionamento Social reporta-se a aspectos afetivo-emocionais, refletindo na interação social e o domínio Persona diz respeito a rótulos sociais comumente usados para designar ou discriminar idosos (NERI, 1991; NERI; JORGE, 2006; CACHIONI, 2003).

Ambas as versões da Escala Neri têm sido utilizadas para avaliar a atitude em relação à velhice no Brasil.

Rabelo e Freire (2003) desenvolveram um estudo com 118 estudantes universitários (média de idade de 23 anos) dos cursos de Pedagogia, Psicologia e Serviço Social, com o objetivo de avaliar a atitude em relação à velhice pessoal e aos idosos de maneira geral. Os resultados revelaram que as atitudes em relação à velhice pessoal foram muito mais positivas do que em relação à velhice no geral, o que pode refletir o fato de que para os jovens a velhice ainda é uma fase distante.

Outro estudo conduzido com 277 estudantes universitários dos cursos de Pedagogia, Educação Física, Medicina e Enfermagem, com a finalidade de avaliar as atitudes e conhecimentos em relação à velhice, revelou a presença de atitudes predominantemente

positivas, sendo melhores para as mulheres que conviviam com idosos (NERI; JORGE, 2006).

Também participaram de estudos de avaliação de atitudes em relação à velhice 50 profissionais de ILPIs de Campinas-SP (REIS; CEOLIM, 2007), 168 agentes comunitários de saúde da Paraíba (DINIZ; SALDANHA, 2008), 102 professores de Universidades Abertas da Terceira Idade (CACHIONI, 2002), 242 pessoas com deficiência física residentes na cidade de Uberlândia-MG (RESENDE, 2001), 47 alunos de graduação, seis funcionários e 15 coordenadores-professores de três instituições de ensino superior brasileiras (CACHIONI; AGUILAR, 2008), entre outros. No geral, os resultados desses estudos mostraram que os participantes apresentaram atitudes positivas em relação à velhice, mas foi destacada a complexidade desta avaliação, já que os idosos ainda são vistos como lentos, inseguros, imprecisos, embotados e rejeitados.

Com relação à atitude de idosos em relação à velhice, foi desenvolvido um estudo com 100 idosos frequentadores da Universidade Aberta da terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco, sendo a maioria (86%) mulheres, 70,0% com idade entre 59 e 69 anos e a maior parte dos idosos apresentou atitude positiva ou neutra (SILVA, 1999).

Visando investigar as atitudes em relação à velhice pessoal e o bem-estar psicológico, foram entrevistados 54 idosos do município de Santo Antônio de Jesus-BA, sendo que a maioria apresentou atitudes positivas, reconhecendo as possibilidades de ganhos na velhice, porém com receio de envelhecer com dependência, solidão, inatividade e morte (SILVA et al., 2012).

Outras investigações avaliaram percepções de idosos em relação à velhice por meio de outras estratégias, como os 48 idosos moradores da zona rural do Ceará e cadastrados na ESF, que responderam a questões para avaliar o significado da velhice e da experiência de envelhecer (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010); os 10 idosos de uma associação de terceira idade de Goiânia-GO que responderam a questões relacionadas ao significado de envelhecer, além do questionamento de como estaria sendo para eles vivenciar esse processo (SILVA et al., 2006); e os 38 idosos de Recife-PE que também responderam a questões semiestruturadas, relacionadas ao processo de envelhecimento (LEAL; ANDRADE; QUEIROZ, 2007).

A pesquisa do *Pew Research Center*, já citada anteriormente, também questionou aos 22.425 entrevistados se eles consideravam o envelhecimento o maior problema do seu país. Pelo menos metade dos entrevistados de cinco países (Japão, Coreia do Sul, China, Alemanha e Espanha) acreditava que sim e em sete países a taxa variou de 40,0% a 50,0%. No Brasil,

onde foram entrevistadas 960 pessoas de todas as regiões, a taxa foi de 31,0%. Notou-se que a porcentagem de respostas afirmativas esteve relacionada à velocidade da taxa de envelhecimento populacional e a porcentagem de idosos na população de cada país. Também foi constatado que em muitos países, os idosos entrevistados eram mais propensos a pensar que o envelhecimento era o maior problema quando comparados aos mais jovens (PEW RESEARCH CENTER, 2014).

Recentemente o interesse em estudos sobre as atitudes em relação à velhice tem crescido, pois se sabe que elas podem ajudar na compreensão e proteção da saúde da população que envelhece, porém os estudos que investigam os fatores associados ao desenvolvimento das atitudes nos idosos ainda são escassos (BRYANT et al., 2014; THORPE et al., 2014).

Há evidências de que idosos com atitudes mais positivas em relação à velhice vivem mais e com mais saúde, se engajam mais em comportamentos positivos de saúde e em atividades sociais e se sentem mais felizes. Em contraste, as atitudes negativas estão associadas a condições crônicas específicas como hipertensão e depressão, declínio físico e riscos para a saúde (BRYANT et al., 2014; LAI; THONG, 2012; SARKISIAN et al., 2006; THORPE et al., 2014).

Normalmente, há um padrão no sentido de que atitudes mais negativas em relação à velhice refletem uma saúde ruim, mas esta relação é complexa e multifacetada, já que pode ser influenciada não somente pela saúde objetiva, mas por fatores individuais, psicológicos e sociais (JANG et al., 2004; KITE et al., 2005; THORPE et al., 2014).

Alguns domínios da personalidade podem estar envolvidos no desenvolvimento das atitudes em relação à velhice, como o neuroticismo, ser agradável e extrovertido, comportamentos difíceis de serem modificados (JANG et al., 2004; SHEWKIN et al., 2014; THORPE et al., 2014).

Porém, estudos mostram que variáveis como ter boa saúde física e mental, boa qualidade de vida, melhor autopercepção da saúde e satisfação com a vida, estão relacionados com atitudes positivas em relação à velhice, sendo que esses fatores podem ser mantidos e aprimorados por meio de estratégias de intervenção educacionais (BRYANT et al., 2012; CHACHAMOVICH et al., 2008; JANG et al., 2004; LEVY; SLADE; KASL, 2002; LOW; MOLZAHN; SCHOPFLOCHER, 2013; MOCK; EIBACH, 2011; RON, 2007; SARKISIAN et al., 2005; SUH et al., 2012; THORPE et al., 2014; WURM; TOMASIK; TESCH-ROMER, 2008; YAMADA; MERZ; KISVETROVH, 2014).

As percepções sobre o envelhecimento estão associadas ao maior tempo de vida, sendo que um estudo que avaliou 660 pessoas de 50 a 94 anos em 1975 e após 23 anos, encontrou que os participantes com autopercepção mais positiva de envelhecimento, no *baseline* viveram em média 7,6 anos a mais que os com percepções negativas, mesmo após controle das variáveis idade, gênero, classe socioeconômica, solidão e saúde funcional (LEVY et al., 2002). Levy e Myers (2004), utilizando dados da pesquisa do ano de 1995 (20 anos após a primeira avaliação) mostraram que idosos com autopercepção de envelhecimento mais positiva e maior escolaridade predizem significativamente maior vontade de se engajar em comportamentos preventivos de saúde do que os com percepções mais negativas, independente das características sociodemográficas, funcionalidade, saúde e raça, além disso, idosos com menores expectativas em relação à velhice são mais propensos a apresentar baixos níveis de atividade física.

As baixas expectativas em relação à velhice de idosos americanos estão independentemente associadas a não acreditar ser importante procurar cuidados de saúde para condições relacionadas à idade como depressão, incontinência urinária e queixa de memória (SARKISIAN; HAYS; MANGIONE, 2002). Ter atitudes mais positivas na velhice pode induzir a uma resiliência às mudanças relacionadas à saúde (TRIGG et al., 2012).

Soma-se a isso o fato de que o humor (avaliado pela presença de sintomas depressivos) tem um efeito maior nas atitudes em relação à velhice do que as condições de saúde física e as características sociodemográficas (BRYANT et al., 2012; CHACHAMOVICH et al., 2008; SHEWKIN et al., 2014; THORPE et al., 2014), inclusive em idosos que moram sozinhos (LAI; TONG, 2012).

Esses dados destacam a importância da avaliação da saúde mental e detecção precoce dos distúrbios do humor e distúrbios relacionados. Um ligeiro aumento nos níveis de depressão já pode predizer atitudes mais negativas e pior qualidade de vida (CHACHAMOVICH et al., 2008).

Idosos de Taiwan possuem atitudes positivas em relação à velhice no geral, porém, as atitudes mais negativas foram influenciadas pela presença de sintomas depressivos e as positivas pela felicidade, independente dos fatores sociodemográficos, suporte social e participação comunitária (LU; KAO; HSIEH, 2009).

Em idosos chineses, a imagem que possuem do envelhecimento foi influenciada positivamente pelas variáveis: morar na zona rural, ser casado, ter menos doenças crônicas e ser mais independente. Ou seja, ter boa saúde e suporte de algum familiar foi mais importante do que fatores sociodemográficos para determinar as imagens do envelhecimento (CHOW;

BAI, 2011). O fato de morar com a esposa, ser mulher, mais jovem, mais rico e avaliar a saúde como boa também estiveram associados a atitudes mais positivas em relação à velhice em idosos coreanos (SUH et al., 2012).

Com relação à cognição, Trigg et al. (2012) relataram que idosos com demência são capazes de reportar atitudes em relação à velhice mesmo com déficit cognitivo. Eles apresentaram diferenças somente no domínio perdas psicossociais do AAQ quando comparados a uma amostra de idosos não demenciados, o que pode ser reflexo da condição que vivenciam, já que a demência pode diminuir o contato social e as experiências comunitárias. A avaliação cognitiva por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) não influenciou as atitudes em relação à velhice, o que pode mostrar que outros estereótipos são mais importantes na formação das atitudes do que a perda de memória em si (TRIGG et al., 2012).

Na avaliação de atitudes em relação à velhice em cuidadores, a maioria dos estudos reportou resultados de cuidadores que não são idosos. Uma investigação da Nigéria buscou identificar se há diferença na atitude de cuidadores de idosos em relação a cuidar de um idoso antes e após um programa de intervenção em saúde e envelhecimento. As atitudes, tanto antes quando após a intervenção foram positivas, mas apresentaram-se significativamente mais positivas após a intervenção educacional, mostrando a importância da educação visando melhorar as atitudes de cuidadores (ABDULKAHEEM; PARAKOY, 2005).

Os cuidadores familiares de idosos que viviam em ILPIs americanas apresentaram atitudes majoritariamente positivas em relação à velhice. Eles acreditam que os idosos continuam valiosos, envolvidos em atividades e apresentaram pouca ansiedade sobre o seu próprio envelhecimento. Isso pode ser explicado pelo fato de que a maioria dos cuidadores também era idoso e tinha uma vida independente, ou porque estão muito envolvidos nas atividades de cuidado e se sentem ativos ainda, pois convivem com o idoso doente há muito tempo e podem ter tido tempo para se adaptar às demandas da função e ao processo de envelhecimento. Eles também citaram que os idosos são um grupo que tem potencialidades pouco exploradas (COURTS; BARBA; TESH, 2001).

Um estudo conduzido com 300 casais (idade maior ou igual a 50 anos) da Malásia, identificou que atitudes positivas em relação à velhice afetam não só o próprio bem-estar, mas também o bem-estar do cônjuge, tanto para os homens quanto para as mulheres (MOMTAZ et al., 2013). Outra investigação em Málaga-Espanha com 757 idosos encontrou que quando eles possuíam responsabilidades com outras pessoas, apresentavam menos estereótipos

relacionados à motivação na velhice, muito provavelmente por se sentirem mais úteis (PALACIOS; TORRES; MENA, 2009).

A literatura sobre as atitudes em relação à velhice revela que as mesmas não podem ser consideradas simples avaliações positivas ou negativas, pois representam avaliações complexas e multifacetadas, como a própria velhice e sua heterogeneidade (CACHIONI, 2003).

Uma revisão que buscou examinar as publicações de 1989 a 2009 relacionadas às percepções públicas sobre o envelhecimento e os idosos encontrou que a maioria dos estudos reporta atitudes positivas em relação à velhice ou pelo menos neutras, mas as percepções podem variar, uma vez que podem se apresentar de maneira positiva como sinceridade, cordialidade, entre outros; e negativa como associação do envelhecimento com doença ou morte, percepções baseadas em atributos físicos como baixa atratividade e presença de rugas e relação com baixo desempenho cognitivo. As percepções públicas sobre envelhecimento foram diversas, complexas, multivariadas e influenciadas por fatores como cultura, modernidade e políticas públicas. As recomendações estiveram relacionadas ao investimento em novas pesquisas e programas educacionais para toda a sociedade (crianças, jovens, profissionais de saúde, profissionais que tem contato com pessoas idosas, entre outras) (NCPOP, 2009).

Uma meta-análise que avaliou estudos que comparavam as atitudes em relação à velhice e em relação aos mais jovens, constatou que para as categorias avaliadas, tais como: estereótipos, comportamentos, competência, atratividade, entre outras, os respondentes mostraram preferências pelos mais jovens em comparação com os mais velhos, sendo essa preferência principalmente nas categorias estereótipos, avaliando idosos como ultrapassados e só falam do passado; e atratividade, como diminuição da beleza e presença de rugas (KITE et al., 2005). Outro estudo comparou atitudes em relação à velhice de adultos jovens, pessoas de meia idade e idosos e encontrou que a atitude dos idosos é mais positiva do que a dos outros grupos etários (LADITKA et al., 2004). Por já estarem vivenciando a velhice, os idosos são mais hábeis a lidar com os estereótipos do envelhecimento, mesmo internalizando-os (LEVY et al., 2002).

Em uma avaliação das atitudes em relação à velhice na população do sul da Irlanda em 2003 e 2008, verificou-se que nesse período as atitudes continuaram em sua maioria positivas e o número de pessoas com visões negativas sobre o envelhecimento e a velhice diminuiu significativamente em cinco anos, porém, para os idosos (≥ 65 anos) entrevistados, a porcentagem que acredita que são tratados pior quando comparados à população geral cresceu

de 25,0% em 2003 para 35,0% em 2008. Também foi questionado aos idosos em 2008, se eles cuidavam de alguém incapaz ou algum idoso que morava na mesma casa, e 16,0% responderam afirmativamente. Além disso, 18,0% responderam cuidar de alguma pessoa incapaz ou um idoso fora de sua própria casa, mostrando a presença do idoso cuidador na Irlanda (GRAY; DOWDS, 2010).

Os cuidadores precisam ser reconhecidos como parte fundamental do processo de cuidado, e os níveis de sobrecarga, estresse e a saúde global dos mesmos precisam ser avaliados e monitorados para que não sofram consequências do cuidar de outro e prejudique sua própria saúde (ZARIT, 2004).

2.8 Relevância e justificativa do trabalho

Diante do exposto e considerando:

- O aumento do número de idosos na população;
- Prevalência de doenças crônicas nesta parcela populacional, que pode necessitar de cuidados específicos, geralmente realizado por um familiar que pode ser idoso;
- A importância das atitudes em relação à velhice, da sobrecarga, do estresse e dos sintomas depressivos do cuidador como determinantes da situação do cuidado prestado pelo mesmo;
- A escassez de estudos na literatura brasileira que buscam traçar o perfil do idoso cuidador, bem como a escassez de estudos na literatura que objetivam avaliar os fatores associados às atitudes em relação à velhice de idosos cuidadores, questiona-se:

Como se caracterizam os idosos cuidadores de idosos, no que se refere às atitudes em relação à velhice, à sobrecarga, ao estresse percebido, aos sintomas depressivos e ao desempenho funcional e cognitivo? Quais são os fatores associados às atitudes em relação à velhice, dos idosos cuidadores?

De acordo com os dados apresentados anteriormente, a satisfação com a vida, a autoavaliação da saúde, a saúde mental e física e os fatores sociodemográficos podem influenciar as atitudes em relação à velhice. Como inovação do presente estudo, além de avaliar a influências dessas variáveis nas atitudes em relação à velhice dos idosos cuidadores de idosos, foi incluída a análise da sobrecarga do cuidador como um possível fator de influência.

Assim, acredita-se que avaliar a sobrecarga, o estresse, os sintomas depressivos, a funcionalidade, a cognição e as atitudes em relação à velhice de pessoas idosas que cuidam de idosos; traçar o perfil sociodemográfico, de saúde e os aspectos do cuidado desses cuidadores; e verificar quais fatores influenciam nas atitudes em relação à velhice; possa gerar resultados que possibilitem subsidiar o planejamento da assistência, com características multiprofissionais, ao idoso dependente de cuidados e ao seu cuidador, também idoso.

3.1 Objetivo geral

Analisar quais fatores sociodemográficos, de saúde física e mental e de aspectos do cuidado estão associados às atitudes em relação à velhice, dos idosos cuidadores de idosos dependentes, residentes na área de abrangência das USFs, de um município do interior paulista.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os idosos dependentes de cuidado no domicílio, segundo as variáveis sociodemográficas;
- Identificar o desempenho funcional desses idosos;
- Caracterizar os idosos cuidadores, segundo as variáveis sociodemográficas, de saúde e de aspectos do cuidado;
- Avaliar a sobrecarga, o nível de estresse percebido, a presença de sintomas depressivos e o desempenho funcional e cognitivo dos idosos cuidadores;
- Avaliar as atitudes em relação à velhice, dos idosos cuidadores;
- Analisar os fatores associados às atitudes em relação à velhice, dos idosos cuidadores.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo transversal, exploratório e baseado nos pressupostos da pesquisa quantitativa. Os estudos exploratórios utilizam dados para avaliar e melhorar as práticas em saúde por meio da coleta detalhada das variáveis existentes. Os transversais analisam os dados coletados em uma determinada ocasião e com os mesmos assuntos, sem período de acompanhamento (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2 Local do estudo

A presente investigação foi parte de uma pesquisa maior denominada “Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores”, desenvolvida em parceria pelos Departamentos de Enfermagem e Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

A coleta de dados foi realizada no município de São Carlos, conhecido como “Capital da Alta Tecnologia”. Este município situa-se na região central do estado de São Paulo e foi fundado em 1857. É diversificado nos setores industrial, educacional e da agricultura e tem se destacado como uma das cidades da região com população em crescimento mais acelerado (SÃO CARLOS, 2013). No ano de 2000 a população deste município era de 192.998 habitantes, dos quais 11,0% possuíam 60 anos ou mais de idade. Em 2010 a população chegou a 221.950 habitantes, sendo que o percentual de idosos era de 12,9% (IBGE, 2000, 2010).

A cidade possui 14 USFs, duas delas localizadas na área rural e o restante na área urbana, atendendo aproximadamente a 39.768 habitantes, o que corresponde a 17,9% da população total (SÃO CARLOS, 2013).

Nas 14 USFs, atuam 18 equipes de saúde da família, compostas basicamente por médico generalista, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Algumas USFs possuem também odontólogo e auxiliar de consultório odontológico. Além disso, existe a participação de alunos de graduação dos cursos de Enfermagem, Medicina,

Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Educação Física e Gerontologia da UFSCar, nas referidas equipes.

4.3 População e amostra

A população foi constituída por binômios idosos cuidadores e idosos dependentes de cuidados no domicílio, que residiam na mesma casa e eram cadastrados e residentes na área de abrangência das USFs do município citado.

Para o reconhecimento desta população, foram realizados contatos com todas as USFs do município e solicitada uma lista contendo o endereço dos domicílios, da área de abrangência, nos quais residiam dois ou mais idosos, perfazendo o total de 594 domicílios.

A amostra foi composta pelo binômio idoso cuidador e idoso dependente de cuidados. Para o idoso dependente de cuidados no domicílio, os critérios de inclusão foram: possuir 60 anos ou mais de idade, ambos os sexos, ser cadastrado em uma das USFs do município, ser dependente para realizar pelo menos uma AVD e receber cuidados de um idoso residente na mesma casa.

Para o idoso cuidador os critérios de inclusão foram: possuir 60 anos ou mais de idade, ambos os sexos, ser cadastrado em uma das USFs do município, prestar cuidados a outro idoso dependente de cuidado no domicílio e que residia na mesma casa.

Os 594 domicílios listados pelas USFs foram visitados com a finalidade de identificar os binômios idosos cuidadores e idosos dependentes de cuidado. Neste momento houve perda de 123 domicílios, sendo 26 pela ocorrência de falecimento de um ou mais idosos, 28 devido à mudança de endereço do(s) idoso(s) e 69 em que os idosos não foram encontrados após três tentativas em diferentes períodos, totalizando 471 residências.

Nos domicílios em que os idosos foram encontrados, os pesquisadores devidamente identificados com crachás e jalecos brancos, se apresentavam e realizavam os devidos esclarecimentos, apresentando os objetivos do estudo aos possíveis participantes, e os convidava para participar da pesquisa, momento em que apresentavam e discutiam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Idosos residentes em 84 domicílios se recusaram a participar do estudo, perfazendo um total de 387 domicílios.

Para os idosos residentes nestes 387 domicílios, foi conduzida uma pré-avaliação por meio da aplicação dos instrumentos de avaliação para o desempenho das AVDs, sendo que

em 36 deles todos os idosos foram considerados independentes, e consequentemente excluídos do estudo. Assim, nas 351 residências restantes, foram identificados os binômios idoso cuidador e idoso dependente de cuidado participantes da pesquisa. No entanto, em 38 residências, os idosos cuidadores não responderam completamente alguns dos instrumentos utilizados nesta investigação, ou seja, 37 não completaram a avaliação sobre as atitudes em relação à velhice e um a avaliação referente aos sintomas depressivos, sendo considerados como perdas neste estudo.

Desta forma, a amostra estudada foi composta por 313 binômios idosos cuidadores e idosos dependentes de cuidado, residentes em 313 domicílios da área de abrangência das USFs do município de São Carlos-SP.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos números inicial e final de residências localizadas na área de abrangência de cada uma das 14 USFs, de São Carlos-SP, segundo as perdas, recusas e exclusões.

Tabela 1 – Distribuição do número de residências de idosos, por Unidades de Saúde da Família, segundo perdas, recusas e exclusões, São Carlos-SP, 2014

	n inicial	Perdas				Recusas	Exclusões Idosos independentes	n final
		Morte do idoso	Mudança de endereço	Não encontrado	Não completou o instrumento			
Água Vermelha*	86	2	3	13	16	3	3	46
Antenor Garcia	6	1	0	0	0	0	0	5
Aracy (Equipes I, II, III)	75	6	5	2	1	6	0	55
Astolpho	19	2	2	3	1	6	1	4
Cruzeiro (Equipe I, II)	62	3	5	10	5	8	8	23
Jardim Gonzaga	5	0	1	0	0	4	0	0
Jardim Munique	32	4	4	5	1	6	1	11
Jardim São Carlos	117	4	4	24	0	28	12	45
Joquei Clube (Equipe I, II)	74	0	1	3	2	10	7	51
Petrilli	12	0	0	2	0	3	0	7
Presidente Collor	6	0	0	0	1	1	0	4
Romeu Tortorelli	36	1	1	3	2	3	4	22
Santa Angelina	35	2	2	2	0	3	0	26
Santa Eudóxia*	29	1	0	2	9	3	0	14
Total	594	26	28	69	38	84	36	313

*USFs localizadas na zona rural do município.

4.4 Procedimentos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril a novembro de 2014 por meio de entrevistas, realizadas pela pesquisadora e por um grupo de entrevistadores com formação nas áreas de Enfermagem e Gerontologia, devidamente treinados para a aplicação dos instrumentos. Os entrevistadores sempre visitavam as residências em duplas, um realizava a entrevista com o idoso cuidador e o outro com o idoso dependente de cuidados.

As entrevistas aconteceram no domicílio dos idosos em horário que lhes fosse conveniente. As avaliações do idoso cuidador e idoso dependente de cuidados foram realizadas em ambientes distintos, na tentativa de garantir privacidade. Conforme mencionado anteriormente as entrevistas ocorreram após aquiescência dos idosos participantes e a assinatura do TCLE.

A seguir serão apresentados os instrumentos de avaliação utilizados para a coleta de dados.

A pré-avaliação foi conduzida com dois instrumentos utilizados mundialmente para avaliação das AVDs.

- **Índice de Katz** (ANEXO A): utilizado para avaliação das ABVDs, foi desenvolvido em 1963 por Katz e colaboradores para avaliar tratamento e prognóstico em idosos e doentes crônicos, por meio do desempenho para seis atividades de autocuidado, a saber: alimentação, controle dos esfíncteres, transferência, higiene, aptidão para se vestir e para banhar-se (KATZ et al., 1963). No presente estudo foi utilizada a versão publicada pelo *Hartford Institute for Geriatric Nursing* em 1998 e revisada em 2012 com adaptações da versão original (HARTFORD 1998, 2012). Para efeito de pontuação foi considerado o número de atividades em que o idoso apresentou dependência, que variou de zero (independente para todas as funções) até seis (dependente para todas as funções).

- **Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody** (ANEXO B): utilizada para avaliação das AIVDs, foi criada em 1969 e avalia o grau de independência para as seguintes atividades: usar o telefone, viajar, fazer compras, preparar refeições, realizar trabalho doméstico, usar medicamentos e manejar o dinheiro. Para cada atividade é possível pontuar um ponto, que corresponde a dependência completa; dois pontos, dependência parcial e três pontos, independência. Somados os itens, a pontuação final pode variar de sete a 21 pontos, sendo que quanto menor a pontuação, maior a dependência para as

AIVDs (LAWTON; BRODY, 1969). Santos e Virtuoso Junior (2008) realizaram a adaptação do instrumento para o contexto brasileiro, obtendo índices satisfatórios e boa confiabilidade. Os mesmos autores propuseram escores para classificação na escala que são: dependência total = 7 pontos; dependência parcial >7 e <21 pontos; e independência = 21 pontos.

Após esta avaliação, era realizada a somatória dos pontos para determinar o escore de pontuação em cada uma das escalas e preenchida uma tabela (APÊNDICE B) para identificação dos idosos quanto ao desempenho para as AVDs, que poderiam ser classificados em um dos quatro grupos a seguir:

I - Idosos independentes nas duas escalas.

II - Um idoso dependente e o outro independente (no caso de dois ou mais idosos independentes, perguntar: Entre os idosos independentes, qual é o cuidador primário, ou seja, o principal responsável pelos cuidados diretos ao idoso dependente?).

III - Idosos dependentes com resultados diferentes nas duas escalas (maior ou menor dependência).

IV - Idosos dependentes com resultados iguais nas duas escalas (Perguntar: entre os idosos dependentes, qual é o cuidador primário, ou seja, o principal responsável pelos cuidados diretos ao idoso dependente?).

Com base no grupo ao qual o idoso pertencia, o independente ou com menor dependência foi considerado o idoso cuidador e o com maior dependência o idoso dependente de cuidados no domicílio. Após esta definição, a entrevista prosseguia com a aplicação de questionários distintos (um para o idoso cuidador e outro para o dependente de cuidados).

O questionário referente aos dados de caracterização sociodemográfica do idoso dependente de cuidados no domicílio e do idoso cuidador, da caracterização do cuidado e da avaliação de saúde do idoso cuidador, foi desenvolvido pelos membros do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento da UFSCar, para atender os objetivos da pesquisa. Após diversas versões e discussões foi definida uma versão provisória, a qual foi apreciada por colaboradores do projeto na EERP/USP e na UNICAMP para validação de conteúdo, sendo aprovado pelos mesmos e apresentado a seguir:

- **Caracterização sociodemográfica do idoso dependente de cuidados no domicílio** (APÊNDICE C): incluiu as variáveis, sexo, data de nascimento, idade, estado civil, escolaridade, raça/cor e fonte de renda.

- **Caracterização sociodemográfica do idoso cuidador** (APÊNDICE D): incluiu as variáveis, sexo, data de nascimento, idade, estado civil, fonte de renda, escolaridade, religião, cor, rendas do cuidador e familiar, se considera a renda suficiente, se possui plano de saúde,

número de pessoas que moram na casa e com quem mora (cônjuge/companheiro, filho, neto, bisneto, outros parente e outras pessoas) e número de filhos. Para a análise de regressão dos dados, a variável “com quem mora”, foi agrupada de acordo com os arranjos familiares mais frequentes, passando a ser apresentadas da seguinte forma: mora com o cônjuge; mora com o cônjuge e filhos; mora com o cônjuge, filhos, netos e/ou bisneto; e outras situações.

- **Caracterização do cuidado** (APÊNDICE E): inclui as variáveis, quem cuida, há quanto tempo cuida, quantas horas por dia e quantos dias por semana se dedica ao cuidado, qual o gasto mensal relacionado ao cuidado, se participou de algum curso de formação de cuidadores, se recebe ajuda material/financeira, afetiva/emocional, de grupos religiosos/igreja/voluntariado, de instituições de saúde e de serviço de assistência social. Além disso, foi questionado aos idosos cuidadores se para as atividades higiene, vestir-se, eliminações, movimentação e transferência, comer, preparo da alimentação, medicação, levar à consulta médica, fisioterapia e para fazer exame; tarefas domésticas, manuseio do dinheiro, e atividades terapêuticas; o idoso não precisa de ajuda, se o idoso cuidador ajuda a fazer, se outra pessoa ajuda a fazer ou se a ajuda é compartilhada entre o idoso cuidador e outra pessoa.

- **Avaliação da saúde do idoso cuidador** (APÊNDICE F): incluiu as variáveis, problemas de saúde autorreferidos (Sim/Não), uso de medicamentos (Sim/Não e número de medicamentos que toma por dia), avaliação subjetiva da saúde (Como o Sr(a) avalia sua saúde atualmente?) e satisfação com a vida (O Sr(a) está satisfeito com a sua vida hoje?).

- **Inventário de Sobrecarga de Zarit (ZBI)** (ANEXO C): desenvolvido em 1980 e reformulado em 1985, contém 22 itens que se propõem a avaliar o impacto percebido do ato de cuidar sobre a saúde física e emocional, atividades sociais e condição financeira do cuidador (ZARIT; REEVER; BACH-PETERSON, 1980; ZARIT; ORR; ZARIT, 1985). Para cada um dos itens as respostas podem variar de zero a quatro pontos, desde “nunca ocorre” até “sempre ocorre”, sendo que o avaliador deve ler cada questão e solicitar ao respondente que pontue a resposta que melhor se adequar ao seu caso. O escore total é obtido somando-se todos os itens e pode variar de zero a 88, sendo que quanto maior o escore, maior a intensidade da sobrecarga apresentada pelo cuidador. Foi traduzida e validada no contexto brasileiro por Scazufca (2002). No presente estudo foi utilizada a seguinte classificação: 0 a 20 pontos ausência de sobrecarga ou sobrecarga pequena, 21 a 40 pontos moderada sobrecarga, 41 a 60 pontos de moderada a severa sobrecarga e 61 a 88 pontos sobrecarga severa (ZARIT; REEVER; BACH-PETERSON, 1980; ZARIT; ORR; ZARIT, 1985; ZARIT; ZARIT, 1987; SCAZUFCA, 2002).

• **Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)** (ANEXO D): instrumento que pode ser utilizado para detecção de perdas cognitivas e aborda questões referentes à memória recente e registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem - agnosia, afasia, apraxia e habilidade construcional (BERTOLUCCI et al., 1994). Criado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975), e no Brasil, validado por Bertolucci et al. (1994) e modificado por Brucki et al. (2003), é amplamente utilizado. Devido à conhecida influência do nível de escolaridade sobre os escores totais do MEEM, Bertolucci et al. (1994) avaliaram 530 indivíduos e adotaram notas de corte diferentes para pessoas com distintos graus de instrução, ou seja, 13 pontos para analfabetos; 18 pontos para 1 a 7 anos de escolaridade; e 26 pontos para 8 ou mais anos de escolaridade. Ressalta-se que no presente estudo foi adotada essa pontuação para nota de corte, pois as mesmas foram determinadas em um amplo estudo, que incluiu sujeitos com déficits cognitivos comprovados por diagnóstico e sujeitos sem déficits cognitivos na amostra, e foi calculada a sensibilidade e especificidade para as notas de corte. Os índices de sensibilidade e especificidade encontrados foram, respectivamente, 82,4% e 97,5% para analfabetos; 75,6% e 96,6% para média escolaridade (1 a 7 anos) e 80% e 95,6% para alta escolaridade (8 anos ou mais). Ressalta-se que o MEEM não foi utilizado como critério de inclusão na pesquisa, pois se considerou importante analisar se o fato de ter ou não alterações cognitivas influenciaria as atitudes em relação à velhice. Essa decisão foi tomada com base na publicação de Trigg et al. (2012), que avaliou a atitude em relação à velhice de 56 idosos com diagnóstico de demência e de 84 idosos sem demência da comunidade e encontrou que ambos os grupos foram capazes de reportar atitudes em relação à velhice, apresentando bons índices de confiabilidade no instrumento utilizado (AAQ). Além disso, os idosos com demência tiveram atitudes mais negativas no domínio perdas psicossociais do instrumento, o que pode ser explicado pelo fato dos mesmos vivenciarem mais perdas relacionadas ao convívio social. Porém, no estudo citado, não foi encontrada associação entre as atitudes em relação à velhice e o desempenho dos idosos no MEEM, demonstrando que os outros estereótipos negativos podem ser mais importantes que a perda de memória em si.

• **Escala de Estresse Percebido (PSS)** (ANEXO E): desenvolvida por Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983), foi traduzida e validada para ser aplicada em idosos no Brasil por Luft et al. (2007a). Mensura o estresse percebido, ou seja, o grau que o idoso percebe uma situação como estressante. Contém 14 itens que indicam o nível de estresse percebido pelo idoso, com opções de respostas que variam de zero (nunca) a quatro (sempre). Algumas questões possuem conotação positiva e outras negativa, sendo estas ajustadas no momento da

pontuação. O escore final é a soma das respostas e varia de zero a 56, sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse percebido. Destaca-se que é importante na aplicação da PSS em idosos, que sejam lidas e reforçadas todas as instruções de aplicação, principalmente o fato de a avaliação se referir ao último mês. Além disso, a cada questão o entrevistador deve ler novamente todas as opções de resposta e mostrar as mesmas em tamanho grande para o idoso escolher a melhor alternativa. Após o mesmo responder, recomenda-se que seja lida a questão afirmativamente com a alternativa escolhida pelo idoso, para confirmar sua resposta (LUFT et al., 2007a).

- **Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (ANEXO F):** foi desenvolvida originalmente por Yesavage et al. (1983) com 30 itens para suprir a demanda de rastrear os sintomas depressivos especificamente em idosos. Em 1986, Sheikh e Yesavage validaram a versão reduzida da escala, com 15 itens no formato “sim” ou “não”. No Brasil, Almeida e Almeida (1999a) validaram a versão em português do instrumento, com 30 e com 15 itens. Os autores sugeriram o ponto de corte 5/6 (Não caso/Caso) na GDS-15 para indicar a presença de sintomas depressivos e sugerem ainda que pontuações acima de 10 indicam maior severidade dos sintomas depressivos. Essas sugestões foram adotadas como referência no presente estudo, que utilizou 0 a 5 pontos ausência de sintomas depressivos, 6 a 10 pontos presença de sintomas depressivos e 11 a 15 pontos presença de sintomas depressivos severos.

- **Escala Neri de avaliação de atitudes em relação à velhice (ANEXO G):** elaborada por Neri (1991) com base no Diferencial Semântico de Osgood (OSGOOD; SUCI; TANNENBAUM, 1957). Foi modificada por Neri (1997), passando a contemplar 30 itens bipolares, com cinco níveis de intensidade cada um, para responder ao conceito “O idoso é:”. É composta por quatro domínios: Cognição, Agência, Persona e Relacionamento Social. A pontuação total é obtida pela soma da pontuação de cada item, dividida pelo número de itens da escala, e pode variar de um a cinco pontos, sendo que um ponto representa a atitude mais positiva possível, e cinco pontos a atitude mais negativa possível (NERI, 1991). Na Figura 1 é possível visualizar os itens da Escala que pertencem a cada domínio, os quais foram gerados por análise fatorial realizada pela autora.

Domínios			
Cognição	Agência	Relacionamento Social	Persona
1. Sábio/Tolo	6. Entusiasmado/Deprimido*	2. Construtivo/Destrutivo*	4. Aceito/Rejeitado*
21. Claro/Confuso*	11. Saudável/Doentio*	3. Bem humorado/Mal humorado	7. Integrado/Isolado*
23. Preciso/Impreciso*	13. Ativo/Passivo	5. Confiante/Desconfiado*	8. Atualizado/Ultrapassado*
24. Seguro/Inseguro*	16. Esperançoso/Desesperado	12. Cordial/Hostil	9. Valorizado/Desvalorizado
25. Concentrado/Distraído	18. Independente/Dependente*	15. Interessado pelas pessoas/ Desinteressado pelas pessoas*	10. Agradável/Desagradável
26. Rápido/Lento*	19. Produtivo/Improdutivo	17. Generoso/Mesquinho*	14. Sociável/Introvertido
27. Flexível/Rígido		22. Condescendente/Crítico	20. Progressista/Retrógrado
28. Criativo/Convencional			
29. Persistente/Inconstante			
30. Alerta/Embotado*			

*itens invertidos para aplicação da Escala

Figura 1– Distribuição dos itens da Escala Neri de Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice por domínio

O tempo de aplicação do questionário completo, incluindo a pré-avaliação variou entre 50 e 90 minutos.

4.5 Pré-teste

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) o pré-teste tem a finalidade de determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é eficaz na geração das informações ao qual se destina. Possibilita, também, averiguar a aplicabilidade de todos os instrumentos de coleta de dados para a população a ser estudada. Para verificar a clareza e coerência das perguntas, entendimento e compreensão dos entrevistados, a duração das entrevistas, a adequada estruturação dos instrumentos de coleta de dados, levando em consideração a sequência das avaliações, existência de interferência da sequência nas respostas dadas e o espaço deixado para respostas. O pré-teste foi realizado no período de fevereiro a abril de 2014, com idosos residentes na comunidade, na cidade de São Carlos-SP. As avaliações foram conduzidas pelos membros do Grupo de Pesquisa Saúde e Envelhecimento da UFSCar utilizando os instrumentos de avaliação. Após a realização do pré-teste, o conteúdo do instrumento se manteve o mesmo, porém foi realizada alteração na ordem de aplicação dos instrumentos, ou seja, a aplicação dos instrumentos de avaliação psicológica (avaliação do estresse, sintomas depressivos e atitudes em relação à velhice) foi intercalada com a aplicação dos instrumentos de caracterização do cuidado e da saúde, visando evitar o possível cansaço do idoso no momento da entrevista.

4.6 Análise dos dados

Para a análise dos dados, após a codificação de cada uma das variáveis foi elaborado um dicionário com a denominação das mesmas. Os dados foram inseridos por dupla entrada no programa *EpiData*® versão 3.1. Uma das entradas dos dados foi realizada por um pesquisador “cego”, ou seja, que não participou da coleta de dados, e a outra pela pesquisadora do presente estudo. Após a validação os dados foram exportados para o aplicativo *Stata 10*®, no qual foram conduzidas as análises.

Para as variáveis qualitativas (nominais e ordinais) foram realizados cálculos de frequência simples, bem como tabelas de contingência. Para as variáveis quantitativas foram empregadas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão, apresentado no texto como $\pm dp$; e amplitude).

Para avaliar a consistência interna dos instrumentos utilizados, foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach e de acordo com Nunally (1978) valores acima de 0,70 possuem confiabilidade apropriada.

Para conhecer as variáveis que influenciaram nas atitudes em relação à velhice dos idosos cuidadores foram construídos modelos de regressão. Considerou-se como variável dependente as atitudes em relação à velhice composta por seus quatro domínios. As independentes relacionadas ao idoso cuidador foram: sexo, faixa etária (60-69, 70-79 e 80 anos e mais), renda familiar, escolaridade (analfabetos, de 1 a 7 anos, e 8 anos e mais), estado civil (com e sem vida conjugal), número de pessoas que mora na casa, composição familiar (mora com cônjuge; mora com o cônjuge e filhos; mora com o cônjuge, filhos, netos e/ou bisneto; e outras situações), localização da residência (área urbana ou rural), se toma medicamentos (sim ou não), número de medicamentos por dia, se possui as condições de saúde artrite, câncer, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, doença cardíaca, problemas de coluna e varizes (sim ou não), avaliação subjetiva da saúde (muito boa/boa, regular e ruim/muito ruim), satisfação com a vida (muito, mais ou menos e pouco satisfeito), de quem cuida (cônjuge, pai/mãe, sogro/sogra, irmão/irmão ou outro), número de horas que gasta com o cuidado diário, pontuação na ZBI, PSS e GDS, resultado do Índice de Katz (independente ou dependente), da Escala de Lawton e Brody (independente ou dependente parcial) e resultado do MEEM (com ou sem indicativo de déficit cognitivo). Já as relacionadas ao idoso dependente de cuidados no domicílio foram: o resultado do Índice de Katz (independente ou dependente para uma a seis atividades) e da Escala de Lawton e Brody (dependência parcial ou dependência total).

Como a variável dependente (atitudes em relação à velhice) não apresentou distribuição normal após a realização do teste de Shapiro-Wilk, optou-se por distribuí-la em tercís para cada domínio da Escala Neri. O primeiro tercil foi utilizado como referência para as análises, ou seja, o mais positivo. Feito isso, foram conduzidos testes de regressão univariada para conhecer quais variáveis entrariam no modelo final, utilizando o valor $p < 0,20$ como padrão. Para cada domínio da escala de atitudes, as variáveis significativas no modelo univariado foram inseridas no modelo de regressão logística multinomial por ordem de significância (*forward stepwise selection*). Ficaram no modelo final as variáveis consideradas

significativas ($p \leq 0,05$), as variáveis de controle sexo e idade e as variáveis que mesmo não significativas ajustaram o modelo.

4.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos sob Parecer nº68/2013 (ANEXO H) para ser desenvolvido no município. Após a aprovação, os pesquisadores assumiram o compromisso de apresentar para a Secretaria, um relatório geral com os resultados, ao término da pesquisa. Conforme as Resoluções 466/12 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar, sendo aprovado sob protocolo nº 22956313.6.0000.5504 (ANEXO I).

Como parte da documentação prevista na referida legislação, foi elaborado o TCLE, contendo informações relevantes referentes ao estudo, além de mencionar que a participação aconteceria por livre e espontânea vontade, com possibilidade de desistência em qualquer momento e assegurando o anonimato. Antes das entrevistas, o termo foi apresentado, discutido com cada um dos participantes da pesquisa e, após os esclarecimentos e aquiescência, foi solicitada a assinatura do idoso e entregue uma via do documento para o mesmo.

Vale ressaltar que todos os instrumentos utilizados no presente estudo são de acesso e uso livres, logo não foi necessário obter permissão para uso dos mesmos.

Os resultados obtidos no presente estudo serão apresentados a seguir.

5.1 Caracterização sociodemográfica dos idosos dependentes de cuidados no domicílio

Neste estudo foram avaliados 313 idosos cuidadores e seus respectivos idosos dependentes de cuidados no domicílio, que residiam na mesma casa e eram cadastrados e residentes na área de abrangência das USFs do município de São Carlos, interior do estado de São Paulo.

As características sociodemográficas dos idosos dependentes de cuidado de acordo com sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor da pele e fonte de renda estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos dependentes de cuidados no domicílio (n=313), segundo sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor da pele fonte de renda, São Carlos-SP, 2014

Variável	n	%	Média ($\pm dp^*$)	Mediana	Varição (mínimo-máximo)
Sexo					
Masculino	215	68,7			
Feminino	98	31,3			
Faixa etária (anos)			74,0 ($\pm 8,7$)	73,0	60-102
60-69	115	36,7			
70-79	122	39,0			
≥ 80	76	24,3			
Estado civil					
Casado(a)/Vive com companheiro(a)	266	85,0			
Solteiro(a)	5	1,6			
Viúvo(a)	36	11,5			
Divorciado(a)/Separado(a)/Desquitado(a)	6	1,9			
Escolaridade (anos)			3,4 ($\pm 3,7$)	3,0	0-20
Analfabeto	86	27,5			
1 a 7	183	58,4			
≥ 8	40	12,8			
Não Respondeu	4	1,3			
Raça/Cor da Pele					
Branca	214	68,4			
Parda/Mulata	61	19,5			
Preta	34	10,8			
Amarela	3	1,0			
Não Respondeu	1	0,3			

Continua...

Variável	n	%	Média ($\pm$ dp*)	Mediana	Variação (mínimo-máximo)
Fonte de renda**					
Aposentadoria/pensão	277	88,5			
Outras fontes	66	21,1			
Nenhuma	19	6,1			
Não respondeu	1	0,3			

Conclusão.

*dp = desvio padrão

** Categorias não mutuamente exclusivas

Observa-se que os idosos dependentes de cuidados no domicílio eram em sua maioria (n=215; 68,7%), do sexo masculino. A média de idade foi de 74,0($\pm$ 8,7) anos e a faixa etária com maior distribuição foi 70-79 anos, com 122 (39,0%) idosos. Quanto ao estado civil 255 (85,0%) eram casados ou viviam com companheiro(a). Os idosos tiveram em média 3,4($\pm$ 3,7) anos de estudo, sendo que 184 (58,4%) estudaram entre 1 e 7 anos. Ressalta-se que 86 (27,5%), eram analfabetos. No que se refere à raça/cor da pele 214 (68,4%) eram brancos. No que diz respeito à fonte de renda, 277 (88,5%) eram aposentados/pensionistas, seguidos de 66 (21,1%) que informaram outra fonte de renda. Ressalta-se que os participantes puderam indicar mais que uma fonte de renda.

5.2 Avaliação do desempenho funcional dos idosos dependentes de cuidados no domicílio

Considerando-se que para ser incluído neste estudo o idoso dependente de cuidado no domicílio deveria apresentar dependência para pelo menos uma das AVDs, para a avaliação do desempenho funcional foram utilizados dois instrumentos, um que avaliou o desempenho para as ABVDs, o Índice de Katz; e outro para as AIVDs, a Escala de Lawton e Brody.

No Índice de Katz, que avalia seis atividades relacionadas ao autocuidado, considerou-se o número de atividades, nas quais o idoso apresentou dependência/independência. Dessa forma, a Tabela 3 mostra a distribuição dos idosos dependentes de cuidado no domicílio de acordo com o desempenho em cada uma das atividades do Índice de Katz.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos dependentes de cuidados no domicílio (n=313), segundo dependência ou independência em cada uma das atividades avaliadas pelo Índice de Katz, São Carlos-SP, 2014

Itens do Índice de Katz	Dependência		Independência	
	n	%	n	%
Banhar-se	54	17,2	259	82,8
Vestir-se	60	19,2	253	80,8
Ir ao banheiro	41	13,1	272	86,9
Transferência	37	11,8	276	88,2
Continência	74	23,6	239	76,4
Alimentação	23	7,3	290	92,7

Dentre as ABVDs, os idosos dependentes de cuidado apresentaram maior dependência para “continência” (n=74; 23,6%), que indica se a pessoa é capaz ou não de ter controle completo sobre suas eliminações (urinar ou evacuar), seguida da atividade de vestir-se (n=60; 19,2%).

Na Tabela 4 é possível visualizar, o desempenho dos idosos nas atividades avaliadas pela Escala de Lawton e Brody.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos dependentes de cuidados no domicílio (n=313), segundo a necessidade de ajuda para cada uma das atividades avaliadas pela Escala de Lawton e Brody, São Carlos-SP, 2014

Itens da Escala de Lawton e Brody	Não é capaz ou não tem o hábito de realizar a atividade		Necessita de assistência ou companhia para realizar a atividade		Realiza a atividade sem assistência	
	n	%	n	%	n	%
Uso do telefone	88	28,1	45	14,4	180	57,5
Viagens	109	34,8	83	26,5	121	38,7
Realização de compras	154	49,2	61	19,5	98	31,3
Preparo de refeições	204	65,2	44	14,0	65	20,8
Trabalho doméstico	178	56,9	74	23,6	61	19,5
Uso de medicamentos	58	18,5	51	16,3	204	65,2
Manejo do dinheiro	152	48,6	37	11,8	124	39,6

Destaca-se que as AIVDs em que os idosos dependentes de cuidado apresentaram maior dificuldade foram no preparo de refeições (n=204; 65,2%) e trabalho doméstico (n=178; 56,9%); já as atividades nas quais apresentaram menor dificuldade foram uso de medicamentos (n=204; 65,2%) e uso do telefone (n=180; 57,5%).

A distribuição dos idosos dependentes de cuidado, de acordo com a classificação pelo Índice de Katz e pela Escala de Lawton e Brody, pode ser visualizada na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos idosos dependentes de cuidados no domicílio, segundo a classificação no Índice de Katz e na Escala de Lawton e Brody, São Carlos-SP, 2014

Classificação		n	%
ABVD (Katz)	Independente em todas as funções	214	68,4
	Dependente em 1 atividade	39	12,5
	Dependente em 2 atividades	12	3,8
	Dependente em 3 atividades	9	2,9
	Dependente em 4 atividades	11	3,5
	Dependente em 5 atividades	13	4,1
	Dependente em 6 atividades	15	4,8
AIVD (Lawton e Brody)*	Dependência parcial (pontuação >7 e <21)	271	86,6
	Dependência total (pontuação igual a 7)	42	13,4
	Independência (pontuação igual 21)	0	0,0
Total		313	100

* Fonte: SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008

Quanto à classificação no Índice de Katz, nota-se que a maioria dos idosos dependentes de cuidados, 214 (68,4%), era independente para as seis funções e 99 (31,6%) eram dependentes para uma ou mais funções, sendo que destes 15 (15,1%) eram dependentes para todas as funções. A pontuação variou entre 0 e 6 pontos, com média de 0,9 ($\pm 1,7$) e mediana 0,0.

Com relação à classificação na Escala de Lawton e Brody, 271 (86,6%) idosos apresentaram dependência parcial para as AIVDs e 42 (13,4%) dependência total. Vale mencionar que nenhum idoso apresentou independência. A variação de pontos observada, neste estudo, foi entre 7 e 20, com média de 13,7 ($\pm 4,0$) e mediana 14,0.

5.3 Caracterização sociodemográfica e de saúde dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio

A distribuição dos idosos cuidadores de acordo com sexo, faixa etária, estado civil, religião, raça/cor da pele e escolaridade está apresentada na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos idosos cuidadores, segundo as variáveis, sexo, faixa etária, estado civil, religião, raça/cor da pele, escolaridade e fonte renda, São Carlos-SP, 2014

Variável	n	%	Média ($\pm$ dp*)	Mediana	Variação (mínimo-máximo)
Sexo					
Masculino	77	24,6			
Feminino	236	75,4			
Faixa etária (anos)			69,7($\pm$ 7,1)	68,0	60-95
60-69	177	56,5			
70-79	98	31,3			
≥ 80	38	12,2			
Estado civil					
Casado(a)/Vive com companheiro(a)	282	90,1			
Solteiro(a)	13	4,2			
Viúvo(a)	12	3,8			
Divorciado(a)/Separado(a)/Desquitado(a)	6	1,9			
Religião					
Católica	199	63,6			
Evangélica	90	28,7			
Espírita	10	3,2			
Testemunha de Jeová	5	1,6			
Outras	3	1,0			
Não possui	6	1,9			
Raça/cor da pele					
Branca	219	70,0			
Parda/Mulata	64	20,4			
Preta	27	8,6			
Amarela	3	1,0			
Escolaridade (anos)			3,9($\pm$ 3,6)	4,0	0-19
Analfabeto	57	18,2			
1 a 7	213	68,0			
≥ 8	43	13,8			
Fonte de renda**					
Aposentadoria/pensão	206	65,8			
Trabalho remunerado	64	20,4			
Nenhuma	71	22,7			
Não respondeu	11	3,5			

*dp = desvio padrão

** Categorias não mutuamente exclusivas

Os dados da Tabela acima mostram que os idosos cuidadores eram em sua maioria (n=236; 75,4%), do sexo feminino. A média de idade foi 69,7($\pm$ 7,1) anos, sendo a faixa etária com maior distribuição a de 60-69 anos, com 177 (56,5%) participantes. Houve predomínio de casados/viviam com companheiro(a) (n=282; 90,1%); da religião católica (n=199; 63,6%) e da raça/cor da pele branca (n=219; 70,0%). Com relação à escolaridade, a média de anos de estudo foi de 3,9($\pm$ 3,6), sendo que 213 (68,0%) haviam estudado entre 1 e 7 anos. No que diz

respeito à fonte de renda, 206 (65,8%) mencionaram ser aposentados/pensionistas e 64 (20,4%) referiram trabalho remunerado. A distribuição dos idosos cuidadores, de acordo com as profissões/ocupações relatadas, pode ser conferida na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos idosos cuidadores, que ainda trabalham, segundo as profissões/ocupações relatadas, São Carlos-SP, 2014

Profissão/Ocupação*	n	%
Diarista/doméstica/cozinheiro(a)	11	17,2
Vendedor/Ambulante	10	15,6
Costureira	8	12,5
Cuidadora/babá	5	7,8
Pedreiro	4	6,3
Recepcionista/Porteiro/Atendente	4	6,3
Agricultor(a)	3	4,7
Artesão(ã)	3	4,7
Catador de reciclagem	3	4,7
Outros**	10	15,6
Não Respondeu	3	4,7
Total	64	100

*As profissões afins foram agrupadas na mesma categoria.

**Inclui as profissões mencionadas apenas por um sujeito cada.

Nota-se que entre as profissões/ocupações, 11 (17,2%) eram diaristas/domésticas/cozinheiros(as), 10 (15,6%) vendedores/ambulantes e 8 (12,5%) costureiras.

A renda mensal dos idosos cuidadores variou de R\$0 a R\$10.000, com média de R\$885,90(± 1.152) e mediana de R\$724,00. Já a renda familiar variou de R\$724,00 a R\$10.000, com média de R\$2.258,20($\pm 1.483,2$) e mediana de R\$1.800,00. Vale ressaltar que 71 (22,7%) idosos cuidadores declararam não possuir renda.

Destaca-se que 268 (85,6%) idosos cuidadores moravam em casa própria e 45 (14,4%) não. O número de filhos por idoso cuidador variou de 0 a 17, com média de 4,1($\pm 2,8$) e mediana de 4,0 filhos. O número de pessoas que residiam na mesma casa com o idoso cuidador variou de 2 a 9, com média de 3,0 ($\pm 1,3$) e mediana de 3,0 pessoas. Houve 253 (80,8%) idosos cuidadores que relataram residir na área urbana e 60 (19,25%) na rural.

O arranjo domiciliar que prevaleceu na amostra estudada foi morar com o cônjuge/companheiro(a), declarado por 134 (42,8%) dos participantes; seguido por 68 (21,7%) que moravam com o cônjuge/companheiro(a) e filho(s), 26 (8,3%) com o cônjuge/companheiro(a), filho(s), neto(s) e/ou bisneto(s) e 85 (27,2%) em outros arranjos.

Os idosos cuidadores participantes deste estudo foram questionados sobre a presença ou não de problemas de saúde previamente determinados e listados no instrumento de coleta

de dados. Assim, a Tabela 8 mostra a distribuição dos idosos cuidadores de acordo com os problemas de saúde autorreferidos.

Tabela 8 - Distribuição dos idosos cuidadores (n=313), segundo os problemas de saúde autorreferidos, São Carlos-SP, 2014

Problemas de Saúde*	n	%
Hipertensão arterial	197	62,9
Problemas de coluna	146	46,6
Visão prejudicada	143	45,7
Artrite/Artrose	111	35,4
Varizes	98	31,3
Diabetes	91	29,0
Ansiedade/Transtorno do pânico	84	26,9
Tontura	73	23,3
Audição prejudicada	61	19,5
Doença gastrointestinal alta	59	18,9
Obesidade	49	15,7
Doença cardíaca	45	14,4
Osteoporose	43	13,7
Depressão	41	13,1
Incontinência	36	11,5
Hipercolesterolemia	27	8,6
Câncer	26	8,3
Problemas pulmonares	24	7,7
Constipação	24	7,7
Anemia	20	6,4
Alterações na tireoide	14	4,5
Acidente Vascular Cerebral	6	1,9
Doença neurológica	4	1,3
Outras	40	12,8

*Categorias não mutuamente exclusivas.

Dentre os problemas de saúde autorreferidos pelos idosos cuidadores, o mais prevalente, 197 (62,9%), foi a hipertensão arterial, seguida de problemas de coluna em 146 (46,6%) e visão prejudicada em 143 (45,7%). Vale ressaltar que os participantes puderam referir mais de um problema de saúde.

Dos idosos cuidadores entrevistados, 61 (19,5%) referiram possuir plano de saúde 252 (80,5%) eram atendidos somente pelo Sistema Único de Saúde. A maioria, 278 (88,8%), informou que tomava pelo menos um medicamento por dia. O número de medicamentos utilizados por dia variou de 0 a 18, com média de 3,1($\pm$ 2,5) e mediana 3,0.

Quanto à autoavaliação da saúde, 175 (55,9%) avaliaram sua saúde como “Boa/Muito boa”, 114 (36,4%) como “Regular” e 24 (7,7%) como “Ruim/Muito ruim”.

No que se refere à satisfação com a vida, 244 (78,0%) mencionaram estar muito satisfeitos, 56 (17,9%) mais ou menos satisfeitos e 13 (4,2%) pouco satisfeitos.

5.4 Aspectos do cuidado realizado pelos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio

A Tabela 9 mostra a distribuição dos idosos cuidadores de acordo com a relação de parentesco com o idoso dependente de cuidados, tempo de cuidado, horas diárias e gasto mensal com o cuidado, dias da semana que cuida do idoso e participação em curso de formação para cuidador.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos cuidadores, segundo as variáveis, parentesco com o idoso dependente, tempo de cuidado, horas diárias e gasto mensal com o cuidado, dias da semana que cuida e participação em curso de formação para cuidador, São Carlos-SP, 2014

Variável	n	%	Média ($\pm dp^*$)	Mediana	Variação (mínimo-máximo)
Cuida do seu(sua)					
Cônjuge	266	85,0			
Pai/mãe	25	8,0			
Irmão(ã)	11	3,5			
Sogro(a)	7	2,2			
Outro	4	1,3			
Tempo de cuidado (meses)			114,4 ($\pm 150,8$)	60,0	1-708
1-18	71	22,7			
19-96	131	41,9			
≥ 97	101	32,3			
Não respondeu	10	3,2			
Horas de cuidado/dia			6,1 ($\pm 4,9$)	4,0	1-24
1-4	158	50,5			
5-10	90	28,8			
≥ 11	56	17,9			
Não respondeu	9	2,9			
Gasto mensal com o cuidado (R\$)			191,7 ($\pm 436,1$)	50,0	0-6000
0	108	34,5			
1-100	72	23,0			
≥ 101	97	31,0			
Não respondeu	36	11,5			
Dias que cuida			6,9($\pm 0,6$)	7,0	1-7
Todos os dias	300	95,8			
Segunda à sexta feira	3	1,0			
Sábado e Domingo	1	0,3			
1 ou 2 dias na semana	3	1,0			
Não respondeu	6	1,9			

Continua...

Variável	n	%	Média ($\pm$ dp*)	Mediana	Variação (mínimo-máximo)
Participação em curso de formação para cuidador					
Não	301	96,2			
Sim	10	3,2			
Não Respondeu	2	0,6			
Total	313	100			

Conclusão.

*dp = desvio padrão

Percebe-se que, 266 (85,0%) idosos cuidadores cuidavam do cônjuge. O tempo médio de cuidado foi 114,4($\pm$ 150,8) meses. O número médio de horas gastas por dia em tarefas relacionadas ao cuidado foi 6,1($\pm$ 4,9).

O gasto mensal relacionado com o cuidado, referido pelos idosos cuidadores, variou de R\$0 a R\$6.000,00, com média de R\$191,70($\pm$ 436,1) e mediana R\$50,00. A maioria, 300 (95,8%), cuidadores relatou cuidar do idoso dependente todos os dias da semana e a média de dias na semana foi de 6,9 ($\pm$ 0,6). No que se refere à participação dos idosos cuidadores em curso de formação para cuidador, 301 (96,2%) mencionaram não ter participado de nenhum curso desta natureza.

A Tabela 10 mostra a distribuição dos cuidadores idosos de acordo com a necessidade ou não de ajuda ao idoso para determinadas atividades.

Tabela 10 - Distribuição dos idosos cuidadores (n=313), segundo a necessidade de ajuda do idoso dependente de cuidados para realização das atividades do dia-a-dia, São Carlos-SP, 2014

Atividade	Não ajudava porque o idoso não precisava de ajuda		Ajudava o idoso a fazer		Outra pessoa ajuda o idoso a fazer		Ajuda compartilhada	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Leva a atividades terapêuticas	78	24,9	151	48,2	50	16	34	10,9
Comer	287	91,7	14	4,5	6	1,9	6	1,9
Eliminações	269	85,9	26	8,3	8	2,6	10	3,2
Higiene	255	81,5	35	11,2	13	4,2	10	3,2
Leva à consulta médica	66	21,1	147	47,0	55	17,6	45	14,4
Manuseio do dinheiro	118	37,7	153	48,9	32	10,2	10	3,2
Medicação	171	54,6	116	37,1	15	4,8	11	3,5
Movimentação e transferência	270	86,3	28	8,9	4	1,3	11	3,5
Preparo alimentação	32	10,2	244	78,0	22	7,0	15	4,8
Tarefas domésticas	29	9,3	221	70,6	30	9,6	33	10,5
Vestir-se	249	79,6	42	13,4	13	4,2	9	2,9

Entre os idosos cuidadores que referiram ajudar sozinho o idoso a fazer a atividade, a mais citada foi o preparo da alimentação 244 (78,0%), seguido das tarefas domésticas 221

(70,6%) e do manuseio do dinheiro 153 (48,9%). As atividades em que os idosos dependentes menos requeriam ajuda foram: comer em 287 (91,7%) e movimentar-se em 270 (86,3%) casos. Com relação à ajuda de outras pessoas sem a participação do idoso cuidador a atividade mais citada foi levar à consulta médica 55 (17,6%), sendo também a mais citada na ajuda compartilhada, 45 (14,4%).

Os idosos cuidadores foram questionados sobre a ajuda (material/financeira, afetiva/emocional, de grupos religiosos/igreja/voluntariado, de instituições de saúde e de serviço de assistência social) que recebiam para o cuidado do idoso dependente, o que pode ser visualizado na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição dos idosos cuidadores (n=313), segundo o tipo de ajuda recebida para o cuidado, São Carlos-SP, 2014

Tipo de ajuda	n	%
Material/Financeira	51	16,3
Afetiva/Emocional	147	47,0
Grupos religiosos/Igreja/Voluntariado	15	4,8
Instituições de Saúde	128	40,9
Serviço de Assistência Social	10	3,2

Nota-se que, 147 (47,0%) dos idosos cuidadores mencionaram a ajuda afetiva/emocional, seguidos de 128 (40,9%) que relataram a ajuda de instituições de saúde. Destaca-se que, a menos citada foi a ajuda de serviço de assistência social por 10 (3,2%).

5.5 Avaliação da sobrecarga, nível de estresse percebido, presença de sintomas depressivos e desempenho funcional e cognitivo dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio

Para a avaliação da sobrecarga relacionada ao cuidado realizado pelos idosos cuidadores no domicílio foi aplicada a escala ZBI. O escore total desta escala é obtido somando-se todos os itens, a pontuação pode variar de 0 a 88 e quanto maior o escore, maior é a sobrecarga. A média de sobrecarga para os idosos cuidadores deste estudo foi de 17,7 ($\pm 14,1$), com mediana de 15,0 e variação entre 0 e 76 pontos. O coeficiente alfa de Cronbach calculado foi de 0,86, indicando boa consistência interna. A Tabela 12 mostra a distribuição dos idosos cuidadores de acordo com a classificação da sobrecarga.

Tabela 12 - Distribuição dos idosos cuidadores segundo a sobrecarga, São Carlos-SP, 2014

Classificação da sobrecarga	n	%
Ausência ou pequena (0 a 20)	209	66,8
Moderada (21 a 40)	76	24,3
De moderada a severa (41 a 60)	25	8,0
Severa (61 a 88)	3	0,9
Total	313	100

Com relação à sobrecarga, 209 (66,8%) dos idosos cuidadores apresentaram ausência ou pequena sobrecarga e 76 (24,3%) moderada sobrecarga.

Para avaliar o nível de estresse percebido nos idosos cuidadores foi utilizada a PSS com 14 itens que indicam o nível de estresse percebido pelo idoso. O escore final varia de 0 a 56 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse percebido. A escala também apresentou boa confiabilidade com Alfa de Cronbach de 0,81. Neste estudo, a média de pontuação na PSS foi de 18,5($\pm$ 9,7), a mediana de 17,0 e a variação de 0 a 52.

Já para a avaliação de presença de sintomas depressivos, na amostra de cuidadores idosos estudada, foi utilizada a GDS versão reduzida com 15 itens dicotômicos sim/não e pontuação possível variando de 0 a 15. O Alfa de Cronbach calculado para a GDS-15, neste estudo, foi de 0,73. A média de pontuação para os idosos cuidadores foi de 3,65($\pm$ 2,8), a mediana 3,0 e a variação observada de 0 a 13. Na Tabela 13 é possível observar a distribuição dos entrevistados de acordo com a classificação na GDS-15, adotadas como referência no presente estudo.

Tabela 13 - Distribuição dos idosos cuidadores, segundo a classificação na escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), São Carlos-SP, 2014

Classificação na GDS-15	n	%
Ausência de sintomas depressivos (0-5)	247	78,9
Indicativo de sintomas depressivos (6-10)	56	17,9
Indicativo de sintomas depressivos severos (11-15)	10	3,2
Total	313	100

Nota-se que, que a maioria, 247 (78,9%) dos idosos cuidadores não apresentou pontuação indicativa de sintomas depressivos.

No que se refere à avaliação do desempenho funcional dos idosos cuidadores, foram utilizados os mesmos instrumentos aplicados para os idosos dependentes de cuidado, ou seja, o Índice de Katz e a Escala de Lawton e Brody. Assim, a Tabela 14 mostra a distribuição dos idosos cuidadores quanto à dependência ou independência para cada uma das atividades avaliadas pelo Índice de Katz.

Tabela 14 – Distribuição dos idosos cuidadores, segundo dependência ou independência para cada uma das atividades avaliadas pelo Índice de Katz, São Carlos-SP, 2014

Itens do Índice de Katz	Dependência		Independência		Total	
	n	%	n	%	n	%
Banhar-se	0	0,0	313	100	313	100
Vestir-se	2	0,6	311	99,4	313	100
Ir ao banheiro	0	0,0	313	100	313	100
Transferência	1	0,3	312	99,7	313	100
Continência	38	12,1	275	87,9	313	100
Alimentação	0	0,0	313	100	313	100

De acordo com os dados da Tabela, a atividade em que os idosos cuidadores apresentaram maior dependência foi a “continência”. Nenhum idoso cuidador se declarou dependente para as atividades “banhar-se”, “ir ao banheiro” e “alimentação”.

Na Tabela 15 é possível visualizar, para cada atividade avaliada pela Escala de Lawton e Brody, a distribuição de idosos cuidadores de acordo com a necessidade ou não de ajuda para realizá-las.

Tabela 15 - Distribuição dos idosos cuidadores, segundo necessidade de ajuda para cada atividade avaliada pela Escala de Lawton e Brody, São Carlos-SP, 2014

Itens da Escala de Lawton e Brody	Não é capaz ou não tem o hábito de realizar a atividade		Necessita de assistência ou companhia para realizar a atividade		Realiza a atividade sem assistência		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Uso do telefone	9	2,9	15	4,8	289	92,3	313	100
Viagens	39	12,5	63	20,1	211	67,4	313	100
Realização de compras	30	9,6	58	18,5	225	71,9	313	100
Preparo de refeições	20	6,4	16	5,1	277	88,5	313	100
Trabalho doméstico	20	6,4	54	17,2	239	76,4	313	100
Uso de medicamentos	3	0,9	13	4,2	297	94,9	313	100
Manejo do dinheiro	36	11,5	26	8,3	251	80,2	313	100

Destaca-se que, 39 (12,5%), 36 (11,5%) e 30 (9,6%) dos idosos cuidadores informaram que não eram capazes ou não tinham o hábito de realizar viagens, manejar dinheiro e fazer compras, respectivamente. E entre as atividades em que necessitavam de assistência ou companhia para realizá-las as mais citadas foram: realizar viagens 63 (20,1%), compras 58 (18,5%) e trabalhos domésticos 54 (17,2%).

A Tabela16 mostra a distribuição dos idosos cuidadores de acordo com a classificação nas duas escalas de avaliação de desempenho para as AVDs.

Tabela 16 - Distribuição dos idosos cuidadores segundo classificação no Índice de Katz e na Escala de Lawton e Brody, São Carlos-SP, 2014

Variável		n	%
ABVD (Katz)	Independente em todas as funções	274	87,7
	Dependente em 1 atividade	37	11,8
	Dependente em 2 atividades	2	0,6
	Dependente em 3 atividades	0	0,0
	Dependente em 4 atividades	0	0,0
	Dependente em 5 atividades	0	0,0
	Dependente em 6 atividades	0	0,0
AIVD (Lawton e Brody)*	Dependência parcial (pontuação >7 e <21)	0	0,0
	Dependência total (pontuação igual a 7)	180	57,5
	Independência (pontuação igual 21)	133	42,5
Total		313	100

* Fonte: SANTOS; VIRTUOSO JUNIOR, 2008

A maioria, 274 (87,7%), dos idosos cuidadores era independente para as ABVDs e 37 (11,8%) eram dependentes para uma delas. A pontuação variou entre 0 e 2 pontos, com média de 0,1($\pm 0,4$) e mediana 0,0. Com relação à Escala de Lawton e Brody, 180 (57,5%) idosos cuidadores apresentaram dependência parcial para as AIVDs, seguidos de 133 (42,5%) considerados independentes. A variação de pontos observada, neste estudo, foi entre 8 e 21, com média de 18,8($\pm 0,4$) e mediana 20,0.

Para a avaliação cognitiva dos idosos cuidadores foi aplicado o MEEM, utilizado para rastreio de indícios de alterações cognitivas e que possui variação de pontuação possível de zero a 30 pontos. A média de pontuação, na amostra estudada, foi de 22,9($\pm 4,4$) com mediana de 23,0 pontos. Na Tabela 17 está descrita a distribuição dos idosos de acordo com a nota de corte do MEEM ajustada para escolaridade.

Tabela 17 - Distribuição dos idosos cuidadores segundo classificação no Mini Exame do Estado Mental de acordo com notas de corte ajustadas para escolaridade, São Carlos-SP, 2014

Escolaridade	Com indícios de alterações cognitivas		Sem indícios de alterações cognitivas		Total	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeto	8	2,6	49	15,7	57	18,2
1 a 7 anos	36	11,5	177	56,5	213	68,0
8 anos e mais	3	0,9	40	12,8	43	13,7
Total	47	15,0	266	85,0	313	100

De acordo com a Tabela, percebe-se que, 47 (15%) dos idosos cuidadores apresentaram pontuação indicativa de alterações cognitivas, considerando-se os escores de

corde para os respectivos níveis de escolaridade, sendo que 36 (11,5%) pertenciam ao intervalo de 1 a 7 anos de estudo.

5.6 Avaliação das atitudes em relação à velhice dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio

Para avaliar as atitudes em relação à velhice nos 313 idosos cuidadores foi utilizada a Escala Neri de avaliação de atitudes em relação à velhice. Como já mencionado anteriormente a escala contém 30 itens bipolares e é composta por quatro domínios: Cognição, Agência, Relacionamento Social e Persona. A pontuação de cada domínio é dada pela soma dos itens pertencentes ao domínio, dividida pelo número de itens, resultando em uma variação possível de um a cinco pontos, sendo um a atitude mais positiva possível e, cinco a mais negativa. A média geral é realizada pela média de todos os itens da Escala. Foi calculado o coeficiente Alfa de Cronbach da Escala Neri de avaliação de atitudes em relação à velhice para a amostra geral de idosos cuidadores (n=313), o qual foi de 0,89, apresentando boa confiabilidade. Além disso, o coeficiente também foi calculado em dois grupos distintos: nos idosos cuidadores que apresentaram alterações cognitivas (n=47) com valor igual a 0,87; e nos idosos cuidadores sem indícios de alterações cognitivas (n=266), obtendo alfa de 0,89. Os dois índices são considerados satisfatórios, o que indica que, mesmo para os idosos com alterações cognitivas, as respostas da Escala Neri apresentaram boa consistência interna, e os dados são confiáveis. A Tabela 18 mostra as médias, os desvios padrão, as medianas e as pontuações mínima e máxima para a pontuação geral da Escala Neri de avaliação de atitudes em relação à velhice e para cada domínio.

Tabela 18 – Distribuição das médias, desvios padrão, medianas e variações observadas, obtidas segundo a pontuação geral e para cada domínio da Escala Néri de avaliação de atitudes em relação à velhice, na percepção dos idosos cuidadores, São Carlos-SP, 2014

Variável	Média±dp*	Mediana	Variação (mínimo-máximo)
Escala geral	3,0±0,7	3,0	1,2-4,6
Domínio Relacionamento Social	2,7±0,8	2,7	1,0-5,0
Domínio Persona	2,9±0,9	3,0	1,0-4,9
Domínio Cognição	3,1±0,8	3,2	1,0-5,0
Domínio Agência	3,2±0,9	3,3	1,0-5,0

*dp = desvio padrão

A pontuação geral média na Escala de atitudes em relação à velhice foi de 3,0 ($\pm 0,7$) pontos. O domínio Relacionamento Social obteve menor média (2,7 pontos), ou seja, as atitudes relacionadas a esse domínio foram avaliadas de maneira mais positiva pelos idosos cuidadores e, o domínio Agência obteve a maior média (3,2 pontos), revelando avaliações de atitudes mais negativas.

Na Tabela 19 encontra-se a distribuição das médias e desvios padrão obtidos de acordo com a pontuação para cada item da Escala Néri de avaliação de atitudes em relação à velhice, na avaliação dos idosos cuidadores.

Tabela 19- Distribuição das médias e desvios padrão obtidos segundo a pontuação para cada item, dos domínios, da Escala Néri de avaliação de atitudes em relação à velhice, na percepção dos idosos cuidadores (n=313), São Carlos-SP, 2014

Domínios e itens da Escala de Atitude	Média	dp*
Relacionamento Social		
Generoso/Mesquinho	2,22	1,33
Construtivo/Destrutivo	2,33	1,43
Interessado pelas pessoas/Desinteressado pelas pessoas	2,47	1,31
Cordial/Hostil	2,47	1,31
Bem-humorado/Mal-humorado	2,86	1,29
Condescendente/Crítico	3,35	1,43
Confiante/Desconfiado	3,41	1,54
Persona		
Agradável/Desagradável	2,20	1,23
Sociável/Introverso	2,51	1,37
Atualizado/Ultrapassado	2,66	1,42
Progressista/Retrógrado	3,00	1,40
Integrado/Isolado	3,09	1,42
Valorizado/Desvalorizado	3,23	1,56
Aceito/Rejeitado	3,35	1,43
Cognição		
Persistente/Inconstante	2,31	1,39
Sábio/Tolo	2,33	1,23
Preciso/Impreciso	2,68	1,42
Alerta/Embotado	2,92	1,42
Seguro/Inseguro	3,10	1,64
Criativo/Convencional	3,25	1,57
Claro/Confuso	3,26	1,57
Concentrado/Distraído	3,36	1,58
Flexível/Rígido	3,68	1,40
Rápido/Lento	4,09	1,20
Agência		
Esperançoso/Desesperado	2,57	1,57
Ativo/Inativo	2,83	1,47
Produtivo/Improdutivo	3,01	1,52
Entusiasmado/Deprimido	3,34	1,33
Saudável/Doentio	3,66	1,36
Independente/Dependente	3,68	1,40

*dp = desvio padrão

É possível observar que os itens com pontuações mais positivas foram: “Agradável/Desagradável” e “Generoso/Mesquinho”, com médias de $2,20(\pm 1,23)$ e $2,22(\pm 1,33)$, respectivamente, ou seja, os idosos cuidadores deste estudo tenderam a avaliar “o idoso” como agradável e generoso. Já os itens com médias mais negativas foram: “Rápido/Lento” ($4,09\pm 1,20$), “Independente/Dependente” ($3,68\pm 1,40$) e “Flexível/Rígido” ($3,68\pm 1,37$), o que mostra a tendência de avaliar “o idoso” como lento, dependente e rígido.

5.7 Análise dos fatores associados às atitudes em relação à velhice na avaliação dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio

Para verificar quais variáveis estavam associadas às atitudes em relação à velhice foi conduzida uma regressão logística multinomial. Para tanto, foi necessário distribuir a pontuação obtida na avaliação das atitudes em relação à velhice com os idosos cuidadores em primeiro tercil, segundo tercil e terceiro tercil. A Tabela 20 mostra como se distribuiu a pontuação de cada domínio, por tercís.

Tabela 20- Distribuição por tercil da pontuação de cada domínio da Escala Neri de atitudes em relação à velhice avaliada por idosos cuidadores (n=313), São Carlos-SP, 2014

Domínio	1º Tercil	2º Tercil	3º Tercil
Relacionamento Social	$\leq 2,41$	$> 2,41 \leq 3,01$	$> 3,01$
Persona	$\leq 2,61$	$> 2,61 \leq 3,30$	$> 3,30$
Cognição	$\leq 2,80$	$> 2,80 \leq 3,70$	$> 3,70$
Agência	$\leq 2,80$	$> 2,80 \leq 3,40$	$> 3,40$

O primeiro tercil foi utilizado para referência nas análises e considerado o mais positivo, o segundo o neutro e o terceiro tercil o mais negativo. Os modelos finais obtidos por meio das análises de regressão logística multinomial mostram os dados que foram considerados significativos ($p \leq 0,05$) para cada domínio da Escala Neri de avaliação de atitudes em relação à velhice, controlados por sexo e faixa etária e por variáveis que mesmo não sendo significativas, ajustaram o modelo.

A Tabela 21 mostra o modelo final de regressão logística multinomial obtido por meio das análises para o domínio Relacionamento Social.

Tabela 21 – Análise final de regressão logística multinomial para atitudes em relação à velhice no domínio Relacionamento Social dos idosos cuidadores (n=313), São Carlos-SP, 2014

Domínio Relacionamento Social	Segundo Tercil (>2,41≤3,01)		Terceiro Tercil (>3,01)	
	Modelo Bruto	Modelo Ajustado	Modelo Bruto	Modelo Ajustado
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Escolaridade (≥ 8 anos)	1.00	1.00	1.00	1.00
Escolaridade (1-7 anos)	0.48 (0.22 – 1.05)	0.43 (0.19 – 0.96)*	0.79 (0.34 – 1.83)	0.72 (0.30 – 1.71)
Escolaridade (Analfabeto)	0.87 (0.33 – 2.26)	0.59 (0.21 – 1.66)	1.30 (0.48 – 3.52)	0.97 (0.33 – 2.81)
Área Rural	1.00	1.00	1.00	1.00
Área Urbana	2.63 (1.28 – 5.41)	2.28 (1.08 – 4.81)*	2.8 (1.36 – 5.73)	2.34 (1.11 – 4.90)*
Estresse percebido (pontos)	1.03 (1.01 – 1.07)	1.03 (0.99 – 1.06)	1.04 (1.01 – 1.07)	1.04 (1.01 – 1.07)*

Nota: *p≤0,05. Controlado por Sexo e Faixa etária.

O domínio Relacionamento Social se refere à avaliação de aspectos afetivo-emocionais, que refletem na interação social dos idosos (NERI, 1991; NERI; JORGE, 2006; CACHIONI, 2003). As variáveis associadas a esse domínio foram: escolaridade (1 a 7 anos), localização da residência (área urbana) e estresse percebido, sendo as associações independentes da faixa etária e sexo.

Observa-se que os idosos cuidadores com 1 a 7 anos de estudo, apresentaram 57,0% (OR=0,43) menos chance de pontuarem no segundo tercil, quando comparados aos idosos com 8 anos ou mais de escolaridade, indicando que nível de escolaridade intermediário é um fator protetor para atitudes mais positivas em relação à velhice. Essa associação não se manteve para os analfabetos.

Idosos cuidadores que residiam na área urbana tiveram 2,28 vezes a chance de estarem no segundo tercil, do que os que moravam na área rural. E foi observado um discreto efeito dose-resposta para essa variável, sendo que a chance aumentou para 2,34 vezes no terceiro tercil. Portanto, os idosos cuidadores residentes na área urbana possuem mais chances de apresentarem atitudes mais negativas em relação à velhice.

Quanto a variável estresse percebido, foi possível observar que a cada unidade de aumento de pontos na PSS, aumenta em 4,0% (OR=1,04) a chance de o idoso cuidador pontuar no terceiro tercil. Ou seja, quanto maior o nível de estresse percebido, mais negativas as atitudes em relação à velhice neste domínio.

Na Tabela 22 pode-se visualizar o modelo final de regressão logística multinomial obtido por meio das análises para o domínio Persona.

Tabela 22 – Análise final de regressão logística multinomial para atitudes em relação à velhice no domínio Persona dos idosos cuidadores (n=313), São Carlos-SP, 2014

Domínio Persona	Segundo Tercil (>2,61≤3,30)		Terceiro Tercil (>3,30)	
	Modelo Bruto	Modelo Ajustado	Modelo Bruto	Modelo Ajustado
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Satisfação com a vida (Muito satisfeito)	1.00	1.00	1.00	1.00
Satisfação com a vida (Mais ou menos satisfeito)	1.78 (0.82 – 3.88)	1.83 (0.80 – 4.19)	3.46 (1.62 – 7.40)	2.53 (1.00 – 5.74)*
Satisfação com a vida (Pouco satisfeito)	1.13 (0.15 – 8.17)	1.20 (0.15 – 9.67)	7.47 (1.56 – 35.78)	3.39 (0.60 – 18.87)
Estresse percebido (pontos)	1.00 (0.97 – 1.03)	0.99 (0.96 – 1.03)	1.06 (1.03 – 1.09)	1.04 (1.00 – 1.08)*

Nota: *p≤0,05. Controlado por Sexo e Faixa etária.

O domínio Persona reporta-se à avaliação dos rótulos sociais normalmente usados para designar ou discriminar idosos (NERI, 1991; NERI; JORGE, 2006; CACHIONI, 2003). As variáveis associadas ao domínio foram: a satisfação com a vida (mais ou menos satisfeito) e o estresse percebido, sendo as associações independentes da faixa etária e sexo.

Nota-se que os idosos cuidadores que se declararam mais ou menos satisfeitos com a vida tiveram 2,53 vezes a chance de pontuarem no terceiro tercil, do que os que referiram estar muito satisfeitos, revelando que os idosos cuidadores mais ou menos satisfeitos com a vida, têm mais chances de apresentar atitudes mais negativas com relação à velhice neste domínio. Essa associação não se manteve para os idosos pouco satisfeitos com a vida.

Para o estresse percebido a cada unidade de aumento de pontos na PSS, aumenta em 4,0% (OR=1,04) a chance de o idoso cuidador pontuar no terceiro tercil. Logo, quanto maior o nível de estresse percebido, mais chance de apresentar atitudes negativas em relação à velhice no domínio persona.

O modelo final de regressão logística multinomial obtido por meio das análises para o domínio Cognição, pode ser visualizado na Tabela 23.

Tabela 23 - Análise final de regressão logística multinomial para atitudes em relação à velhice no domínio Cognição dos idosos cuidadores (n=313), São Carlos-SP, 2014

Domínio Cognição	Segundo Tercil ($>2,80 \leq 3,70$)		Terceiro Tercil ($>3,70$)	
	Modelo Bruto	Modelo Ajustado	Modelo Bruto	Modelo Ajustado
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Idade (60 – 69 anos)	1.00	1.00	1.00	1.00
Idade (70 – 79 anos)	1.47 (0.79 – 2.73)	1.54 (0.82 – 2.89)	1.87 (1.02 - 3.42)	1.85 (0.99 – 3.43)
Idade (≥ 80 anos)	2.95 (1.12 – 7.74)	3.13 (1.16 – 8.42)*	3.27 (1.25 - 8.52)	2.66 (0.99 – 7.18)
Estresse percebido (pontos)	1.03 (1.00 – 1.06)	1.03 (0.99 – 1.06)	1.06 (1.03 - 1.09)	1.06 (1.03 – 1.09)*

Notas: * $p \leq 0,05$. Controlado por Sexo e Escala de Lawton e Brody do idoso dependente de cuidados.

O domínio Cognição refere-se à avaliação da capacidade de processar informações e solucionar problemas, com reflexo sobre a adaptação social dos idosos (NERI, 1991; NERI; JORGE, 2006; CACHIONI, 2003). As variáveis associadas ao domínio foram faixa etária (≥ 80 anos) e estresse percebido, sendo as associações independentes do sexo e da variável classificação na Escala de Lawton e Brody do idoso dependente de cuidados no domicílio.

Os idosos cuidadores com 80 anos ou mais de idade, tiveram 3,13 vezes a chance de pontuarem no segundo tercil, do que idosos cuidadores com idade entre 60 e 69 anos, ou seja, o fato de ser mais idoso aumenta a chance de ter uma pontuação neutra nesse domínio. Essa associação não se manteve para a faixa etária entre 70 e 79 anos e não se repetiu para o terceiro tercil da Escala.

Observa-se que, para cada unidade de aumento de pontos na PSS, aumenta em 6,0% (OR=1,06) a chance de o idoso cuidador pontuar no terceiro tercil da escala, ou seja, quanto maior o nível de estresse percebido, mais negativas as atitudes em relação à velhice neste domínio.

A Tabela 24 mostra o modelo final de regressão logística multinomial obtido por meio das análises no domínio Agência.

Tabela 24 – Análise final de regressão logística multinomial para atitudes em relação à velhice no domínio Agência dos idosos cuidadores (n=313), São Carlos-SP, 2014

Domínio Agência	Segundo Tercil (>2,80≤3,40)		Terceiro Tercil (>3,40)	
	Modelo Bruto	Modelo Ajustado	Modelo Bruto	Modelo Ajustado
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Escolaridade (≥ 8 anos)	1.00	1.00	1.00	1.00
Escolaridade (1-7 anos)	0.74 (0.33 – 1.66)	0.65 (0.28 – 1.51)	0.56 (0.25 – 1.27)	0.54 (0.22 – 1.32)
Escolaridade (Analfabeto)	0.75 (0.28 – 1.96)	0.44 (0.15 – 1.25)	0.63 (0.23 – 1.68)	0.32 (0.10 – 0.99)*
Idade (60 – 69 anos)	1.00	1.00	1.00	1.00
Idade (70 – 79 anos)	1.15 (0.64 – 2.04)	1.18 (0.64 – 2.16)	1.30 (0.70 – 2.43)	1.31 (0.67 – 2.57)
Idade (≥ 80 anos)	2.03 (0.79 – 5.22)	2.27 (0.82 – 6.32)	3.79 (1.51 – 9.53)	3.81 (1.35 – 10.74)*
Área Rural	1.00	1.00	1.00	1.00
Área Urbana	1.80 (0.84 – 3.44)	1.71 (0.85 – 3.44)	2.76 (1.27 – 5.99)	2.99 (1.27 – 7.08)*
Número de medicamentos/dia	1.17 (1.04 – 1.32)	1.17 (1.03 – 1.32)*	1.14 (1.01 – 1.29)	1.15 (1.00 – 1.32)*
Katz Idoso (independente)	1.00	1.00	1.00	1.00
Katz Idoso (dependente para 1 a 6 atividades)	1.11 (0.62 – 2.02)	0.96 (0.51 – 1.83)	2.61 (1.44 – 4.71)	1.97 (1.02 – 3.80)*
Estresse percebido (pontos)	1.04 (1.01 – 1.07)	1.04 (1.01 – 1.08)*	1.05 (1.02 – 1.09)	1.05 (1.01 – 1.09)*

Notas: *p≤0,05. Controlado por Sexo e Avaliação Subjetiva da Saúde.

O domínio Agência diz respeito à avaliação da autonomia e instrumentalidade dos idosos para realizar ações (NERI, 1991; NERI; JORGE, 2006; CACHIONI, 2003). As variáveis associadas a esse domínio foram: a escolaridade (analfabeto), a idade (≥ 80 anos), a localização da residência (área urbana), o número de medicamentos/dia, a classificação no Índice de Katz do idoso dependente de cuidados (dependente para 1 a 6 atividades) e o estresse percebido, independentes do sexo e da avaliação subjetiva da saúde.

Nota-se que, idosos cuidadores analfabetos têm 68,0% (OR=0,32) menos chance de estarem no terceiro tercil, do que os idosos cuidadores com 8 anos ou mais de escolaridade. Assim, ser analfabeto parece ser um fator protetor atitudes mais positivas em relação à velhice. Essa associação não se manteve para os com 1 a 7 anos de estudo.

Já os idosos cuidadores com 80 anos ou mais possuem 3,81 vezes a chance de pontuarem no terceiro tercil se comparados aos com idade entre 60 e 69 anos, mostrando que idosos mais velhos podem apresentar atitudes mais negativas nesse domínio. O mesmo aconteceu com o fato de o idoso cuidador residir na área urbana, que aumentou em 2,99 vezes a chance de pontuar no terceiro tercil, em comparação aos que moravam na área rural.

Percebe-se que cada unidade de medicamento que o idoso cuidador tomava por dia, aumentou em 17,0% (OR=1,17) a chance de pontuar no segundo tercil e em 15,0% (OR=1,15) no terceiro tercil. Assim, o consumo diário maior de medicamentos, aumentou a chance de o idoso cuidador apresentar percepções neutras e negativas, com relação à velhice.

No domínio Agência, pode-se observar ainda, que os idosos cuidadores de idosos dependentes em uma a seis ABVDs, tiveram 97,0% (OR=1,97) mais chance de pontuarem no terceiro tercil, do que os que cuidavam de idosos independentes para tais atividades, ou seja, possuem mais chances de ter atitudes mais negativas nesse domínio.

Para a variável estresse percebido, foi possível observar um efeito dose-resposta entre os tercís da escala. De fato, a cada unidade de aumento de pontos na PSS, aumenta em 4,0% (OR=1,04) a chance de o idoso cuidador pontuar no segundo tercil, sendo que a chance aumenta para 5,0% (OR=1,05) de pontuar no terceiro tercil, evidenciando que quanto maior o nível de estresse percebido, as atitudes em relação à velhice têm mais chance de serem neutras e negativas neste domínio.

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados referentes à caracterização sociodemográfica e o desempenho funcional dos idosos dependentes de cuidados no domicílio; bem como à caracterização sociodemográfica, de saúde e de cuidado dos idosos cuidadores; além do nível de sobrecarga, de estresse percebido, a presença de sintomas depressivos, o desempenho funcional e cognitivo, a avaliação das atitudes em relação à velhice e a análise dos fatores a elas associados.

6.1 Caracterização sociodemográfica dos idosos dependentes de cuidados no domicílio

Participaram deste estudo, 313 idosos cuidadores e seus respectivos idosos dependentes de cuidados no domicílio, que residiam na mesma casa e eram cadastrados e residentes na área de abrangência das USFs do município de São Carlos, interior do estado de São Paulo.

A maioria (68,7%) dos idosos dependentes de cuidados era do sexo masculino, 85,0% eram casados/viviam com companheiro(a) e a média de idade foi de 74,0 anos.

O resultado referente ao sexo dos idosos dependentes de cuidado diverge dos encontrados em alguns estudos nacionais, que citam a prevalência de mulheres idosas recebendo cuidado. Em uma investigação conduzida na comunidade no norte do Paraná que avaliou 178 idosos dependentes de cuidado, verificaram que 57,3% eram do sexo feminino, com média de 79,9 anos e 51,7% viúvos (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013). Gonçalves et al. (2011a), em Florianópolis-SC, entrevistaram 100 idosos com 80 anos e mais dependentes de cuidados e seus respectivos cuidadores e verificaram que, dos idosos 77,0% eram do sexo feminino e 75,0% viúvos. Outra investigação realizada com 52 idosos dependentes de cuidado residentes em João Pessoa-PB, 55,8% eram mulheres, 51,9% tinham 80 anos ou mais e 40,4% eram viúvos (LOUREIRO et al., 2014). Em São Paulo-SP, 327 idosos que possuíam cuidador foram avaliados, sendo que 69,0% eram mulheres e 84,0% com idade entre 60-74 anos (TAMANINI et al., 2011). Gratão et al. (2012a) avaliaram 70 idosos com alterações cognitivas e seus cuidadores, na cidade de Ribeirão Preto-SP, e encontraram prevalência de mulheres (75,7%) e com média etária de 84,3 anos, entre os idosos que recebiam cuidados.

Quando o foco do estudo é idoso com demência e seus cuidadores, o perfil se mantém: idosos do sexo feminino e com maior idade. Em um ambulatório de São Paulo-SP,

foram avaliados 69 idosos dependentes de cuidado e seus cuidadores, sendo que em 62,31% dos casos os idosos cuidados eram mulheres, com média de 78,78 anos, e 86,85% deles tinham diagnóstico de demência (CARVALHO, 2010). Em Ribeirão Preto-SP, Gratão et al. (2010) avaliaram 104 idosos com demência, atendidos em um ambulatório e 66,3% eram mulheres, com média de 75,5 anos, 44,2% eram casados e outros 44,2% viúvos. Na mesma cidade, 96 idosos com demência foram avaliados, sendo 66,0% mulheres, com média de 80,8 anos e 50,0% eram viúvos (STORTI, 2014). No estudo de Valente et al. (2011) na cidade do Rio de Janeiro-RJ, dos 137 idosos com demência, 65,9% eram mulheres, com média de 76 anos, 47,4% casados e 40,1% viúvos.

Nos estudos supracitados é possível notar uma tendência de que idosos dependentes de cuidado são do sexo feminino e possuem idade mais avançada, porém, ressalta-se que os idosos avaliados eram dependentes, mas o cuidador não era necessariamente um idoso, como no presente estudo. Além disso, a expectativa de vida das mulheres é maior que a dos homens; 78,6 e 71,3 anos, respectivamente (IBGE, 2014a), o que pode justificar que mais idosas sejam dependentes.

Estudos mostram que ser do sexo masculino e possuir companheiro aumenta a chance de o idoso ter um cuidador em casa. Del Duca, Thumé e Hallal (2011), em estudo conduzido em Pelotas-RS com 598 idosos, constataram que 62,9% eram mulheres, com média de 70,4 anos e 51,6% possuíam companheiro; 49,5% relataram ter um cuidador em casa, sendo que o cuidado domiciliar foi associado significativamente com ser do sexo masculino (probabilidade 44,0% maior), ter companheiro (probabilidade 1,5 vezes maior). Em outro estudo realizado com 638 idosos residentes em comunidades de baixo nível socioeconômico em Porto Alegre-RS; 25,4% deles relataram necessitar de cuidado domiciliar, que esteve associado ao avanço da idade, e os homens tiveram probabilidade 50,0% maior de receber cuidado do que as mulheres (DEL DUCA; MARTINEZ; BASTOS, 2012).

No cenário internacional, a maioria dos estudos também aponta para resultados divergentes dos encontrados na presente investigação. Um estudo realizado em Portugal com 80 idosos dependentes e 143 familiares cuidadores coabitantes, constatou-se média de 81,55 anos e 63,8% de mulheres recebendo cuidados (SALGUEIRO; LOPES, 2010). No mesmo país, Gonçalves et al., (2011b) estudaram 107 idosos com 80 anos e mais de idade, dependentes e vivendo na comunidade, encontraram 72,9% do sexo feminino, mais da metade (55,1%) tinha até 84 anos e 50,5% eram viúvos. Lafferty et al. (2014), em pesquisa realizada na Irlanda com 2311 cuidadores de idosos dependentes de cuidado, reportaram que 59,0% eram mulheres, com média de idade de 80 anos. Uma revisão de literatura que analisou 176

artigos que identificaram fatores associados à saúde física dos cuidadores de idosos, verificou que em média os idosos receptores de cuidado tinham 75,7 anos e 62,0% eram mulheres (PINKUART; SORENSEN, 2007).

Já corroborando o fato de os homens serem receptores de cuidado, podem ser citadas as investigações de Martire et al. (2003) que avaliou 91 casais idosos americanos, em que um era dependente em pelo menos uma AVD e o outro o cuidador, sendo que entre os dependentes, 62,0% eram homens com média de 72,8 anos; e a de McGee et al., (2008), que avaliou 2033 idosos irlandeses da comunidade, que foram questionados se haviam sido cuidadores e se haviam recebido cuidado nos últimos 12 meses, sendo que 49,0% se classificaram como receptor de cuidados, os quais tinham em média 76 anos, 59,0% eram homens e 61,0% casados.

De acordo com os estudos, nota-se uma tendência de que quando os idosos possuem companheiro/são casados, os homens são os mais dependentes de cuidado, e o cuidado acaba sendo uma responsabilidade da companheira. Já quando os idosos não têm vida conjugal, as mulheres são a maioria e dependentes, mas nesse caso, o cuidador pode ser alguma outra pessoa da família. No presente estudo, como o idoso dependente era cuidado por outro idoso, o predomínio de mulheres na situação de cuidadoras no cenário nacional pode justificar a maior prevalência de idosos do sexo masculino dependendo de cuidados. Quando só o casal morava na casa, a mulher, mesmo que idosa, assumia o papel de cuidadora. A este respeito, Noel-Miller (2011) avaliou 2544 idosos que coabitavam com outros idosos e eram dependentes em pelo menos uma das AVDs e encontrou que, dos casados, 53,6% recebia cuidado do cônjuge que morava na mesma casa; e entre os que não eram casados, 46,1% recebiam cuidado do idoso coabitante, sendo que essa diferença foi estatisticamente significativa, o que mostra que quando os idosos são casados, a responsabilidade em cuidar do companheiro pode ser maior.

Com relação à idade dos idosos dependentes de cuidados, a média de 74,0 anos encontrada, nesta pesquisa, é semelhante à encontrada na revisão de literatura que analisou 168 estudos e visou comparar as diferenças entre cuidadores de idosos que são cônjuges, filhos adultos e noras/genros. Constatou-se que, a média de idade para dos idosos cuidados por cônjuges foi de 73,36 anos, pelos filhos 78,34; e pelas noras/genros 76,14 anos. Nos dois últimos grupos, os idosos cuidados pelos filhos eram significativamente mais velhos do que os cuidados pelo cônjuge (PINKUART; SORENSEN, 2011). Esses dados podem indicar que quando o idoso dependente não possui idade tão avançada, há uma tendência de ser cuidado pelo cônjuge, sendo que, conforme aumenta a idade, o perfil do cuidador se modifica.

Os idosos dependentes de cuidado tiveram em média 3,4 anos de estudos, sendo que 27,5% eram analfabetos e 58,4% estudaram entre 1 e 7 anos. De acordo com dados da PNAD de 2013, a taxa de analfabetismo no Brasil chegou a 8,5% para a população geral e, entre os idosos essa taxa é mais elevada, alcançando 24,3% e, dados do estado de São Paulo, mostram taxa menor de analfabetismo entre os idosos, de 12,7% (IBGE, 2013). Além disso, em 2013, os idosos brasileiros possuíam em média 4,7 anos de estudo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2014c).

O número de analfabetos e a menor escolaridade, encontrados na atual investigação podem ser justificados pela característica da amostra do estudo, composta somente por idosos dependentes. Del Duca, Thumé e Hallal (2011) e Del Duca, Martinez e Bastos (2012), encontraram em seus estudos que o fato de ter cuidador domiciliar foi associado inversamente com a escolaridade, ou seja, quanto menor a escolaridade maior a chance de o idoso necessitar de um cuidador. O estudo de Orso (2008) encontrou que entre os idosos que necessitam de cuidados, 21,3% eram analfabetos e 61,7% possuíam ensino fundamental incompleto. Já um estudo realizado com idosos mais idosos residentes em Florianópolis-SC, mostrou que 51,0% deles completaram o primário (até quatro anos de estudo), e 27,0% eram analfabetos (GONÇALVES et al., 2011a).

Com relação à cor/raça dos idosos dependentes, a maioria (68,4%) era branca. Dados de 2013 revelaram que 46,3% da população brasileira eram da cor branca, 44,9% parda, 8,0% preta, 0,5% amarela e 0,3% indígena (IBGE, 2013). Ainda, de acordo com a mesma fonte, os números somente do estado de São Paulo-SP, 63,1% de brancos, se assemelham aos da presente investigação.

Dos 313 idosos dependentes, 88,5% eram aposentados. De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais – SIS, em 2013, 76,1% dos idosos brasileiros recebiam algum benefício da previdência, e 75,3% dos homens e 59,8% das mulheres eram aposentados (IBGE, 2014c).

Ressalta-se que a literatura apresenta estudos com objetivos de avaliar o cuidador e o contexto de cuidado de idosos dependentes, porém, a maioria deles não abordam os dados de caracterização do idoso receptor de cuidados, somente os do cuidador, o que dificultou a discussão dos resultados com outros estudos semelhantes a esse.

6.2 Avaliação do desempenho funcional dos idosos dependentes de cuidados no domicílio

Dos 313 idosos dependentes de cuidado avaliados, todos eram dependentes em alguma das AIVDs, sendo 86,6% dependentes parciais e 13,4% totalmente dependentes. As atividades em que apresentaram maior dependência foram preparo de refeições (65,2%) e trabalho doméstico (56,9%). Com relação às ABVDs, 68,4% eram independentes em todas as funções e 31,6% eram dependentes para uma ou mais funções, sendo a continência (urinária ou fecal) a mais citada por causar dependência em 23,6% dos idosos.

Em estudo com 598 idosos visando estimar a prevalência de incapacidade funcional (avaliada pelo Índice de Katz e pela Escala de Lawton e Brody), encontrou-se que 26,8% dos idosos eram dependentes para pelo menos uma ABVD e 28,8% para pelo menos uma AIVD, e a menor proporção de independência foi para a atividade básica continência (78,7%) e para a instrumental usar meio de transporte (82,3%) (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009). Utilizando esta mesma amostra, em outro estudo, foi determinada a prevalência de 49,5% de cuidado domiciliar, sendo que no modelo de regressão ajustado, os idosos com incapacidade funcional para as AIVDs tiveram 1,75 mais chance de ocorrência de cuidado familiar, quando comparados àqueles independentes (DEL DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011).

Na cidade de São Paulo-SP foram avaliados 82 idosos com diagnóstico de depressão e seus cuidadores, e foi encontrada prevalência de independência de 84,1% no Índice de Katz. Já na avaliação pela Escala de Lawton e Brody, as atividades em que os idosos apresentaram maior dependência foram tarefas domésticas (52,4%) e fazer compras (41,5%) (SCAZUFCA; MENEZES; ALMEIDA, 2002). Os dados relacionados às ABVD são semelhantes aos do presente estudo, bem como o das AIVD quando coloca o trabalho doméstico como uma das atividades instrumentais que gera maior dependência.

Pereira et al. (2012) objetivaram estimar a prevalência de incapacidade funcional para as AVDs em 631 idosos residentes em uma comunidade de baixa renda de Porto Alegre-RS, utilizando o Índice de Katz e a Escala de Lawton e Brody. Foi encontrada prevalência de dependência em pelo menos uma atividade de 26,1% para as AIVDs e de 15,5% para as ABVDs, que estiveram diretamente associadas à necessidade de um cuidador, relatada por 25,5% da amostra. Dos Anjos, Boery e Pereira (2014), em uma investigação com idosos dependentes e seus cuidadores, residentes no interior da Bahia, mostraram que dos 58 idosos,

19,0% eram totalmente dependentes e 44,9% dependentes entre três e cinco funções do Índice de Katz.

No estudo de Storti (2014), com 96 cuidadores e os respectivos idosos com demência, dependentes de cuidado e em atendimento em um ambulatório, em Ribeirão Preto-SP, os idosos foram avaliados com os mesmos instrumentos do presente estudo e, encontrou-se que para as ABVDs, 70,8% eram dependentes em uma ou mais funções e 29,2% independentes em todas as funções; já para as AIVDs, nenhum idoso era independente para estas atividades, sendo 74,0% dependentes parciais e 26,0% totalmente dependentes. Se comparados com os dados do presente estudo, pode-se afirmar que quando o idoso possui diagnóstico de demência, o grau de dependência tanto para as atividades básicas quanto para as instrumentais foi maior.

Como foi possível observar os dados encontrados na presente investigação estão de acordo com a literatura quando encontrou que a dependência do idoso se inicia com dificuldade nas AIVDs, consideradas atividades mais complexas e necessárias para viver na comunidade, e com o passar do tempo e de acordo com sua condição de saúde pode desenvolver dependência para as ABVDs, que abrange atividades relacionadas ao autocuidado.

Os estudos relacionados acima também mostraram que ser dependente está associado à necessidade de um cuidador. Os idosos da atual investigação são todos dependentes em pelo menos uma AIVD e possuem um cuidador. Esse dado é relevante quando contrastado com os dados do estudo de Lin e Wu (2011) que avaliaram 6.454 idosos da comunidade em 1998 e a cada dois anos até 2006 e, mostraram que, o número médio de dificuldade em 11 AVDs básicas e instrumentais foi de 0,36 no início do estudo, passando para 1,11 no final e a porcentagem de idosos que recebiam ajuda informal para realizar essas atividades passou de 7,96% para 22,98% no período. Após análises multivariadas, concluíram que receber cuidado informal aumenta as limitações funcionais, ou seja, o cuidado não atenua o ciclo de declínio funcional com o envelhecimento. Assim, mesmo não apresentando um grau de dependência elevado, os idosos do presente estudo já possuem um cuidador informal, o que poderá não contribuir para frear o declínio funcional, podendo sobrecarregar mais o cuidador no futuro.

Outro dado interessante está relacionado à constatação de que as atividades instrumentais em que os idosos apresentaram maior dependência foram preparo de refeições e trabalho doméstico, o que pode estar associado ao fato de a amostra de idosos dependentes ser composta, predominantemente por homens (68,7%), os quais devido a aspectos culturais

podem não ter o hábito ou ser incapazes de realizar essas atividades, necessitando de alguém que faça por eles.

6.3 Caracterização sociodemográfica e de saúde dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio

Dos 313 idosos cuidadores de idosos a maioria, (75,4%) era mulher, 90,1% eram casados/viviam com companheiro(a), 63,6% católicos e com média de 69,7 anos de idade. O papel de cuidar, por questões culturais, normalmente recai sobre a mulher (KARSH, 2003; NERI, 2006), dado que foi encontrado no presente estudo.

Os estudos realizados com cuidadores de maneira geral também retratam o perfil de mulheres serem cuidadoras de idosos dependentes que vivem na comunidade nas diversas regiões do Brasil, e essas cuidadoras normalmente são de meia idade (40-55 anos), filhas do idoso, casadas e possuem baixa escolaridade (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; DOS ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014; GONÇALVES et al., 2006; GONÇALVES et al., 2011a; GRATÃO et al., 2012a, 2012b; LOUREIRO et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2006; ORSO, 2008; VIEIRA; FIALHO, 2010; VILELA et al., 2006).

Um estudo realizado na cidade de São Carlos-SP com 72 cuidadores primários de idosos com alterações cognitivas cadastrados em USFs, mostrou que nas regiões de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social, 89,0% dos cuidadores eram mulheres, com média de 50,4 anos de idade, 67,0% casados. Já nas regiões de alta e muito alta vulnerabilidade, 86,0% são mulheres, média de 49,6 anos, 58,0% casados (SANTOS; PAVARINI, 2010).

Na avaliação de cuidadores de idosos com demência nas diversas regiões do Brasil, há uma tendência dos mesmos serem mulheres, com média etária em torno de 50 anos, casadas e filhas do idoso (CASSIS et al., 2007; FIALHO et al., 2009; GARRIDO; MENEZES, 2004; GRATÃO et al., 2010; LENARDT et al., 2011; STORTI, 2014; VALENTE et al., 2011).

Em outros países, também prevalece a figura feminina como cuidadora de idosos, como no caso de Portugal na avaliação dos 99 cuidadores de idosos dependentes com (52,5%) e sem (47,5%) demência, sendo a média de 57,1 anos, 84,8% mulheres, 78,8% casados (FIGUEIREDO; LIMA; SOUSA, 2009); dos EUA, onde foi traçado o perfil dos cuidadores com 18 anos e mais de idade que cuidavam de pessoas com 50 anos e mais e 67,0% eram

mulheres, com média de 50 anos, 76,0% brancas, 59,0% casadas (NATIONAL ALLIANCE FOR CAREGIVING, 2009a); de Singapura, onde 1077 cuidadores de idosos com 75 anos e mais e dependentes em pelo menos uma ABVD foram avaliados, sendo 60,6% mulheres, com média de 55,9 anos, 65,0% casados (CHAN et al., 2013); da Espanha na avaliação de 91 cuidadores de idosos dependentes em pelo menos uma ABVD em que 86,8% eram mulheres com média de 53,9 anos (LÓPEZ; CRESPO; ZARIT, 2007); da Coreia, onde 484 cuidadores de idosos da comunidade foram na maior parte da amostra do sexo feminino (62,4%) com média de 62,0 anos (KIM et al., 2006); e da Irlanda na avaliação de 2311 cuidadores de idosos dependentes, dentre os quais 71,8% eram mulheres, com média de 57,1 anos e 62,5% casados (LAFFERTY et al., 2014) .

O fato de a mulher assumir o papel de cuidadora mais frequentemente em comparação aos homens também foi constatado em estudos em que o foco da avaliação era idosos cuidadores.

No Brasil, dados do estudo FIBRA de 338 idosos que relataram ter sido cuidadores familiares de outros idosos nos últimos cinco anos, mostraram que 65,7% eram mulheres, com média de 71,5 anos (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014), informações semelhantes às do presente estudo.

Wolff e Kasper (2006), ao traçar o perfil dos cuidadores de idosos frágeis em 1989 e 1999 nos EUA, constataram que a média de idade dos cuidadores aumentou de 61,6 para 62,5 anos no período, e que apesar da diminuição da porcentagem de mulheres (71,2% para 67,4%) elas ainda continuaram a ser a maioria. Além disso, verificaram que os cônjuges são mais propensos a cuidarem sozinhos e oferecerem ajuda com maior frequência e intensidade.

Schulz e Beach (1999), também nos EUA, avaliaram 392 idosos cuidadores do cônjuge com dificuldade em pelo menos uma AVD e 427 controles (que moravam com cônjuge sem dificuldades). A amostra foi composta em 51,3% dos casos por mulheres, com média de 79,6 anos, 14,6 anos de estudo; e os que cuidavam apresentaram 63,0% mais risco de morte do que os não cuidadores em quatro anos de seguimento.

Seltzer e Li (2000), nos EUA, avaliaram, no início do estudo e após três anos, 108 esposas e 187 filhas cuidadoras de idosos, e 106 esposas e 75 filhas não cuidadoras. As cuidadoras esposas tinham em média 70,2 anos e todas eram casadas com o idoso dependente. Nos três anos, 12,2% das esposas que não eram cuidadoras, passaram a assumir o papel de cuidadoras, as quais diminuíram a participação em atividades de lazer, nas relações familiares e ficaram menos satisfeitas com o casamento.

Lima et al. (2008) avaliaram 1.218 americanos com 52 anos ou mais de idade, com dificuldade em pelo menos uma AVD e seus cônjuges. Entre os cônjuges com 52-64 anos, 87,4% eram cuidadores primários dos companheiros, entre os com 65-74 anos, 84,0% e para os com 75 anos e mais, 81,2%; o sexo dos cuidadores nos três grupos etários foi o feminino, 48,64%, 52,42%, e 58,68%, respectivamente; mostrando que com o aumento da idade, as mulheres são mais propensas a se tornarem cuidadoras dos seus cônjuges dependentes.

Na Irlanda, McGee et al. (2008) questionaram a 2.033 idosos se haviam sido cuidadores principais de alguém nos últimos 12 meses, e entre os que responderam afirmativamente (12,0% da amostra), a média de idade foi de 73,1 anos, 75,0% eram mulheres, 68,0% casados e 64,0% tinham apenas grau primário. As análises multivariadas mostraram que a chance de ser cuidador é maior para as mulheres, para os idosos mais jovens, casados, com baixo nível educacional, com pior saúde autopercebida e com menor déficit funcional.

Em Taiwan, foram avaliados 108 idosos cuidadores primários de idosos dependentes, os quais eram em 65,74% dos casos mulheres, com média de 74,03 anos (CHEN; CHEN. CHU, 2015). Um estudo realizado no Canadá que incluiu 323 homens cuidadores primários de esposas com déficit cognitivo ou funcional, encontrou média de 73,4 anos de idade (DUCHARME et al., 2006), ligeiramente maior que a encontrada no atual estudo.

Os dados do presente estudo, também corroboram os encontrados em uma ampla meta-análise realizada por Pinquart e Sorensen (2011), com 168 estudos visando analisar as diferenças entre cuidadores cônjuges, filhos adultos e genros/noras. Entre os cônjuges, 64,8% eram mulheres, com média de 69,8 anos, 98,8% casados e 96,7% corresidiam com o receptor de cuidados, sendo que os cônjuges eram significativamente mais velhos que os outros dois grupos, mais propensos a serem do sexo feminino, casados, morarem junto com o receptor de cuidados e terem menor nível educacional e econômico.

A raça/cor da pele dos idosos cuidadores foi a branca para 70,0% dos idosos cuidadores avaliados no presente estudo, porcentagem mais elevada do que a do estado de São Paulo em 2013, que foi de 63,1% (IBGE, 2013).

Em comparação aos idosos dependentes de cuidados, os cuidadores apresentaram média de anos de estudo maior (3,4 e 3,9 anos, respectivamente), e a porcentagem de analfabetos também foi menor, 18,2% para os idosos cuidadores contra 27,5% para os dependentes de cuidado. Os números são maiores que os encontrados para os idosos do estado de São Paulo (12,7% de analfabetos), e menores do que para a população idosa brasileira, em anos de estudo que foi de 4,7 em média, em 2013 (IBGE, 2013). Na cidade de São Carlos-SP,

de acordo dados do Censo de 2010, 12,5% dos idosos nunca tinham frequentado a escola (IBGE, 2010).

Dados dos cuidadores de idosos da cidade de São Carlos-SP cadastrados em USFs mostraram que nas regiões mais pobres da cidade, 39,0% dos cuidadores possuíam ensino fundamental incompleto e 25,0% eram analfabetos; e nas regiões com baixa e média vulnerabilidade, 47,0% tinham ensino fundamental incompleto e 3,0% eram analfabetos (SANTOS; PAVARINI, 2010). Porém, cabe ressaltar que os cuidadores não eram necessariamente idosos, como na amostra do atual estudo.

Em consonância com a baixa escolaridade, também foi observada baixa renda entre os idosos cuidadores pesquisados. A renda mensal média foi de R\$885,90 e a mediana de R\$724,00. Ressalta-se que no momento da avaliação, o salário mínimo vigente no país era de R\$724,00 (BRASIL, 2013) e, portanto 50,0% da amostra recebiam até esse valor. Além disso, 65,8% dos idosos cuidadores eram aposentados e 20,4% referiram que ainda trabalhavam, sendo que destes a maioria (17,2%) era diarista/doméstica/cozinheiro(a), profissões/ocupações predominantemente femininas.

No estudo de Santos e Pavarini (2010) com cuidadores de idosos, na cidade de São Carlos-SP, dos que viviam em regiões mais pobres, 34,0% não possuíam renda e nas regiões menos pobres, 39,0%. A porcentagem de idosos que recebia, no Brasil, algum benefício da previdência em 2013, foi de 76,1%, sendo que 75,3% dos homens e 59,8% das mulheres eram aposentados (IBGE, 2014c). Os dados do presente estudo revelaram uma porcentagem de aposentados menor que a nacional, e menor que a dos idosos dependentes de cuidados (88,5%), o que pode ser justificado pelo predomínio de mulheres na amostra de cuidadores, já que no Brasil existem menos mulheres aposentadas do que homens.

Nos EUA, o estudo com cuidadores do cônjuge com 52 anos ou mais, mostrou que quando o cônjuge cuidador possuía entre 52 e 64 anos, 45,2% deles trabalhavam; entre 65 e 74 anos, 80,2% não trabalhavam e com 75 anos ou mais, 89,8% não trabalham (LIMA et al., 2008), evidenciando que com o aumento da idade do cônjuge cuidador, a maioria não trabalha fora de casa.

A renda familiar média foi de R\$2.258,20, o que corresponde a 3,1 salários mínimos vigentes no momento da coleta de dados e a mediana de R\$1.800,00. Ressalta-se que o número médio de pessoas que residiam na mesma casa com o idoso cuidador era de 3,0 pessoas.

No estudo de Neri et al. (2012) com 176 idosos cuidadores de Campinas-SP, a renda familiar média foi de R\$1.990,00. No mesmo projeto, em uma amostra maior (n=338) de

cuidadores idosos de três cidades brasileiras (Campinas-SP, Parnaíba-PI e Ivoti-RS), foi encontrado que 45,7% dos participantes possuíam renda familiar de 1,1 a 3,0 salários mínimos (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014).

A amostra estudada residia predominantemente na área urbana (80,8%). Dados da PNAD de 2013 apontam que no Brasil, 83,9% das pessoas com 60 anos ou mais de idade residiam em contextos urbanos, e no Estado de São Paulo a porcentagem sobe para 96,2% (IBGE, 2013).

Na Irlanda, de acordo com o censo de 2011, 4,1% da população eram cuidadores informais de um indivíduo, sendo que desses, 43,3% moravam na área rural (CARE ALLIANCE IRELAND, 2015). Quando avaliados 2.311 cuidadores que cuidavam de idosos dependentes; pouco mais da metade deles (50,8%) moravam na área rural (LAFFERTY et al., 2014). Assim, o percentual de cuidadores de idosos que mora na área rural foi maior que o de cuidadores de pessoas de maneira geral naquele país.

A média de filhos por idoso foi de 4,1 e o arranjo domiciliar que prevaleceu na amostra foi morar somente com o cônjuge (42,8%), seguido por morar com cônjuge e filhos (21,7%). Esse é um dado que merece atenção, pois quase metade da amostra de idosos cuidadores morava somente com o cônjuge, ou seja, são residências em que habitavam somente o casal de idosos, em que pelo menos um deles era dependente em pelo menos uma AVD, reafirmando a importância e a necessidade de ter sido conduzida uma avaliação do cuidador.

A avaliação se torna ainda mais relevante quando são analisados os dados referentes à saúde do idoso cuidador, em que a maioria (88,8%) fazia uso de algum medicamento regularmente, sendo a média de 3,1 medicamentos diários. Além disso, 62,9% relataram ter hipertensão arterial, 46,6% problemas de coluna e 45,7% visão prejudicada. Tais fatores podem tanto interferir na qualidade do cuidado, quanto terem sido causados pela situação de cuidado.

Em São Carlos-SP, 66,0% dos cuidadores de idosos das áreas menos pobres da cidade e 56,0% das áreas mais pobres relataram não possuir doenças (SANTOS; PAVARINI, 2010). Dos 238 cuidadores de idosos de Jequié-BA, 21,2% referiram ter hipertensão arterial e 12,5% problemas osteomusculares (VILELA et al., 2006). Dos Anjos, Boery e Pereira (2014) encontraram que dos 58 familiares cuidadores de idosos dependentes da comunidade, no interior da Bahia, 87,9% relataram apresentar pelo menos uma doença. Porém, nesses estudos, as amostras foram compostas predominantemente por cuidadores de meia idade.

Quando o foco são os idosos cuidadores, dos 338 avaliados no projeto FIBRA, 35 relataram não possuir nenhuma doença (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014). Entre os 392 cuidadores de cônjuges com dificuldade em pelo menos uma AVD e os 427 cônjuges de idosos sem dificuldades, residentes nos EUA, 32,0% informaram não possuir doenças prevalentes e condições subclínicas avaliadas. Após quatro anos, todos os cônjuges com doenças diagnosticadas no *baseline* tiveram mais risco de morte, sendo esse risco maior entre os que cuidavam do companheiro e reportaram tensão (SCHULZ; BEACH, 1999).

A literatura relacionada ao uso de medicamentos em cuidadores de idosos é escassa, e no caso de idosos cuidadores, não foi encontrado nenhum estudo com essa abordagem, nas buscas realizadas.

Um estudo com 101 cuidadores de idosos com DA em Ribeirão Preto-SP, mostrou que 59,4% deles usavam algum tipo de medicamento (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012). Outra investigação conduzida com 69 cuidadores familiares de idosos dependentes atendidos em um ambulatório em São Paulo-SP, revelou que o uso de medicamento era em média de 2,25 unidades por dia (CARVALHO, 2010). Porém, os cuidadores avaliados eram de meia idade.

Já em estudos realizados com idosos, podem ser citados os de Marin et al. (2008), que avaliaram 301 idosos cadastrados na ESF, no interior paulista, quanto ao uso de medicamentos e encontraram que 14,3% não usavam medicamentos, e entre os que usavam a média foi de 2,9 medicamentos diários; de Coelho Filho, Marcopito e Castelo (2004) que descreveu o perfil de utilização de medicamentos de 668 idosos de Fortaleza-CE, em que 69,5% usavam medicamentos prescritos, com média de 1,7 por dia e 28,2% usavam medicamentos não prescritos, com média de 0,4 por dia; e o de Silva et al. (2010) que avaliaram 211 idosos de uma USF de Montes Claros-MG, em que mais de 90,0% referiram usar algum medicamento.

Esses dados mostram que a maioria dos idosos refere usar medicamentos, como foi encontrado na atual investigação com os idosos cuidadores, em que a média foi de 3,1 medicamentos por dia, semelhante à encontrada por Marin et al. (2008), e mais elevada que a encontrada por Coelho Filho; Marcopito; Castelo (2004). Porém, como os idosos desses estudos não eram cuidadores, não se sabe se esse fator pode ou não, influenciar o uso de medicamentos.

Com relação à satisfação com a vida, 78,0% dos cuidadores idosos investigados relataram estar muito satisfeitos, 17,9% mais ou menos e 4,2% pouco satisfeitos e na

autoavaliação da saúde 55,9% avaliaram sua saúde como boa/muito boa, 36,4% como regular e 7,7% como ruim/muito ruim.

O estudo com 238 cuidadores de idosos de Jequié-BA revelou que 63,0% deles estavam mais ou menos satisfeitos, 34,4% pouco satisfeitos e 2,6% muito satisfeitos com a vida e quanto à autoavaliação da saúde, 32,0% a avaliaram como boa, 42,9% como regular e 25,1% como ruim (VILELA et al., 2006), no entanto, os cuidadores não eram exclusivamente idosos. O mesmo se aplica aos cuidadores (com 18 anos ou mais) de pessoas com 50 anos ou mais de idade, nos EUA, entre os quais para 59,0% a saúde foi avaliada como excelente/boa, para 25,0% como regular e para 16,0% como ruim/muito ruim (NATIONAL ALLIANCE FOR CAREGIVING, 2009a).

Dos 1.077 cuidadores de idosos (75 anos e mais e com dificuldade em pelo menos uma ABVD) de Singapura, 24,5% avaliaram a saúde como pobre/aceitável, 57,5% como boa, e 18,1% como muito boa/excelente. E quando comparados ao grupo de não cuidadores de idosos (n=318), verificou-se que os cuidadores possuíam 2,45 vezes a chance de ter pior saúde autopercebida do que os não cuidadores. Além disso, para os cuidadores, conforme diminui a idade, a chance de ter pior saúde autopercebida também diminui de forma linear, sendo que os cuidadores com menos de 50 anos tiveram 71,0% menos chance de ter pior saúde autopercebida do que os cuidadores com 75 anos e mais (CHAN et al., 2013).

No Reino Unido, 12,0% dos idosos relataram que eram cuidadores informais, sendo que 35,8% avaliaram sua saúde como boa, 44,6% como regular e 19,6% como ruim (DORAN; DREVER; WHITEHEAD, 2003). Dos 2.033 idosos da Irlanda, 20,0% relataram ter sido cuidador nos últimos 12 meses, e desses, 60,0% avaliaram sua saúde como boa/excelente (MCGEE et al., 2008), porém eles eram idosos cuidadores de pessoas de diversas faixas etárias, não somente de idosos. No mesmo país, dos 2.311 cuidadores de idosos avaliados, 68,9% considerou a saúde boa/excelente e 31,1% como ruim ou pobre (LAFFERTY et al., 2014).

Já entre as 476 esposas cuidadoras dos cônjuges dependentes, nos EUA, 67,9% considerou a saúde como boa/excelente e 32% como ruim/pobre (SELTZER; LI, 2000). A porcentagem de idosos cuidadores que avaliou a saúde como boa no presente estudo foi menor se comparada a esse estudo internacional realizado com idosos cuidadores de idosos.

6.4 Aspectos do cuidado realizado pelos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio

Quanto aos aspectos do cuidado investigados, nesta pesquisa, os dados mostraram que 85,0% dos idosos cuidadores cuidavam do cônjuge, em média há 114,4 meses (mediana de 60,0 meses), o que corresponde à média de 9,5 anos e mediana de 5,0 anos. O tempo médio de cuidado diário foi de 6,1 horas (mediana de 4,0 horas), 95,8% cuidavam todos os dias da semana e o gasto mensal médio com o cuidado foi de R\$191,70 (mediana de R\$50,00). A maioria (96,2%) não participou de cursos de formação de cuidadores.

Ressalta-se que, expressivo número de cuidadores relatou que os medicamentos e materiais necessários para o cuidado eram, em sua maioria, fornecidos pelo sistema de saúde do município, não acarretando gastos para a família.

No Brasil, o estudo que avaliou 338 idosos que reportaram ter cuidado de algum idoso nos últimos 12 meses mostrou que 76,3% cuidaram do cônjuge, 13,9% do pai/mãe e 7,7% do cônjuge e pai/mãe (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014). Já em Taiwan, dos 108 idosos cuidadores de idosos dependentes, 81,5% cuidavam do cônjuge, 13,9% do pai/mãe e 4,6% do sogro(a) (CHEN; CHEN; CHU, 2015).

De acordo com a escassa literatura com esse dado disponível, é possível observar que quando se trata de idosos cuidadores, a maioria cuida do cônjuge, corroborando os dados da atual investigação.

Com relação à duração do cuidado, o estudo citado anteriormente (CHEN; CHEN; CHU, 2015) mostrou média de 5,8 anos, 17,5 horas por dia e 6,12 dias por semana. As 129 esposas cuidadoras do cônjuge dependente nos EUA cuidavam em média há 6,4 anos (SELTZER; LI, 2000). Entre os 323 cuidadores de esposas com déficit funcional ou cognitivo do Canadá, 53,9% cuidavam há menos de cinco anos e 26,6% entre 5 e 9 anos; 36,0% gastavam de 21 a 24 horas por dia no cuidado da esposa (DUCHARME et al., 2006).

No estudo com os 1.218 cônjuges de idosos com dificuldade em pelo menos uma AVD, nos EUA, foi possível observar que conforme aumenta a idade do cuidador, o tempo gasto com o cuidado também aumenta, sendo que os cuidadores com idade entre 52 e 64 anos haviam cuidado por 97,47 horas no último mês; os com 65 a 74 anos, 149,7 horas; e o tempo aumentou para 182,5 horas para os cuidadores com idade igual ou superior a 75 anos. O modelo multivariado mostrou que os cônjuges com 52 a 64 anos proviam significativamente 20,0% menos horas de cuidado mensal do que os mais idosos, controlando por sexo,

capacidade funcional, presença de outras pessoas auxiliando o cuidado e receber ajuda com suas próprias limitações (LIMA et al., 2008).

A revisão de literatura de 168 artigos realizada por de Pinquart e Sorensen (2011), mostrou que entre os cuidadores cônjuges, a duração média do cuidado foi de 5,77 anos e 56,44 horas semanais.

Quando se utiliza a mediana para comparação, justificada pelo fato de haver valores muito extremos que elevam a média; os dados de duração do cuidado da atual investigação são semelhantes aos estudos encontrados. Porém, os dados de tempo diário gasto com o cuidado são avaliados de formas diferentes e podem variar de acordo com o grau de dependência do idoso que recebe o cuidado, bem como a presença de doenças, o que dificulta a comparação entre os estudos. Soma-se a isso o fato de que os idosos cuidadores entrevistados no presente estudo tiveram dificuldade para mensurar o tempo de cuidado (em meses), já que muitas atividades de cuidado faziam parte da rotina e não eram reconhecidas por eles.

Das atividades que os idosos cuidadores relataram que faziam sozinhos pelos idosos dependentes de cuidados, as mais citadas foram: preparo da alimentação (78,0%), tarefas domésticas (70,6%) e manuseio do dinheiro (48,9%). A ajuda de outras pessoas e a ajuda compartilhada foram mais indicadas para a atividade levar à consulta médica, por 17,6% e 14,4%, respectivamente. Entre os tipos de ajuda recebidos, a afetiva/emocional foi a mais mencionada (47,0%).

A ajuda oferecida para a alimentação e tarefas domésticas, pode ser explicada pelo fato de que, a amostra de idosos dependentes, era predominantemente composta por homens, e a de idosos cuidadores, preponderantemente feminina, já que esses são papéis tradicionalmente desempenhados pelas mulheres, no Brasil. Porém, no estudo canadense, com 323 cuidadores homens de suas esposas com déficit funcional ou cognitivo, também foi encontrado o predomínio tanto do preparo de refeição (77,0%), quanto de tarefas domésticas (57,0%) (DUCHARME et al., 2006). Não é possível tirar conclusões somente com base nesses dois estudos, porém, para idosos cuidadores, tais atividades podem estar relacionadas mais ao cuidado em si, do que a uma atribuição cultural de papéis.

Em estudos com cuidadores não exclusivamente idosos; dos cuidadores com 18 anos ou mais de pessoas com 50 anos ou mais, nos EUA, 100% deles forneciam ajuda para as AIVDs, sendo as atividades mais citadas: o transporte (84,0%), as tarefas domésticas (75,0%), as compras (75,0%), o preparo de refeições (64,0%) e o manejo do dinheiro (62,0%). Já para as ABVDs, 61,0% dos cuidadores ajudavam, principalmente, nas atividades: transferência

(46,0%) e vestir-se (46,0%). Desses cuidadores, 19,0% relataram ter recebido algum treinamento para cuidar (NATIONAL ALLIANCE FOR CAREGIVING, 2009a), números esses mais elevados que os relatados pelos idosos cuidadores desta investigação.

6.5 Avaliação da sobrecarga, nível de estresse percebido, presença de sintomas depressivos e desempenho funcional e cognitivo dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio

Na avaliação da sobrecarga utilizando a ZBI, a média de pontuação dos 313 idosos cuidadores foi de 17,7($\pm 14,1$), e a mediana 15,0.

A avaliação da sobrecarga em cuidadores de idosos no Brasil é voltada principalmente para as pessoas que cuidam de idosos com demência.

Estudos nacionais realizados com cuidadores de idosos com demência encontraram pontuação média na ZBI, normalmente, entre 30 e 36 pontos (CASSIS et al., 2007; FIALHO et al., 2009; GARRIDO; MENEZES, 2004; LENARDT et al., 2011; SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014; VALENTE et al., 2011). Ressalta-se que, nesses estudos, os cuidadores eram na maioria dos casos mulheres de meia idade. Diferindo desse padrão, podem ser citadas as investigações de Storti (2014) que avaliou 96 cuidadores de idosos com demência, em Ribeirão Preto-SP, e encontrou média na ZBI de 25,2 pontos e de Folquitto et al. (2013) que na investigação com 61 cuidadores de pacientes com DA, em São Paulo-SP, obtiveram média de 20,11 pontos na ZBI.

No cenário internacional, em pesquisas desenvolvidas com cuidadores de idosos com demência, os resultados são semelhantes aos encontrados no Brasil. Hirano et al. (2011b) avaliaram 50 cuidadores de idosos com DA, no Japão e encontraram média de 32,1 pontos na ZBI. Bergvall et al. (2011), em estudo com 866 cuidadores de pacientes com DA, na Suécia, Espanha, Reino Unido e EUA, encontraram média na ZBI de 31,75; 32,86; 35,31; e 30,61 pontos, respectivamente para cada país. Uma exceção é a investigação com 71 cuidadores de pessoas com Doença de Parkinson no Reino Unido, que tiveram média de 23,75 pontos na avaliação da sobrecarga pela ZBI (LEROI et al., 2012).

Quando o enfoque das investigações são cuidadores de idosos que não possuem necessariamente o diagnóstico de demência se torna difícil fazer alguma comparação, pois não há um padrão nas características dos sujeitos avaliados.

Tamanini et al. (2011) avaliaram 327 idosos e seus cuidadores, em São Paulo-SP, sendo que 74,2% não tinham incontinência urinária. Nos cuidadores de idosos com incontinência, a média de pontuação na ZBI foi 22,4; e nos sem incontinência foi de 17,8 pontos. Em pesquisa com 82 cuidadores de idosos com diagnóstico de depressão, em São Paulo-SP, encontrou-se média de 31,3 pontos na ZBI, e a sobrecarga se associou com a severidade da depressão e maior dependência para as AVDs dos idosos (SCAZUFCA; MENEZES; ALMEIDA, 2002).

Gratão et al. (2012b) avaliaram 124 familiares de idosos dependentes vivendo na comunidade, em Ribeirão Preto-SP, e encontraram pontuação média de sobrecarga de 27,8 pontos, sendo essa mais elevada para os cuidadores e idosos dependentes com maior idade, os cônjuges, as mulheres, o maior número de horas de cuidado diárias, a pior cognição e a maior dependência do idoso cuidado. Na mesma amostra, foram analisados somente os cuidadores de idosos com déficit cognitivo (n=70) e a pontuação média aumentou para 30,3 pontos, sendo que menores pontuações no MEEM do idoso estiveram associadas à maior sobrecarga do cuidador (GRATÃO et al., 2012a).

Estudo realizado em Unidades de Saúde da subprefeitura da Cidade Ademar na capital paulista, foram avaliados 66 cuidadores (83,3% mulheres com média de 50,5 anos) de familiares dependentes (57,6% mulheres com média de 63,45 anos) e a pontuação média na ZBI foi de 32,12 pontos (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008). Em João Pessoa-PB, cuidadores de 52 idosos dependentes em pelo menos uma das seis ABVDs avaliadas, apresentaram sobrecarga média de 31,0 pontos (LOUREIRO et al., 2014). No interior do estado da Bahia foram avaliados 58 cuidadores de idosos dependentes que viviam no domicílio e a média foi de 47,0 na ZBI (DOS ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014), mais alta que a encontrada em outras investigações.

Já na literatura internacional, a variação de pontuação na ZBI é grande, dependendo do país e da amostra avaliada.

Para os 338 cuidadores de pacientes com doenças psiquiátricas, em Laos, na Nigéria, o escore médio na ZBI foi de 42,85 pontos (ADEWAYA; OWOEYE; ERINFOLAMI, 2011). Na Índia, para os 85 cuidadores de idosos dependentes em pelo menos uma ABVD, residentes em comunidades rurais e que responderam à ZBI, a média de pontos foi de 17,9 (BRINDA et al., 2014).

Na Espanha, pesquisa realizada com 91 cuidadores de idosos dependentes em pelo menos uma ABVD, revelou média de 64,2 pontos na avaliação da sobrecarga, a qual diminuiu significativamente para dois grupos que participaram de intervenções visando diminuir o

estresse, e se manteve igual para o grupo controle (LOPÉZ; CRESPO; ZARIT, 2007). No mesmo país, 62 cuidadores de idosos dependentes obtiveram média de 57,3 pontos na ZBI (VÁSQUEZ-SANCHES et al., 2012). Porém, ressalta-se que nesses estudos foi utilizada a versão em espanhol da escala, cuja pontuação varia de 22 a 110 pontos, e não de 0 a 88, como a versão utilizada no presente estudo, o que justifica maiores médias encontradas por eles.

Na Coreia, foram avaliados 484 cuidadores de idosos residentes na comunidade e a média na ZBI foi de 10,8 pontos, sendo mais alta para cuidadores de idosos com alterações cognitivas e com maior idade, para cuidadores mais jovens, filhos do idoso e que cuidavam sem ajuda (KIM et al., 2006).

Na Irlanda a pontuação média na ZBI para os 2.311 cuidadores de idosos avaliados foi de 33,2, sendo significativamente maior para as mulheres e pessoas de meia idade (46-64 anos). Além disso, 26,5% foram classificados com sobrecarga pequena, 40,3% moderada, 26,6% de moderada a severa e 6,6% severa (LAFFERTY et al., 2014).

Quando classificados pela pontuação, 66,8% dos idosos cuidadores do presente estudo apresentaram ausência ou pequena sobrecarga, 24,3% moderada, 8,0% de moderada a severa; e 0,9% severa.

Seguindo a mesma classificação, Carvalho (2010) entrevistou 69 cuidadores familiares de idosos dependentes, atendidos em um ambulatório em São Paulo-SP, sendo que 86,85% dos idosos dependentes possuíam demência, e encontrou que 20,29% apresentavam sobrecarga leve, 44,93% moderada, 34,78% de moderada a severa. Storti (2014) em seu estudo com 96 cuidadores de idosos com demência encontrou pequena sobrecarga em 48,9% deles, moderada em 34,4%, de moderada a severa em 12,5%, e severa em 4,2%. Já em Curitiba-PR, dos 208 cuidadores familiares de idosos com DA, 22,6% apresentaram sobrecarga pequena, 46,2% moderada, 26,0% de moderada a severa e 5,3% sobrecarga severa (LENARDT et al., 2011; SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014). Apesar das três amostras serem compostas predominantemente ou exclusivamente por cuidadores de idosos com demência, as porcentagens diferem, o que pode acontecer devido à influência de variáveis como local do estudo, grau e tempo de diagnóstico da demência, necessidade de cuidados do idoso, características do cuidador, entre outras.

No Japão foi conduzida uma pesquisa na comunidade com cuidadores de idosos sem demência (n=573), cuidadores de idosos com demência moderada (n=725) e cuidadores de idosos com demência severa (n=261); e a média de pontuação na ZBI foi de 23,57; 29,64 e 35,51 pontos, respectivamente, mas apesar de existirem diferenças, elas não foram

estatisticamente significativas no modelo final ajustado por diversas variáveis do idoso e do cuidador (HIRAKAWA et al., 2008).

Os dados disponíveis na literatura mostraram que na maioria dos casos a média de pontuação na ZBI foi maior que a encontrada na atual investigação (17,7 pontos). Porém, a comparação dos dados é dificultada pela diversidade das amostras de idosos dependentes e de cuidadores avaliadas; e também pela variedade de regiões brasileiras e de países do mundo que realizaram tal avaliação, evidenciando que a sobrecarga percebida pelo cuidador pode sofrer influência de variáveis culturais.

Neste estudo, a avaliação do estresse percebido utilizando a PSS-14, mostrou que a média de pontuação para os 313 idosos cuidadores foi de 18,5 ($\pm 9,7$) e a mediana 17,0.

Na população brasileira, a avaliação do estresse percebido aplicando a PSS-14 mostra que a pontuação varia de acordo com as características dos sujeitos estudados.

As investigações relacionadas a seguir foram conduzidas na cidade de Florianópolis-SC. O estudo de validação da PSS no Brasil publicado por Luft et al. (2007a), com a participação de 76 idosos (92,1% mulheres) com média de 70,04 anos de idade, mostrou média de 21,37 pontos no instrumento. Em sua dissertação, Luft (2007) avaliou 80 idosas, as quais tiveram média de 19,11 pontos. Um grupo de 48 idosas, sendo 16,7% sedentárias, 29,1% praticantes de atividade física moderada e 54,2% fisicamente ativas, respondeu à PSS e obteve média de 20,68 pontos (LUFT et al., 2007b). Em estudo que avaliou 55 idosos praticantes de atividade física e 25 idosos não praticantes, revelou média na PSS de 15,2 e 16,9 pontos, respectivamente, não havendo diferenças significativas entre os grupos (CARDOSO, 2009). Em outro estudo com 90 idosos praticantes de atividade física, encontrou-se média de 18,5 pontos (CONCEIÇÃO et al., 2012). Além desses, um grupo de 147 mulheres com diabetes tipo 2 (média de 66,0 anos) tiveram média de 21,34 pontos na PSS (LESSMAN; SILVA; NASSAR, 2011).

No estado do Paraná foram avaliados grupos de idosos: praticante de atividade física (n=84) e não praticante (n=103), com medianas de 28 e 34 pontos na PSS, respectivamente, sendo essa diferença significativa (NASCIMENTO JÚNIOR; CAPELARI; VIEIRA, 2012).

Apesar das diferenças de pontuação, nota-se que na maioria dos estudos, a pontuação média foi em torno de 20 pontos, semelhante à encontrada do presente estudo.

Santos (2012) conduziu um estudo em Ribeirão Preto, com 90 idosos que sofreram AVC, os quais foram entrevistados e responderam à PSS-10 itens, obtendo média de 14,04 pontos.

Não foi encontrado nas buscas realizadas nenhum estudo conduzido com cuidadores de idosos que avaliasse o estresse utilizando a PSS, no Brasil. Porém, a escala também é usada na população geral brasileira, como no estudo de Lima e Bianchi (2010) que avaliou 101 enfermeiros de um hospital de São Paulo, que tiveram mediana de 20,0 pontos na PSS-14; o de Padulla et al. (2009) que entrevistaram 70 pacientes em hemodiálise de Presidente Prudente-SP, com média de 24,31 pontos na escala; o de Segato et al. (2010), realizado com 31 velejadores de alto nível, em período de competição e que obtiveram média de 20,0 pontos; e o de Machado et al. (2014), que entrevistaram e aplicaram a PSS-10 para 517 professores dos Ensinos Fundamental e Médio de Campinas-SP, e a média foi de 15,36 pontos.

No cenário internacional, foram encontrados estudos que utilizaram as duas versões da escala, a completa PSS-14 e a reduzida PSS-10.

Peters et al. (2010) avaliaram 811 idosos americanos, todos homens, com média de 67,9 anos, e a mediana na PSS-14 foi de 18,0 pontos; uma unidade de ponto a mais que a encontrada nos idosos cuidadores do presente estudo. White et al. (2014) entrevistaram 578 idosos (70 anos ou mais) americanos, sendo 63,5% mulheres e a média etária de 78,8 anos, e a pontuação média na PSS-14 foi de 16,4 pontos, menor que a encontrada na atual investigação.

Quando a amostra investigada é composta por cuidadores de idosos, Fredman et al. (2010) avaliaram 375 cuidadoras e 694 não cuidadoras, todas mulheres, com média de 81,3 anos, sendo que 50,0% cuidavam do cônjuge. Os grupos foram divididos em menor estresse (pontuação <20 na PSS-14), e maior estresse (pontuação ≥ 20). No grupo de cuidadoras, a média de pontos do grupo com menor estresse foi de 12,5 e do com maior estresse, 25,0, pontos. No grupo de não cuidadoras foi de 12,1 e 24,0 pontos, respectivamente, sendo as diferenças significativas. Além disso, nos dois grupos, as com maior estresse na avaliação inicial tiveram 1,8 vezes mais risco de morte em três anos do que as com menor estresse. Com a população do mesmo estudo, mas utilizando a amostra de 337 cuidadoras e 617 não cuidadoras, a pontuação geral na PSS-14 foi de 15,4 pontos, porém os sujeitos foram divididos em grupos com afeto positivo alto (58,0%), com afeto positivo baixo (34,0%) e com sintomatologia depressiva (8,0%) e as pontuações foram 12,9; 17,6 e 24,6 pontos, respectivamente, sendo as diferenças significativas (PARK-LEE et al., 2009).

Nos EUA, foram avaliados 76 cuidadores familiares de idosos com Insuficiência Cardíaca, sendo a média de idade de 63,0 anos, 73,3% eram mulheres e 51,0% cônjuges do idoso; e a pontuação média na PSS-14 foi 16,22 pontos (SCHWARZ; DUNPHY, 2003).

No geral, as médias na PSS-14 encontradas nos estudos citados são ligeiramente menores que as do presente estudo.

Foram encontrados, também, estudos conduzidos com idosos e cuidadores, nos quais a escala utilizada foi PSS-10. Nos EUA, Ostwald et al. (2009) avaliaram 159 casais, sendo que um havia sobrevivido ao AVC (média 66,4 anos, 74,8% homens) e um era o cuidador (média 62,5 anos, 74,8% mulheres), e aplicaram a PSS-10 no momento da alta hospitalar e cada três meses até completar um ano. Na alta, a média de pontuação dos cuidadores era de 14,0 pontos e dos pacientes de 12,27; as quais foram diminuindo gradativamente até chegar a 13,21 pontos para os cuidadores e 10,47 para os pacientes após um ano de investigação.

Com relação à cuidadores de idosos com demência, no Irã foram entrevistados 29 deles, os quais passaram por intervenção educativa sobre a DA e tiveram média na PSS-10 de 16,09 pontos antes da intervenção e 10,09 após a intervenção (JAVADPOUR; AHMADZADEH; BAHREDAR, 2008). Nos EUA, 28 cuidadores de idosos com demência e 48 não cuidadores, com mais de 50 anos, responderam à PSS-10, sendo que a média dos cuidadores foi de 19,9 e dos não cuidadores de 12,2, com diferenças significativas (MARQUEZ et al., 2012).

Mani et al. (2014), conduziram uma investigação com 100 idosos que residiam em uma instituição para idosos na Índia, e a média na PSS-10 foi de 19,66 pontos. Zhang, Simon e Dong (2014) avaliaram 3159 idosos chineses que moravam nos EUA e encontraram média de 20,0 pontos na PSS-10.

Na população geral, nota-se que as pessoas tendem a ter uma média maior de pontuação do que nos estudos conduzidos especificamente com idosos em diversos países como EUA, China, Grécia, Jordânia, Hungria, México, Espanha (ALMADI et al., 2012; ANDREOU et al., 2011; COHEN; KAMARCK; MERMELSTEIN, 1983; COHEN; WILLIANSOM, 1988; RAMÍREZ; HERNÁNDEZ, 2007; LEUNG; LAM; CHAN, 2010; REMOR, 2006; STAUDER; THEGE, 2006; VONDRAS et al., 2005).

Além disso, investigações mostram que o estresse percebido diminui com o aumento da idade (ANDREOU et al., 2011; COHEN; WILLIANSOM, 1988; COHEN; JANICKI; DEVERTS, 2012; TRIGO et al., 2010).

Com relação à avaliação dos sintomas depressivos dos 313 idosos cuidadores, foi possível constatar média de 3,65($\pm 2,8$) na GDS-15, com mediana de 3,0 e variação de zero a 13 pontos. Além disso, 17,9% tiveram pontuação indicativa de sintomas depressivos leves e 3,2% de sintomas depressivos severos.

Em uma análise de estudos nacionais que avaliaram a presença de sintomas depressivos na população idosa e utilizaram a GDS como instrumento para avaliá-los, foi possível perceber que os estudos estão divididos em dois cenários: avaliação na comunidade e avaliação de idosos institucionalizados.

As investigações conduzidas com idosos nas instituições estão crescendo e a avaliação da sintomatologia depressiva nesse grupo é cada vez mais comum e relevante. Porém, como esses idosos possuem características peculiares, não é adequado compará-los aos idosos que vivem na comunidade. Nos estudos com esse último grupo, é possível notar que a prevalência de sintomas depressivos varia de acordo com a região em que o estudo foi desenvolvido e com características específicas do local.

No estudo de Souza et al. (2012), conduzido em Jequié-BA, com 125 idosos, foi encontrada prevalência de 88,8% de sintomatologia depressiva entre eles; já no estudo de Chaves et al. (2014) com 287 idosos da ESF de Alfenas-MG a prevalência foi de 88,0%. Em pesquisa com 200 idosos atendidos na atenção primária de Sobral-CE, a prevalência de sintomas depressivos foi de 46,5% em (LINHARES et al., 2011). Em outro estudo com 1.514 idosos da Atenção Básica de Bagé-RS, 14,9% deles apresentaram sintomatologia depressiva (HOLZ et al., 2013).

Porém, no geral, os estudos mostram que a prevalência de sintomas de depressão varia entre 19,0% e 31,0% em estudos conduzidos na comunidade, nos estados de Minas Gerais (FERREIRA; TAVARES, 2013; HOFFMAN et al., 2010; REBELLO et al., 2011), Rio Grande do Sul (BORGES; DALMOLIN, 2012; IRIGARAY; SCHEIDER, 2007; NOGUEIRA et al., 2014), Paraíba (OLIVEIRA et al., 2012), Santa Catarina (BORGES et al., 2013; GRASEL; URNAU; MARQUES, 2012), Distrito Federal (OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 2006) e Rio Grande do Norte (MACIEL; GUERRA, 2006).

De acordo com os dados de estudos nacionais que utilizaram a GDS para avaliação de sintomas depressivos, apenas um deles (HOLZ et al., 2013) encontrou prevalência menor que 19,0%. Uma revisão da literatura visando conhecer a prevalência de depressão no Brasil analisou 17 estudos, sendo que para sintomas depressivos, a prevalência variou de 13,0% a 39,0% e somente dois artigos tiveram prevalência menor que 20,0%, porém os estudos usaram além da GDS, outros instrumentos para identificar a sintomatologia depressiva (BARCELLOS-FERREIRA et al., 2010). Com base nessas informações, a prevalência de 17,9% nos idosos cuidadores do presente estudo é menor que a encontrada pela maioria dos pesquisadores do Brasil.

Em Campinas-SP, 176 idosos que relataram ter cuidado de outro idoso nos últimos cinco anos foram avaliados com a GDS-15, e a prevalência de sintomas depressivos foi de 20,0%, sendo que cada salário mínimo a mais na renda correspondeu a um declínio de 34,2% na chance do idoso apresentar sintomatologia depressiva (NERI et al., 2012).

Um grupo de 338 idosos que cuidou de pelo menos um idoso nos últimos cinco anos foi comparado a um grupo de 338 idosos não cuidadores; sendo que o total deles foi dividido em grupos de menor e maior satisfação com a vida. No grupo com menor satisfação com a vida, 31,3% dos não cuidadores e 25,8% dos cuidadores apresentaram sintomas depressivos; no grupo com maior satisfação, a porcentagem foi de 9,4% para os não cuidadores e 8,8% para os cuidadores (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014). Os idosos cuidadores, portanto, apresentaram menor prevalência de sintomas depressivos do que os não cuidadores, o que pode justificar a porcentagem da atual investigação ser menor que a dos outros estudos nacionais com idosos da população geral.

Porém, uma meta-análise de 84 investigações buscou comparar grupos de cuidadores de idosos com não cuidadores em relação a algumas variáveis, entre elas a depressão; e o grupo de cuidadores apresentou maiores níveis de depressão, sendo a diferença maior para cuidadores de idosos com demência (PINQUART; SORENSEN, 2003). Além disso, os mesmos autores realizaram outra meta-análise de 168 estudos buscando entender as diferenças entre cuidadores cônjuges, filhos e genros/noras; sendo que os cuidadores cônjuges apresentaram maiores níveis de depressão do que os outros grupos, sendo influenciados principalmente pelas variáveis sociodemográficas e quantidade de cuidado oferecida (PINQUART; SORENSEN, 2011). Ressalta-se que os cuidadores dos dois estudos não eram exclusivamente idosos e que a avaliação da depressão foi realizada por diferentes instrumentos e não somente pela GDS.

Quando se trata da avaliação dos sintomas depressivos em cuidadores de idosos, a comparação com o presente estudo também é dificultada pelo fato de que a GDS é uma escala desenvolvida para ser aplicada em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, sendo que nos estudos com cuidadores de idosos de outras faixas etárias, é feita a opção pelo uso de outro instrumento que possa ser aplicado na população geral. A comparação com pesquisas que utilizam outros instrumentos pode não ser adequada, pois cada instrumento foi construído com uma finalidade, utiliza diferentes formas de avaliação e notas de corte.

Consequentemente, avaliações semelhantes às da atual investigação são encontradas somente em estudos com idosos cuidadores, como o de Santos e Gutiérrez (2013), que avaliou 50 cuidadores de idosos com DA, sendo 25 adultos e 25 idosos. No grupo dos adultos foi a

aplicada a *Center for Epidemiological Studies Scale –Depression* - CES-D, e no grupo dos idosos a GDS-15. Do total dos cuidadores, 42,0% apresentaram indícios de sintomatologia depressiva; e no grupo composto apenas por idosos cuidadores, a pontuação média na GDS-15 foi de 3,56($\pm$ 3,03) e a mediana de 3,0; números semelhantes aos do presente estudos.

No cenário internacional, estudos com idosos utilizando a GDS mostram que a prevalência de sintomas de depressão varia de acordo com o país, podendo ser citadas as de 42,1% em 449 idosos de Portugal (SOUSA et al., 2010), 63,0% em 295 idosos da Coréia (KIM; CHOE; CHAE, 2009), 30,8% em 1.737 idosos na China (GAO et al., 2009) e 9,7% em 3.242 pessoas com 75 anos ou mais na Alemanha (WEYERER et al., 2008).

Um estudo de revisão da literatura analisou 17 artigos, publicados nos últimos cinco anos, relacionados à avaliação dos sintomas depressivos em idosos cuidadores. A maioria (41,1%) dos artigos usou a GDS (30 ou 15 itens) para avaliar os sintomas depressivos, seguida pelos que aplicaram a CES-D 20 itens (35,3%). Dos que aplicaram a GDS e possuíam essa informação disponível, a porcentagem indicativa de sintomas depressivos variou de 19,8% a 36,0%, sendo essa última encontrada em cuidadores de pessoas com DA ou com déficit físico (LUCHESE et al., 2015).

Na avaliação das AVDs dos idosos cuidadores, 87,7% eram independentes para todas as ABVDs, 11,8% eram dependentes para uma delas e 0,6% para duas. A atividade em que apresentaram maior dependência foi a continência. Nas AIVDs, 42,5% eram independentes e 57,5% dependentes parciais, sendo que viagens e manejo do dinheiro foram as atividades em que eram mais dependentes.

Conforme esperado, os idosos cuidadores apresentaram menor grau de dependência do que os idosos dependentes de cuidado. Vale ressaltar, porém, que mesmo sendo responsáveis por cuidar de outro idoso, mais da metade deles era dependente parcial para as AIVDs, o que pressupõe a existência de uma terceira pessoa que auxilia nessas atividades, como no caso do manejo do dinheiro; ou ainda que o cuidador não realiza a atividade, como pode ser o caso das viagens.

Uma investigação que avaliou 427 casais de idosos nos EUA em que um deles necessitava de ajuda em pelo menos uma entre quatro AIVDs avaliadas (preparo de refeições, fazer compras, usar o telefone e uso de medicamentos) constatou-se que em 81,7% dos casos quem ajudava na atividade era somente o cônjuge, e nos outros 18,3% havia a presença de outra pessoa ajudando. Quando avaliadas as AIVDs e ABVDs dos casais, foi possível notar que 11,9% dos cônjuges eram dependentes para alguma das quatro AIVDs e 22,0% para

alguma das seis ABVDs; e que para os casais menos dependentes a chance do cuidador ser somente o cônjuge era maior (FELD et al., 2006).

Os estudos que avaliam cuidadores de idosos dificilmente abordam as dificuldades dos mesmos em realizar as AVDs. Quando informações sobre funcionalidade estão disponíveis, elas se referem aos idosos que recebem os cuidados, dados esses já discutidos anteriormente.

Com enfoque apenas na saúde física, a meta-análise de 168 pesquisas sobre as diferenças entre cuidadores cônjuges, filhos e genros/noras; mostrou que os cônjuges possuem pior saúde física, devido ao declínio normal da mesma com a idade, mas essa diferença foi menor do que a esperada considerando a diferença de idade entre os grupos (média de 69,8 anos para cônjuges, 51,1 para filhos e 47,2 para genros/noras); o que sugere que os cuidadores cônjuges podem fazer parte de um grupo seletivo de idosos mais saudáveis que são fisicamente capazes de prover cuidado (PINQUART; SORENSEN, 2011).

Uma investigação avaliou casais americanos com 52 anos e mais, sendo que um deles tinha dificuldade em pelo menos uma ABVD. Entre os cônjuges com 52-64 anos (n=418), 87,4% foram considerados cuidadores primários do companheiro com dificuldade, 3,31% eram cuidadores não primários e 9,28% não ajudavam no cuidado; entre os com 64-74 anos (n=355) as porcentagens foram 84,04%, 4,37% e 11,59%, respectivamente; e entre os com 75 anos ou mais (n=445), foram 81,18%, 4,64%, 14,18%. Com o aumento da idade, o número de cônjuges que são cuidadores primários de seus parceiros diminui; porém, as horas mensais gastas com o cuidado aumentam de 97,47 no primeiro grupo para 182,5 no último (LIMA et al., 2008). Isso pode indicar que mesmo sendo menos propensos a ser cuidador do seu parceiro, os idosos mais idosos gastam mais horas no cuidado, o que pode acontecer em decorrência da maior dificuldade dos idosos e dos próprios cuidadores nas AVDs.

Ainda, no estudo de Lima et al. (2008), foram calculadas as médias do número de atividades para as quais tinham dificuldade entre as seis ABVDs e as cinco AIVDs tanto do receptor de cuidados, quanto do cuidador. Para as ABVDs, os receptores de cuidado com idade de 52 a 64 anos, apresentaram média de 1,82 atividades; os com 65 a 74 anos, 1,91; e os com 75 anos ou mais, 1,68. Para os cuidadores as médias foram 0,34; 0,56 e 0,67, respectivamente. Nas AIVDs, as médias para os receptores de cuidado foram 1,45; 1,69 e 2,02 em cada grupo; e para os cuidadores de 0,21; 0,40 e 0,61. Apesar da forma de avaliação das AVDs ter sido diferente, os companheiros dependentes de cuidado apresentaram maior grau de dependência tanto nas ABVDs como nas AIVDs do que seus cônjuges, assim como na atual investigação.

Na avaliação da cognição, a média de pontuação dos 313 idosos cuidadores do MEEM foi de 22,9($\pm 4,4$) e a mediana 23,0. De acordo com a nota de corte por escolaridade, utilizada na presente investigação, 15,0% deles tiveram pontuação indicativa de alterações cognitivas.

Ressalta-se que o grupo de idosos cuidadores com déficit cognitivo foi mantido no estudo, pois se considerou importante verificar se pertencer a esse grupo está associado às atitudes em relação à velhice. Além disso, mesmo incluindo esse grupo os instrumentos aplicados apresentaram bons índices de confiabilidade, e conforme já citado, para a variável dependente, atitudes em relação à velhice o alfa de Cronbach foi semelhante para o grupo de idosos cuidadores com (0,87) e sem (0,89) alterações cognitivas.

Um estudo com 1.553 pessoas saudáveis residentes na cidade de Porto Alegre-RS, que tinham entre 20 e 92 anos de idade (média 49,6) encontrou média de pontuação no MEEM de 27,3 $\pm$ 2,7, sendo que houve diferenças significativas entre as médias dos três grupos etários, que foram de 27,6 pontos para pessoas com 20-40 anos, de 27,2 para os com 41-64 anos e 26,7 para os com 65 anos e mais (KOCHHANN et al., 2009). Já uma investigação conduzida somente com pessoas idosas (média de 69,0 anos, 64,8% com menos de quatro anos de escolaridade) residentes em Bambuí-MG, encontrou mediana de 26,0 pontos (VALLE et al., 2009), números esses maiores que os observados no presente estudo. Na cidade de Santo Antônio de Pádua-RJ, 870 idosos (média 72,14 anos, 40,1% analfabetos e 53,4% com 1-8 anos de escolaridade) foram avaliados pelo MEEM e a média de pontos encontrada foi de 20,27 (LAKS et al., 2005), menor que a identificada na atual investigação.

Na cidade de São Carlos-SP, uma pesquisa conduzida com 523 idosos (maioria entre 60 e 69 anos) residentes em um bairro da periferia, mostrou que 56,2% apresentaram pontuação entre 0 e 23 pontos, e 43,8% com 24 ou mais pontos; porém 56,3% da amostra eram analfabetos (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004). O desempenho cognitivo parece estar relacionado à diversos fatores como idade, escolaridade e local de desenvolvimento do estudo.

Novamente com relação à cognição, houve dificuldade em encontrar estudos que avaliam a mesma dos cuidadores, já que habitualmente o foco das avaliações são os adultos no geral ou dos idosos dependentes de cuidado.

Porém, ressalta-se a importância da avaliação cognitiva e funcional de cuidadores, uma vez que seus resultados podem subsidiar o planejamento da assistência com enfoque multiprofissional e com desenvolvimento de intervenções direcionadas à prevenção de déficits, já que de acordo com a revisão teórica de Vitaliano et al. (2011) estudos mostram que

cuidadores cônjuges de pessoas com demência apresentam mais déficit cognitivo do que não cuidadores com as mesmas características. Acrescentam que, esse déficit é mediado pela diminuição dos contatos sociais, pelas mudanças no sono e nos hábitos saudáveis, pela obesidade e outras doenças, entre outros.

6.6 Avaliação das atitudes em relação à velhice dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio

Em uma variação possível de um a cinco pontos na Escala Neri de avaliação de atitudes em relação à velhice, em que um representava a atitude mais positiva possível e cinco a mais negativa possível, os idosos cuidadores da amostra estudada nesta investigação, apresentaram média geral de 3,0($\pm 0,7$).

A escala utilizada no presente estudo foi desenvolvida por Neri no Brasil, com base no Diferencial Semântico de Osgood (OSGOOD; SUCI; TANNENBAUM, 1957). Poucos estudos foram desenvolvidos com idosos utilizando essa escala, sendo a maioria com outros grupos populacionais.

Neri e Jorge (2006) avaliaram a atitude em relação à velhice de 277 estudantes de educação e saúde (média 23,0 anos, 68,6% mulheres) e os resultados foram divididos entre o grupo de estudantes com idade ≤ 22 anos, que teve média de 2,74 pontos na escala; e o grupo > 22 anos, com pontuação média de 2,88; sendo a diferença significativa. Cachioni e Aguilar (2008) aplicaram o instrumento em 47 estudantes, seis funcionários e 15 coordenadores-professores de três instituições de ensino superior brasileiras; e obtiveram média geral de 2,39; 2,71 e 2,74 em cada grupo, respectivamente. Em 102 professores de sete UATI brasileiras (65,7% mulheres, maioria entre 40-59 anos), a média na Escala Neri foi de 2,60 pontos (CACHIONI, 2003). Já nos 213 ACS de Marília-SP (94,0% mulheres, média de 38,9 anos), a média foi de 2,92 pontos (FERREIRA; RUIZ, 2012). E por último, 10 profissionais de um Centro Dia para idosos de Itu-SP foram avaliados antes e após uma oficina gerontológica, sendo a média na Escala Neri de 2,88 pontos antes, e 2,90 depois (BISSOLI; CACHIONI, 2011).

De acordo com as investigações apresentadas, a média de pontuação na Escala Neri esteve entre 2,39 e 2,92 pontos, indicando atitudes mais positivas em relação à velhice; e

diferentes do presente estudo, em que a média foi de 3,0 pontos, considerado o ponto neutro do instrumento.

Outra pesquisa avaliou a atitude em relação à velhice de 242 pessoas com deficiência física, em Uberlândia-MG, porém utilizou a primeira versão da Escala Neri, que continha 40 itens, com pontuação variando de 1 a 7, e o ponto neutro era 4,0 pontos. A média geral da pontuação foi de 3,76, abaixo do ponto médio e indicativa de atitudes mais positivas em relação à velhice (RESENDE, 2001).

Foi encontrado um estudo realizado com 100 idosos de uma UATI de Pernambuco, em que foi aplicada a Escala Neri, sendo que 41,05% tiveram pontuação positiva (1 e 2 pontos), 38,95% neutra (3 pontos) e 20% negativa (4 e 5 pontos) (SILVA, 1999).

Utilizando uma escala diferencial semântica de atitudes em relação à velhice com 24 adjetivos bipolares, sete níveis de intensidade, pontuação de 24-168, com ponto de corte de 96 pontos; 541 estudantes de uma universidade nos EUA foram divididos em três grupos etários: adultos jovens (20-34 anos), adultos de meia idade (35-59 anos) e idosos (60 anos ou mais). No geral, as atitudes dos três grupos foram mais positivas do que negativas, porém, os mais velhos têm atitudes mais positivas do que os outros grupos; e a mais negativa foi para o grupo de meia idade (LADITKA et al., 2004).

Outra pesquisa buscou examinar as diferenças nas atitudes em relação à velhice entre estudantes do ensino médio (18-24 anos) e *baby-boomers* (38-55 anos) com uma escala com 34 afirmações sobre velhice e variação de 1-6 para cada item; sendo que a atitude do grupo mais velho foi mais positiva que a do primeiro grupo (XIE; XIA; LIU, 2007).

Esses dados diferem dos dados da atual investigação e de outras que utilizaram a Escala Neri, em que a atitude dos idosos cuidadores foi mais negativa que nos grupos de sujeitos avaliados por outros autores.

Com relação aos quatro domínios da escala, no presente estudo, a média do domínio Relacionamento Social foi de 2,7($\pm 0,8$) pontos, indicando atitudes mais positivas e o domínio Agência, com 3,2($\pm 0,9$), o mais negativo.

Outros estudos já citados encontraram que o domínio Relacionamento Social foi avaliado de forma mais positiva (BISSOLI; CACHIONI, 2011; CACHIONI, 2003; DINIZ; SALDANHA, 2008; FERREIRA; RUIZ, 2012; NERI; JORGE, 2006; RESENDE, 2001). Porém, ressalta-se que em todos os que tinham essa informação disponível, a média do domínio foi menor que os 2,7 do presente estudo, com exceção dos profissionais de um Centro Dia, que antes da oficina gerontológica tiveram média de 2,67, e após de 2,74 no domínio (BISSOLI; CACHIONI, 2011).

Já com relação ao domínio mais negativo, as pesquisas são divergentes, sendo que algumas corroboram a presente investigação, indicando o domínio Agência (FERREIRA; RUIZ, 2012; NERI; JORGE, 2006); e outras encontraram que os domínios Persona e Cognição são os mais negativos (BISSOLI; CACHIONI, 2011; CACHIONI, 2003; CACHIONI; AGUILAR, 2008; DINIZ; SALDANHA, 2008; RESENDE, 2001). Entretanto, em todos eles as médias de pontuações nos domínios raramente ultrapassaram 3,0 pontos.

Como os estudos citados não tiveram idosos como sujeitos, a distribuição diferenciada dos domínios pode ser justificada pelo fato de que idosos tendem a avaliar a instrumentalidade e autonomia (domínio Agência) de maneira mais negativa, já que estão sofrendo as suas próprias perdas. As pessoas que não são idosas, por outro lado, avaliam como mais negativos os rótulos sociais designados a idosos e ao processamento de informações (domínios Persona e Cognição), já que se baseiam em contatos com idosos da família, da sociedade no geral e nas informações passadas pela mídia. Levy et al. (2002) mencionaram que os idosos são hábeis para lidar com os estereótipos do envelhecimento, mesmo internalizando-os; o que também pode justificar que o domínio Persona foi o segundo mais positivo na atual investigação.

Analizando os itens da Escala Neri de avaliação de atitudes em relação à velhice separadamente, o que apresentou avaliação mais positiva foi o “Agradável/Desagradável” (média 2,20), seguido por “Generoso/Mesquinho” (média 2,22). Já os mais negativos foram “Rápido/Lento” (média 4,09) e “Flexível/Rígido” (média 3,68), “Independente/Dependente” (média 3,68). Os idosos cuidadores consideram os idosos de maneira geral como agradáveis e generosos; ao mesmo tempo em que reconhecem as limitações causadas pelo envelhecimento, e os consideram lentos, rígidos e dependentes.

Neri e Jorge (2006) encontraram que os itens mais positivos foram “Sábio/Tolo”, “Interessado/Desinteressado” pelas pessoas e “Agradável/Desagradável”, já os mais negativos “Rápido/Lento”, “Valorizado/Desvalorizado” e “Aceito/Rejeitado”. Entre as pessoas com deficiência física, o item mais positivo foi “Sábio/Tolo” (RESENDE, 2001).

Em 50 profissionais de ILPI de Campinas-SP, “Sábio/Tolo” esteve entre os itens avaliados mais positivamente (REIS; CEOLIM, 2007). Cachioni (2003) evidenciou como itens mais positivos “Sábio/Tolo”, “Interessado/Desinteressado” pelas pessoas e “Cordial/Hostil”; já como mais negativos “Rápido/Lento” e “Condescendente/Crítico”. Diniz e Saldanha (2008) também citaram “Sábio/Tolo” como o mais positivo, e “Rápido/Lento” como o mais negativo. Em estudo com 123 estudantes da 6ª série de uma escola do norte do Paraná que tiveram suas atitudes em relação à velhice avaliadas, revelou que somente um item

foi considerado negativo por mais de 50,0% deles: “Independente/Dependente” (GVOZD; DELLAROA, 2012).

Uma investigação com 54 idosos de Santo Antônio de Jesus-BA mostrou que eles reconhecem as possibilidades de ganho na velhice, mas temem envelhecer com dependência, solidão e inatividade (SILVA et al., 2012). Nos EUA, 25 idosos entrevistados revelaram que a melhor parte de envelhecer é o lazer, ter mais tempo para eles mesmos e para a família; e a pior parte é a dependência, desamparo, perdas físicas e morte de amigos e parentes (SIJUWADE, 2009).

Em uma busca sistemática na literatura sobre percepções de envelhecimento e idosos, a maioria dos estudos reportou atitudes positivas no geral, ou pelo menos neutras, mas as percepções podem variar amplamente, já que avaliam positivamente alguns aspectos e outros nem tanto; além disso, os estereótipos mais comuns estão relacionados às doenças e morte, já que em poucos estudos os idosos são descritos como saudáveis; à baixa atividade mental, à atributos físicos e à traços de personalidade negativos (NCPOP, 2009).

Os dados dos domínios e itens da Escala Neri avaliados como mais positivos ou negativos, neste estudo, refletem a velhice sentida pelos próprios idosos cuidadores. O domínio Relacionamento Social, avaliado de maneira mais positiva, está associado à interação dos idosos com as pessoas, ou seja, eles se consideram, junto com outros idosos que conhecem; agradáveis, interessados pelas pessoas, cordiais; porém, ao avaliar o domínio Agência como o mais negativo, pode refletir a fase da vida em que se encontram, já que não possuem a mesma velocidade para fazer as atividades, possuem doenças e alguns são dependentes, como já demonstrado pelos dados de saúde e da avaliação das AVDs.

Em entrevista com 1.286 pessoas de 40 a 85 anos da Alemanha, foi possível notar que uma visão positiva da velhice é benéfica para as pessoas, mesmo que aconteça um evento de saúde grave na vida das mesmas; pois funciona como um recurso de enfrentamento desse evento (WURM; TOMASIK; TESCH-ROMER, 2008). Em 433 pessoas com 50 anos ou mais dos EUA a autopercepção positiva de envelhecimento na avaliação inicial do estudo indicou melhor saúde funcional com o passar do tempo, isso é, a imagem negativa foi forte preditora do declínio funcional (LEVY; SLADE; KASL, 2002).

De acordo com resultados do estudo com 636 idosos americanos (média de 77,5 anos), ter baixas expectativas relacionadas à velhice pode funcionar como uma barreira para a prática de atividades físicas (SARKISIAN et al., 2005). E outro estudo com 241 pessoas com 50 anos ou mais da comunidade americana, evidenciou que percepções mais positivas de envelhecimento no *baseline* foram preditoras de comportamentos preventivos de saúde no

seguimento de 20 anos (LEVY; MYERS, 2004). Além disso, em 429 idosos dos EUA foi possível notar que baixas expectativas em relação à velhice estão independentemente associadas a não acreditar ser importante procurar cuidados de saúde para condições relacionadas à idade (SARKISIAN. HAYS; MANGIONE, 2002).

Assim, as atitudes em relação à velhice dos idosos cuidadores foram mais negativas que as encontradas em outros grupos da população avaliados com a Escala Neri. Ressalta-se a importância da identificação dessas atitudes em idosos cuidadores, uma vez que, como mostrado anteriormente na literatura, atitudes mais positivas predizem melhores comportamentos para lidar com a própria velhice e com a do outro.

Diante disso, foram identificados quais fatores influenciam nas atitudes em relação à velhice dos idosos cuidadores e os dados serão discutidos a seguir.

6.7 Análise dos fatores associados às atitudes em relação à velhice na avaliação dos idosos cuidadores de idosos dependentes de cuidados no domicílio

Foi conduzida uma regressão logística multinomial em cada domínio da Escala Neri de avaliação de atitudes em relação à velhice para verificar quais seriam as variáveis a elas associadas.

Ressalta-se que o presente estudo utilizou uma escala para avaliação das atitudes em relação à velhice que foi desenvolvida exclusivamente para a população brasileira (Escala Neri), não sendo possível fazer comparações específicas com sujeitos de outros países. Porém, é possível comparar as tendências apontadas na atual investigação com as reveladas por estudos que utilizaram outros instrumentos na avaliação de atitudes no cenário internacional.

Na presente investigação, a variável estresse percebido esteve associada às atitudes em relação à velhice em todos os domínios da Escala Neri, sendo que a cada unidade de aumento de pontos na PSS, aumentou de 4,0% a 6,0% a chance do idoso pontuar no tercil mais negativo da Escala de atitudes.

Estudos conduzidos anteriormente já mostravam a influência das variáveis relacionadas à saúde mental nas atitudes e percepções sobre a velhice (BRYANT et al., 2012, 2014; CHACHAMOVICH et al., 2008; JANECKOVÁ et al., 2013; KALFOSS; LOW; MOLZAHN, 2010; LAI; TONG, 2012; LU; KAO; HSIEH, 2009; LUCAS-CARRASCO et al., 2013; MOMTAZ et al., 2013; SILVA et al., 2012; SHEWKIN et al., 2014; SINDI et al.,

2012; THORPE et al., 2014). Porém, na maioria deles, a avaliação da saúde mental foi conduzida por meio da avaliação da depressão e sintomatologia depressiva (BRYANT et al., 2012; CHACHAMOVICH et al., 2008; JANECKOVÁ et al., 2013; KALFOSS; LOW; MOLZAHN, 2010; LAI; TONG, 2012; LU; KAO; HSIEH, 2009; LUCAS-CARRASCO et al., 2013; SINDI et al., 2012; SHEWKIN et al., 2014; THORPE et al., 2014). Na atual pesquisa, os sintomas depressivos também foram avaliados, mas quando a pontuação na GDS-15 foi incluída no modelo final de regressão, essa variável não foi significativa.

Como o estresse e os sintomas depressivos são variáveis que mostraram estar relacionadas em outros estudos com cuidadores (PINQUART; SORENSEN, 2003; PARK-LEE et al., 2009), essas variáveis foram incluídas no modelo de regressão, porém ficou apenas a que possuía maior força de associação, que no caso foi o estresse percebido.

De fato, resultados inovadores surgiram, mostrando que, para esta amostra específica de idosos cuidadores, a presença de estresse percebido, mais que de sintomas depressivos, esteve associada às atitudes mais negativas em relação à velhice.

Também foi incluída no modelo de análise a pontuação na ZBI, a qual não foi significativa para nenhum dos domínios da Escala Neri, ou seja, a sobrecarga relacionada ao cuidado não esteve associada à avaliação de atitudes em relação à velhice.

Entre as variáveis relacionadas à avaliação do idoso dependente de cuidado, apenas a classificação no Índice de Katz foi significativa, evidenciando que idosos cuidadores que cuidavam de idosos dependentes para 1 a 6 atividades, tiveram 97,0% mais chance de ter pontuação no terceiro tercil, quando comparados aos que cuidavam de idosos independentes, no domínio Agência. Como esse domínio se refere à autonomia e instrumentalidade na realização de ações, o fato de o idoso cuidador ter mais chance de pontuações negativas, pode estar relacionado à convivência com um idoso dependente para as ABVDs.

O local da residência do idoso cuidador apresentou associação com as atitudes em relação à velhice em dois domínios. No domínio Relacionamento Social, os idosos que moravam na área urbana apresentaram 2,28 vezes a chance de pontuarem no segundo tercil, e 2,34 vezes no terceiro tercil, em comparação aos idosos residentes na área rural. Esse domínio avalia a atitude dos idosos em relação à aspectos interacionais. O mesmo aconteceu no domínio Agência, em que morar na área urbana conferiu 2,99 vezes a chance de pontuar no terceiro tercil; podendo supor que idosos residentes na zona urbana convivem com mais idosos dependentes e não autônomos, e por isso avaliam esse domínio de forma mais negativa.

Morar em comunidades urbanas já foi apontado como fator relacionado a imagens mais negativas em relação à velhice (CHOW; BAI, 2011). Além disso, outra investigação com idosos residentes na área rural da Austrália, mostrou que as atitudes em relação à velhice foram no geral positivas (BRYANT et al., 2012). Os resultados encontrados podem direcionar para novas investigações que associem o local de moradia com as atitudes em relação à velhice.

A idade dos idosos cuidadores foi significativa no modelo de regressão para dois domínios da Escala Neri: Cognição e Agência, ou seja, idosos cuidadores com 80 anos ou mais tiveram mais chance de pontuação neutra ou negativa, respectivamente nesses domínios, quando comparados aos idosos com 60-69 anos. Mais uma vez, pontuações negativas no domínio Agência podem ser resultado de uma fase da vida em que os idosos cuidadores, estejam vivenciando maior dependência e menor autonomia, por estarem com 80 anos ou mais de idade. O mesmo pode ter ocorrido no domínio Cognição, em que ao perceberem que sua própria capacidade de processar informações e solucionar problemas está diminuída, tenham expressado essa percepção na avaliação das atitudes.

A literatura mostra que a relação da idade com as atitudes em relação à velhice apresenta resultados divergentes. Em uma revisão de literatura de estudos publicados entre 1989 e 2009, os autores concluíram que em alguns deles é mencionado que os mais jovens têm atitudes mais negativas, que se tornam positivas ao longo da vida; em outros que as atitudes e percepções negativas aparecem na velhice, o que indica a necessidade de novas pesquisas para entender essa relação (NCPOP, 2009).

Na avaliação das atitudes em relação à velhice de idosos residentes em ILPI da República Checa, não foi encontrada relação das atitudes com a idade (JANECKOVÁ et al., 2013). O mesmo aconteceu com idosos chineses (CHOW; BAI, 2011; LAI; TONG, 2012), coreanos (JANG et al., 2004) e ingleses (SHEWKIN et al., 2014).

Entre as investigações que mostram a existência dessa relação, podem ser citadas as de Bryant et al. (2012, 2014) nas quais houve relação entre idade e atitudes mais negativas no domínio perdas psicossociais do AAQ em idosos australianos. A conduzida com idosos americanos residentes na comunidade, em que a idade foi associada a baixas expectativas em relação à velhice (SARKISIAN; HAYS; MANGIONE, 2002). A com idosos do Canadá, que mostrou que quanto maior a idade do respondente, mais negativas as percepções gerais relacionadas à velhice (SINDI et al., 2012). E em pessoas de 40-85 anos não institucionalizadas, da Alemanha, em que foi observado que com o aumento da idade, uma

visão mais positiva da velhice se torna significativamente menos comum (WURM; TOMASIK; TESCH-ROMER, 2008).

Dados contrários foram encontrados na avaliação de estudantes universitários americanos distribuídos em três grupos etários: 20-34 anos, 35-59 e 60 ou mais, que foram avaliados com a escala diferencial semântica de 24 itens e sete níveis de intensidade; e o grupo de idosos mostrou atitudes mais positivas do que os outros grupos (LADITKA et al., 2004).

A satisfação com a vida esteve associada ao domínio Persona. Idosos cuidadores mais ou menos satisfeitos com a vida tiveram 2,53 vezes a chance de pontuação mais negativa em comparação com idosos muito satisfeitos. A associação não se manteve significativa para os idosos cuidadores pouco satisfeitos com a vida. Esses dados corroboram os de outros estudos que evidenciam a associação entre atitudes de idosos em relação à velhice, satisfação com a vida e qualidade de vida (BRYANT et al., 2012, 2014; JANECKOVÁ et al., 2013; KALFOSS; LOW; MOLZAHN, 2010; LOW; MOLZAHN; SCHOPFLOCHER, 2013; LUCAS-CARRASCO et al., 2013; SARKISIAN; HAYS; MANGIONE, 2002; SUH et al., 2012; TOP; ERIS; KABALCIOGLU, 2012; YAMADA; MERZ; KISVETROVA, 2014). O fato de essa associação ter acontecido no domínio Persona, que avalia rótulos sociais usados para discriminar idosos, pode sugerir que idosos com melhor satisfação com a vida tendem a ter ou a sofrer menor discriminação.

A única variável de saúde dos idosos cuidadores que foi significativamente associada às atitudes em relação à velhice foi o número de medicamentos consumido por dia, no domínio Agência, ou seja, cada unidade de medicamento consumida por dia aumentou 17,0% a chance de pontuações neutras e 15,0% de pontuações negativas nesse domínio. Idosos que tomam muitos medicamentos tendem a ter uma pior saúde, e tiveram atitudes mais negativas em relação à autonomia e instrumentalidade das pessoas idosas.

Resultado interessante foi encontrado entre a escolaridade do idoso cuidador e as atitudes em relação à velhice. No domínio Relacionamento Social, possuir de 1 a 7 anos de escolaridade foi fator protetor para atitudes mais positivas em comparação com idosos com oito anos ou mais de escolaridade. O mesmo aconteceu no domínio Agência, no qual ser analfabeto também foi fator protetor para atitudes mais positivas em comparação com o grupo mais escolarizado. Não foram encontrados estudos que corroborassem esses resultados. E tentativas de explicar essas associações remetem a suposição de que esses dados possam ser peculiares a amostra estudada e/ou sofreram influência de outras características não avaliadas neste estudo, demandando assim novas investigações nesse sentido.

Baseando-se em uma revisão da literatura, o NCPOP (2009) destaca algumas recomendações relacionadas às percepções sobre idosos e envelhecimento: necessidade de novas pesquisas para entender os fatores relacionados às atitudes; demanda de programas educacionais relacionados ao envelhecimento para toda a sociedade, inclusive com inserção nos currículos escolares, nos quais os idosos possam participar e minimizar os estereótipos; foco na formação, educação e treinamento dos profissionais de saúde e daqueles que atendem idosos de maneira geral; e incentivo a idosos para engajamento em atividades comunitárias.

Os dados aqui apontados corroboram outros estudos (KITE et al., 2005; NCPOP, 2009), confirmando que as atitudes em relação à velhice são complexas e influenciadas por diversos fatores.

A realização deste estudo possibilitou analisar quais fatores sociodemográficos, de saúde física e mental e de aspectos do cuidado estão associados às atitudes em relação à velhice, dos idosos cuidadores de idosos dependentes, residentes na área de abrangência das USFs, de um município do interior paulista.

Os resultados encontrados permitiram verificar que:

- Participaram deste estudo 313 idosos cuidadores e os respectivos 313 idosos dependentes de cuidado que moravam na mesma residência;

- Com relação aos idosos dependentes de cuidado, a maioria era do sexo masculino, casada/vivendo com companheiro(a), branca, aposentada/pensionista, com médias de 74,0 anos de idade e de 3,4 anos de estudo. Houve predomínio de independência para as ABVDs e de dependência parcial para as AIVDs;

- Quanto aos idosos cuidadores, a maioria era do sexo feminino, casada/vivendo com companheiro(a), católica, branca, aposentada/pensionista, com médias de 69,7 anos de idade e 3,9 anos de estudo; com renda mensal média familiar de R\$2.258,20; com predomínio dos que moravam somente com cônjuge e na área urbana;

- O problema de saúde mais relatado pelos idosos cuidadores, foi a hipertensão arterial, e a média de medicamentos por dia foi de 3,1. Pouco mais da metade avaliou a saúde como “Muito Boa/Boa” e a maioria estava muito satisfeito com a vida;

- No que se refere aos aspectos do cuidado, a maioria cuidava do cônjuge, prestava cuidado todos os dias da semana e não realizou nenhum curso ou preparação para cuidar. O tempo mediano de cuidado foi de 60,0 meses e de 4,0 horas por dia;

- A maior parte dos cuidadores apresentou pequena sobrecarga (média de 17,7 na ZBI); a pontuação média na PSS-14 foi 18,5; a maioria não apresentou sintomas depressivos (média de 3,65 na GDS-15); no MEEM predominou a ausência de déficit cognitivo (média de 22,9);

- A maioria dos idosos cuidadores era independente para as ABVDs e dependente parcial para as AIVDs;

- A pontuação média dos idosos cuidadores na Escala Neri de avaliação de atitudes em relação à velhice foi de 3,0 pontos, sendo as médias para os domínios: Relacionamento Social (2,7), Persona (2,9), Cognição (3,1) e Agência (3,2). O item da escala com média mais positiva foi “Agradável/Desagradável” e o mais negativo “Rápido/Lento”;

- Para verificar quais variáveis estavam associadas às atitudes em relação à velhice foi conduzida uma regressão logística multinomial com a pontuação obtida na Escala Neri

distribuída em tercils. O primeiro tercil foi utilizado para referência nas análises e considerado o mais positivo, o segundo o neutro e o terceiro tercil o mais negativo.

- O domínio Relacionamento Social mostrou que idosos cuidadores com escolaridade de 1 a 7 anos tiveram 57,0% menos chance de pontuarem no segundo tercil, em comparação aos com 8 anos ou mais de escolaridade; idosos que moravam na área urbana tiveram 2,28 vezes a chance de pontuarem no segundo tercil e 2,34 no terceiro tercil, do que os que viviam na área rural; a cada unidade de aumento de pontos na PSS aumentou em 4,0% a chance de pontuar no terceiro tercil;

- No domínio Persona, idosos cuidadores mais ou menos satisfeitos com a vida tiveram 2,53 vezes a chance de pontuarem no terceiro tercil, do que os muito satisfeitos com a vida; a cada unidade de aumento de pontos na PSS, aumentou em 4,0% a chance de pontuar no terceiro tercil;

- No domínio Cognição, idosos cuidadores com 80 anos ou mais de idade tiveram 3,13 vezes a chance de pontuarem no terceiro tercil, do que os com 60-69 anos; a cada unidade de aumento de pontos na PSS, aumentou em 6,0% a chance de pontuar no terceiro tercil;

- No domínio Agência foi possível concluir que as variáveis: escolaridade analfabeto (OR=0,32), idade 80 anos e mais (OR=3,81), residência na área urbana (OR=2,99), número de medicamentos tomados por dia (OR=1,15), idoso dependente de cuidado de 1 a 6 ABVDs (OR=1,97) e estresse percebido (OR=1,05) apresentaram associação significativa no terceiro tercil; e o número de medicamentos (OR=1,17) e o estresse percebido (OR=1,04) no segundo tercil.

O presente estudo apresentou limitações, tais como:

- Os dados se referem apenas aos de idosos cadastrados nas 14 USFs da cidade de São Carlos-SP e, portanto, não podem ser generalizados para a população da cidade e para outras populações. Além disso, apesar de terem sido entrevistados o maior número possível de idosos, não foi realizado cálculo amostral, logo a amostra não é representativa;

- O protocolo utilizado para a avaliação dos idosos cuidadores era extenso, e mesmo com o esforço dos pesquisadores em amenizar possíveis vieses na coleta de dados, as respostas para alguns instrumentos podem ter sido prejudicadas pelo cansaço do idoso.

Atitudes mais negativas em relação à velhice estiveram significativamente associadas aos seguintes fatores sociodemográficos: maior idade e morar na área urbana. Menores níveis de escolaridade foram considerados fatores protetores para atitudes mais positivas.

Os dados confirmaram a existência de associação das atitudes em relação à velhice com a saúde mental de idosos, aqui representada significativamente pelo estresse percebido, que esteve associado a todos os domínios da Escala Neri. Outro fator da saúde mental que esteve associado às atitudes em relação à velhice foi a satisfação com a vida. Com relação à saúde física dos idosos cuidadores, o número de medicamentos que os mesmos tomavam por dia apresentou associação com o domínio Agência.

Cuidar de um idoso dependente não pareceu influenciar de forma significativa o desenvolvimento de atitudes negativas em relação à velhice, com exceção do domínio Agência, no qual o cuidado dispensado a idosos com dependência para as ABVDs associou-se a avaliações mais negativas. Porém, não houve associação da sobrecarga dos cuidadores com as atitudes em relação à velhice.

Acredita-se que a atual investigação é inovadora ao traçar o perfil de idosos cuidadores e de idosos que recebem cuidados em amostra de uma cidade brasileira de médio porte. Além disso, permitiu mostrar as características peculiares de um grupo de idosos cuidadores de outros idosos com grau de dependência funcional menos severo.

Os dados relativos às atitudes em relação à velhice poderão subsidiar o direcionamento de intervenções educacionais voltadas aos idosos e suscitar questionamentos para pesquisas posteriores:

- Intervenções voltadas à promoção de atitudes mais positivas em relação à velhice devem focar na avaliação e melhoria do estresse percebido;
- Necessidade de investigações com enfoque na identificação e análise de possíveis fatores existentes no cotidiano de idosos que vivem na área rural, para que isso possa auxiliar os idosos que vivem em contexto urbano a ter atitudes mais positivas em relação à velhice;
- O grupo de idosos mais idosos (80 anos ou mais) é um importante foco de intervenções, já que apresentaram atitudes mais negativas em relação à velhice;
- A associação da escolaridade com as atitudes em relação à velhice não ficou muito clara, já que em alguns domínios níveis mais baixos de escolaridade atuaram como fatores protetores para atitudes mais positivas, o que evidencia a necessidade de novos estudos que busquem entender essa relação.

Como destacado acima, os dados refletem uma realidade local e não podem ser generalizados. Porém, poderão contribuir no direcionamento de políticas e ações voltadas para a assistência aos idosos na atenção básica, chamando a atenção para o fato de que idosos que cuidam de outros idosos existem na sociedade e merecem ser avaliados e receber atenção dos profissionais de saúde.

Apesar dos percentuais/índices encontrados no presente estudo serem baixos, alguns dos idosos cuidadores avaliados eram dependentes funcionais, tinham alterações cognitivas, sintomas depressivos, altos níveis de estresse percebido, sobrecarga e apresentaram atitudes em relação à velhice negativas. Muitos deles não recebiam ajuda para cuidar do idoso dependente. A soma desses fatores se configura como um risco tanto para o cuidador, quanto para o idoso dependente de cuidados, demandando investimentos na capacitação de profissionais de saúde e em programas de orientação, com a finalidade de oferecer suporte aos idosos cuidadores domiciliares.

8 REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

ABDULKAHEEM, I.S.; PARAKOYI, D.B. Improving attitude towards elderly people: evaluation of an intervention programme for caregivers. **The Nigerian Postgraduate Medical Journal**, v.12, n.4, p.280-285, dez. 2005.

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M.I.R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, p.833-840, dez. 2004.

ACTON, G.J.; KANG, J. Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: a meta-analysis. **Research Nurs. Health**, v. 24, p.349-360, 2001.

ADEWUYA, A.O.; OWOEYE, O.A.; ERINFOLAMI, A.R. Psychopathology and subjective burden amongst primary caregivers of people with mental illness in South-Western Nigeria. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v.46, p.1251-1256, 2011.

AGUIAR, E.S.S. et al. Representações sociais do cuidador de idosos para cuidadores: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.485-490, jul/set. 2011.

ALEXOPOULOS, G.S. Depression in the elderly. **Lancet**, v.265, p.1961-1970, 2005.

ALMADI, T. et al. An Arabic version of the Perceived Stress Scale: Translation and validation study. **Int. J. Nurs. Stud.**, v.49, p.84-89, 2012.

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **Int. J. Geriatr. Psych.**, v.14, p.858-865, 1999.

_____. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.57, n.2-B, p.421-426, 1999.

ÁLVAREZ, L.; GONZÁLEZ, A.M.; MUÑOZ, P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit: cómo administrarlo e interpretarlo. **Gac. Sanit.**, v.22, n.6, p.618-20, 2008.

ALVES, L.C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1924-1930, ago. 2007.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.A.C.; ALVARENGA, M.R.M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.2, p.266-271, 2008.

_____. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.45, n.4, p.884-889, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

ANDREOU, E. et al. Perceived Stress Scale: Reliability and Validity Study in Greece. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.8, p.3287-3298, 2011.

ÂNGELO, M.; BUOSSO, R.S. (orgs.). **Família e doença**: uma perspectiva de trabalho em enfermagem. Apostila – Curso de Verão. Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo, 2006.

ARAI, Y. et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. **Psychiatry Clin. Neurosci.**, v.51, n.5, p.281-287, 1997.

ARAVENA, V.J.; ALVARADO, O.S. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. **Cienc. Enfermería**, v.16, n.2, p.111-120, 2010.

BACHNER, Y.G. et al. Comparison of caregiver responses to English and Hebrew language versions of an abridged Zarit Burden Interview. **Aging Ment. Health**, v.15, n.3, p.370-375, abr. 2011.

BAE, J.N.; CHO, M.J. Development of the Korean version of the Geriatric Depression Scale and its short form among elderly psychiatric patients. **Journal of Psychosomatic Research**, v.57, p.297-305, 2004.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho**: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. 2011. 64p.

BANDEIRA, M.; CALVAZARA, M.G.P.; VARELLA, A.A.B. Escala de sobrecarga dos familiares de pacientes psiquiátricos – FIS-BR: adaptação transcultural para o Brasil. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.54, n.3, p.206-214, 2005.

- BARCELOS-FERREIRA, R. et al. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. **Int. Psychogeriatr.**, v.22, n.5, p.712-726, aug. 2010.
- BARUA, A. et al. Distribution of depressive disorders in the elderly. **Journal of Neurosciences in Rural Practice**, v.1, n.2, jul-dec. 2010.
- BASTAWROUS, M. Caregiver burden – a critical discussion. **Int. J. Nurs. Studies**, v.50, p.431-441, 2013.
- BERGVALL, N. et al. Relative importance of patient disease indicators on informal care and caregiver burden in Alzheimer's disease. **Int. Psychogeriatrics**, v.23, n.1, p.73–85, 2011.
- BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr**, v. 52, p. 1-7, 1994.
- BISSOLI, P.G.M.; CACHIONI, M. Educação Gerontológica: breve intervenção em Centro de Convivência-dia e seus impactos nos profissionais. **Rev. Kairós Gerontol.**, v.14, n.4, p.143-164, 2011.
- BOOKWALA, J.; SCHULZ, R. A Comparison of Primary Stressors, Secondary Stressors, and Depressive Symptoms Between Elderly Caregiving Husbands and Wives: The Caregiver Health Effects Study. **Psychol. Aging**, v.15, n.4, p.607-616, 2000.
- BORGES, D.T.; DALMOLIN, B.M. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.7, n.23, p.75-82, abr/jun. 2012.
- BORGES, L.J. et al. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. **Rev. Saúde Pública**, v.47, n.4, p.701-710, 2013.
- BORGES, L.L.; ALBUQUERQUE, C.R.; GARCIA, P.A. O impacto do declínio cognitivo, da capacidade funcional e da mobilidade de idosos com doença de Alzheimer na sobrecarga dos cuidadores. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.3, p.246-51, jul./set. 2009.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira). Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 10 ago. 2010.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** 2006. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528_pnspi.pdf>. Acesso em: 1 mar 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 192p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Sistemas de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160p.

_____. **Decreto nº 8.166 de 23 de dezembro de 2013.** Regulamenta a Lei nº 12.382, de 25 de fevereiro de 2011, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. 2013.

BRAUN, M. et al. The burden of spousal caregiving: A preliminary psychometric evaluation of the German version of the Zarit Burden Interview. **Aging Ment. Health**, v.14, n.2, p.159-167, mar. 2010.

BRAZ, B.; CIOSAK, S.I. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.372-377, abr./jun. 2009.

BREINBAUER, H. et al. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. **Rev. Méd. Chile**, v.137, p.657-665, 2009.

BRINDA, E.M. et al. Cost and burden of informal caregiving of dependent older people in a rural Indian community. **BMC Health Services Res.**, v.14, p.207, 2014.

BRUCKI, S.M.D. et al. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.61, n.3B, p.777-781, 2003.

BRYANT, C. et al. The relationship between attitudes to aging and physical and mental health on older adults. **Int. Psychogeriatr.**, v.24, n.10, p.1674-1683, 2012.

_____. et al. Antecedents of attitudes to aging: a study of the roles of personality and well-being. **The Gerontologist**, v.00, n.00, p.1-11, [Epub ahead of print], may 2014. Disponível em: <
<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2014/05/01/geront.gnu041.full.pdf+html>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

BUYCK, J.F. et al. Informal caregiving and self-reported mental and physical health: results from the Gazel Cohort Study. **American Journal of Public Health**, v.101, n.10, p.1971-1979, out 2011.

CACHIONI, M. **Formação profissional, motivos e crenças relativas à velhice e ao desenvolvimento pessoal entre professores de universidades da terceira idade**. 302p. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

_____. **Quem educa os idosos?** Um estudo sobre professores de Universidades da Terceira Idade. Campina, SP: Alínea, 2003. 256p.

_____.; AGUILAR, L.E. Crenças em relação à velhice entre alunos da graduação, funcionários e coordenadores-professores envolvidos com as demandas da velhice em universidades brasileiras. **Revista Kairós**, v.11, n.2, p.95-119, dez. 2008. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2395/1488>>. Acesso em: 13 jul 2010.

CAMARANO, A.A. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604p.

CAMARGO, R.C.V.S. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v.6, n.2, p.231-254, ago. 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n2/2.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

CAMPO-ARIAS, A.; BUSTOS-LEITON, G.J.; ROMERO-CHAPARRO, A. Consistencia interna y dimensionalidad de la Escala de Estrés Percibido (EEP-10 y EEP-14) en una

muestra de universitárias de Bogotá, Colombia. **Aquichan**, Chía, Colombia, v.9, n.3, p.271-280, dez. 2009.

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS – CAOT. **Seniors caring for seniors**: examining the literature on injuries and contributing factors affecting the health and well-being of older adult caregivers, jan 2010. Disponível em: <<http://www.caot.ca/pdfs/seniors.pdf>>. Acesso em: 15 jan 2015.

CARDOSO, A.S. **Características estruturais e funcionais das redes de apoio social de idosos participantes e não participantes de um programa de atividade física**. 2009. 163f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) - Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade do Estado de Santa Catarina, Santa Catarina.

CARE ALLIANCE IRELAND. **Family care in Ireland**: guiding support for Family carers, march 2015. Disponível em: <<http://www.carealliance.ie/userfiles/file/Family%20Caring%20in%20Ireland%20Pdf.pdf>> . Acesso em: 08 mai 2015.

CARVALHO, M.C.G. **A experiência do cuidar**: o (des) amparo do cuidador familiar. 2010. 115p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

CARVALHO, M.I.L.B. Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. **Rev. Kairós**, São Paulo, v.12, n.1, p.77-96, jan. 2009.

CASSIS, S.V.A. et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.53, n.6, p.497-501, 2007.

CASTELO, M.S. et al. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. **Int. Psychogeriatr.**, v.22, n.1, p.109-113, 2010.

CELESTINO, F.K.S. **Enfrentamento, Qualidade de Vida, Estresse, Ansiedade e Depressão em idosos demenciados e seus cuidadores**: Avaliações e Correlações. 2009. 91p. Dissertação (Mestrado em Ciência do Comportamento). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

CERRATO, I.M. et al. La Entrevista de Carga del Cuidador: utilidad y validez del concepto de carga. **Anales de psicología**, v.14, n.2, p.229-248, 1998.

CHACHAMOVICH, E. et al. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. **The Gerontologist**, v.48, n.5, p.593-602, 2008.

CHAN, A. et al. Health impacts of caregiving for older adults with functional limitations: results from the Singapore Survey on informal caregiving. **J. Aging Health**, v.25, n.6, p.998-1012, 2013.

CHAVES, E.C.L. et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e religiosidade em idosos: um estudo transversal. **Texto Contexto Enferm.**, v.23, n.3, p.648-655, 2014.

CHEN, M.; CHEN, K.; CHU, T. Caregiver burden, health status, and learned resourcefulness of older caregivers. **West. J. Nurs. Res.**, v.37, n.6, p.767-780, 2015.

CHOW, N.; BAI, X. The effects of sociodemographic characteristics on Chinese elders' perception of the image of ageing. **Int. J. Pop. Res.**, article ID642874, 11 pages, 2011.

CLARK, M.C.; DIAMOND, P.M. Depression in Family caregivers of elders: a theoretical model of caregiver burden, sociotropy, and autonomy. **Research in Nursing & Health**, v.33, p.20-34, 2010.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES. **Código 5162-10: cuidador de idosos**. 2002. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

COELHO FILHO, J.M.; MARCOPITO, L.F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.4, p.557-564, 2004.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **J. Health Soc. Behavior**, v.24, p.385-396, dez. 1983.

_____; WILLIAMSON, G.M. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: SPACAPAN, S.; OSKAMP, S. (Editors). **The social psychology of health**. Newburg Park: Sage, 1988. cap.3, p.31-67.

_____; KESSLER, R.C.; GORDON, L.U. Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In: _____. **Measuring stress: a guide for health and social scientists**. New York: Oxford University Press, 1995. cap.1, p.3-26.

_____; JANICKI-DEVERTS, D. Who's Stressed? Distributions of Psychological Stress in the United States in Probability Samples from 1983, 2006, and 2009. **Journal of Applied Social Psychology**, v.42, n.6, p.1320-1334, 2012.

CONCEIÇÃO, J.C.R. et al. Relação das características sociodemográficas com o estresse percebido em idosos praticantes de exercícios físicos. **RBCEH**, Passo Fundo, v.9, n.1, p.89-97, jan/abr. 2012.

COURTS, N.F.; BARBA, B.E.; TESH, A.S. Family caregivers' attitudes towards aging, caregiving, and nursing home placement. **Journal of Gerontological Nursing**, v.27, n.8, p.44-50, 2001.

CUMMINGS, J.L. et al. Guidelines for Managing Alzheimer's Disease: Part I. Assessment. **Am. Family Physician**, v.65, n.11, p.2263-2272, jun. 2002.

D'ORSI, E.; XAVIER, A.J.; RAMOS, L.R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.4, p.685-692, jun., 2011.

DEL DUCA, G.F.; SILVA, M.C.; HALLAL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.43, n.5, p.796-805, 2009.

_____; THUMÉ, E.; HALLAL, P.C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.1, p.113-120, fev. 2011.

_____; MARTINEZ, A.D.; BASTOS, G.A.N. Perfil do idoso dependentes de cuidado domiciliar em comunidades de baixo nível socioeconômico de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.5, p.1159-1165, 2012.

DIEL, L. et al. Sociodemographic profile and level of burden of dementia patients' caregivers who participate in a support group. **Dement. Neuropsychol.**, v.4, n.3, p.232-237, set. 2010.

DINIZ, R.F.; SALDANHA, A.A.W. Aids e velhice: crenças e atitudes de agentes comunitários de saúde. **Temas em Psicologia**, v.16, n.2, p. 185-198, 2008.

DIOGO, M.J.E. CEOLIM, M.F.; CINTRA, F.A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v.39, n.1, p.97-102, 2005.

DJERNES, J.K. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. **Acta Psychiatr. Scand**, v.113, n.372-387, 2006.

DOMÍNGUEZ-SOSA, G. et al. Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco, México, Enero a mayo de 2008. **Médicas UIS**, v.23, n.1, p.28-37, jan/abr. 2010.

DORAN, T.; DREVER, F.; WHITEHEAD, M. Health of young and elderly informal carers: analysis of UK census data. **BMJ**, v.327, n.13, p.1388, dez. 2003.

DOS ANJOS, K.F.; BOERY, R.N.O.; PEREIRA, R. Qualidade e vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, v.23, n.3, p.600-608, 2014.

DUCHARME, F. et al. Older husbands as caregivers of their wives: A descriptive study of the context and relational aspects of care. **Int. J. Nurs. Stud.**, v.43, p.567-579, 2006.

_____. et al. Changes in health outcomes among older husband caregivers: a one-year longitudinal study. **Int. J. Aging human development**, v.65, n.1, p.73-96, 2007.

FARIAS N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v.8, n.2, jun. 2005.

FELD, S. et al. Expansion of elderly couples' IADL caregiver networks beyond the marital dyad. **Int. J. Aging Human Development**, v.63, n.2, p.96-2006.

FELICIANO, A.B.; MORAES, S.A.; FREITAS, I.C.M. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Publica**, v.20, n.6, p.1575-1585, 2004.

FERRARIO, E. et al. Geriatric Depression Scale and assessment of cognitive-behavioral disturbances in the elderly: a preliminary report on a Italian sample. **Clin. Gerontol.**, v.10, p.67-73, 1990.

FERREIRA, F. et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**, v.3, n.2, p.13-19, 2010.

FERREIRA, P.C.S.; TAVARES, D.M.S. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.2, p.401-407, 2013.

FERREIRA, V.M.; RUIZ, T. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.5, p.843-849, 2012.

FIALHO, P.P.A. et al. Dementia caregiver burden in a Brazilian sample: Association to neuropsychiatric symptoms. **Dement. Neuropsych.**, v.3, n.2, p.132-135, jun. 2009.

FIGUEIREDO, D.; SOUSA, L. Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. **Rev. Port. Saúde Pública**, v.26, n.1, p.15-24, jan/jun. 2008.

_____; LIMA, M.P.; SOUSA, L. Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. **Rev. Kairós**, São Paulo, v.12, n.1, p.97-112, jan. 2009.

FOLQUITTO, J.C. et al. Correlation between neuropsychiatric symptoms and caregiver burden in a population-based sample from São Paulo, Brazil. **Dement. Neuropsychol.**, v.7, n.3, p.258-262, 2013.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. "Mini-Mental State": a Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v.12, p.189-198, 1975.

FREDMAN, L. et al. Mortality Associated with Caregiving, General Stress, and Caregiving-Related Stress in Elderly Women: Results of Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures. **JAGS**, v.58, n.5, p.937-943, mai. 2010.

FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A.; SOUSA, J.A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.2, p.407-412, 2010.

GAIOLI, C.C.L.O.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto Contexto Enferm.**, v.21, n.1, p.150-157, 2012.

GAO, S. et al. Correlates of depressive symptoms in rural elderly Chinese. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.24, n.12, p.1358-1366, Dec. 2009.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Revista Saúde Pública**, v.38, n.6, p.835-841, 2004.

GIACOMIN, R.C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F.F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1509-1518, set-out. 2005.

GIVEN, B.; SHERWOOD, P.R.; GIVEN, C.W. What knowledge and skills do caregivers need? **J. Social Work Education**, v.44, n.3, p.115-123, 2008.

GONÇALVES, L.H.T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm.** v.15, n.4, p.570-7, 2006.

_____ et al. O convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.10, n.4, p.746-754, out/dez. 2011.

_____ et al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.19, n.3, p. 458-466, 2011.

GORT, A.M. et al. Use of the Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.22, p.957-962, 2007.

GOULART, F.A.A. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 92p.

GRASEL, C.E.; URNAU, G.; MARQUES, L.Z. Prevalência de depressão em idosos participantes de grupos de terceira idade de uma cidade do Meio-Oeste Catarinense. **Unoesc Ciênc. – ACBS**, v.3, n.2, p.155-164, 2012.

GRATÃO, A.C.M. **Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade**. 2010. 161p. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

_____ et al. The demands of Family caregivers of elderly individuals with dementia. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.4, p.873-880, 2010.

_____ et al. Assessment of caregiver burden with elderly having cognitive déficit. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n.6, p.908-913, 2012.

_____ et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto Contexto Enferm.**, v.21, n.2, p.304-312, 2012.

_____ et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.1, p.137-44, 2013.

GRAY, A.M.; DOWDS, L. **Attitudes to age and ageing in the south of Ireland**. Ireland: Access, Research and Knowledge, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ark.ac.uk/publications/occasional/sage10.pdf>>. Acesso em: 06 jun 2013.

GVOZD, R.; DELLAROA, M.S.G. Velhice e a relação com idosos: o olhar de adolescents do ensino fundamental. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.15, n.2, p.295-304, 2012.

The HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING. **Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)**, 1998. [text on the Internet]. Disponível em: <<http://www.hartfordign.org>>. Acesso em 25 nov 2005.

The HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING. **Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL)**, v.2, revised 2012. [text on the Internet]. New York; 2005. Disponível em: <<http://www.hartfordign.org>>. Acesso em 25 jan 2015.

HERRERA, B.S. La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: los cuidadores de ancianos. **Av. Enferm.**, Bogotá, v.22, n.1, jan-jun. 2004.

HEWITT, P.L.; FLETT, G.L.; MOSHER, S.W. The Perceived Stress Scale: Factor Structure and Relation to Depression Symptoms in a Psychiatric Sample. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, v.14, n.3, p.247-257, 1992.

HIRAKAWA, Y. et al. Caregiver burden among Japanese informal caregivers of cognitively impaired elderly in community settings. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v.46, p.367–374, 2008.

HIRANO, A. et al. Influence of regular exercise on subjective sense of burden and physical symptoms in community-dwelling caregivers of dementia patients: A randomized controlled trial. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v.53, p.e158–e163, 2011.

_____. et al. Association between the caregiver's burden and physical activity in community-dwelling caregivers of dementia patients. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v.52, p.295–298, 2011.

HO, S.C. et al. Impact of Caregiving on Health and Quality of Life: A Comparative Population-Based Study of Caregivers for Elderly Persons and Noncaregivers. **J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.**, v.64A, n.8, p.873–879, 2009.

HOFFMANN, E.J. et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.59, n.3, p.190-197, 2010.

HOLZ, A.W. et al. Prevalência de déficit cognitivo e fatores associados entre idosos de Bagé, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.16, n.4, p.880-888, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2000. Disponível em <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 dez 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico**. 2010. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 18 mar. 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Principais indicadores da PNAD 2013**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/default_sintese.shtm>. Acesso em 25 jan 2015.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2013**. Breve análise da mortalidade nos períodos 2012-2103 e 1980-2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em 25 jan 2014.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

Disponível em:

<ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2014/SIS_2014.pdf>. Acesso em 17 mar 2015.

IECOVICH, E. Psychometric properties of the Hebrew version of the Zarit Caregiver Burden Scale short version. **Aging Ment. Health**, v.16, n.2, p.254–263, mar. 2012.

IRIGARAY, T.Q.; SCHNEIDER, R.H. Prevalência de depressão em idosos participantes da Universidade para a Terceira Idade. **Rev. Psiquiatr. RS**, v.29, n.1, p.19-27, 2007.

JANECKOVÁ, H. et al. The attitudes of older adults living in institutions and their caregivers to ageing. **Cent. Eur. J. Public Health**, v.21, n.2, p.63-71, 2013.

JANG, Y. et al. Self-perception of aging and health among older adults in Korea. **Journal of Aging Studies**, v.18, p.485-496, 2004.

JAVADPOUR, A.; AHMADZADEH, L.; BAHREDAR, M.J. An educative support group for female family caregivers: impact on caregivers psychological distress and patient's neuropsychiatry symptoms. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.24, p.469–471, 2008.

KALFOSS, M.H.; LOW, G.; MOLZAHN, A.E. Reliability and validity of the attitudes to ageing questionnaire for Canadian and Norwegian older adults. **Scand. J. Caring Sci.**, v.24, p.75-85, 2010.

KARSH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.861-866, mai/jun. 2003.

KATZ, S. et al. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n.12, p.94-99, 1963.

KIM, J.; CHOE, M.; CHAE, Y.R. Prevalence and predictors of geriatric depression in community-dwelling elderly. **Asian Nurs. Res.**, v.3, n.3, p.121-129, set 2009.

KIM, S.W. et al. Correlates of caregiver burden for Korean elders according to cognitive and functional status. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.21, p.853–861, 2006.

KITE, M.E. et al. Attitudes Toward Younger and Older Adults: An Updated Meta-Analytic Review. **Journal of Social Issues**, v.61, n.2, p. 241-266, 2005.

KOCHHANN, R. et al. Evaluation of Mini-Mental State Examination scores according to different age and education strata, and sex, in a large Brazilian healthy sample. **Dem. Neurophycol.**, v.3, n.2, p.88-93, 2009.

LADITKA, S.B. et al. Attitudes about aging and gender among young, middle age, and older college-based students. **Educational Gerontology**, v.30, n.5, p.403-421, 2004.

LAFFERTY, A. et al. **Family carers of older people**: results of a national survey of stress, conflict and coping. NCPOP, University College Dublin, 2014.

LAI, D.W.L.; TONG, H. Effect of social exclusion on attitude toward ageing in older adults living alone in Shanghai. **Asian J. Gerontol. Geriatr.**, v.7, p.88-94, 2012.

LAIDLAW, K. et al. The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): development and psychometric properties. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.22, p.367-379, 2007.

LAKS, J. et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly: importance of evaluating activities of daily living. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.63, n.2a, p.207-212, 2005.

LAVELA, S.L.; ATHER, N. Psychological health in older adult spousal caregivers of older adults. **Chronic Illness**, v. 6, p.67-80, 2010.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of folder people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v.9, p.179-186, 1969.

LEAL, V.C.T.; ANDRADE, E.F.A.; QUEIROZ, J.T. Influência das Experiências Sociais na Atitude dos Idosos em Relação ao Envelhecimento. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO - TRABALHOS COMPLETOS, out./nov. 2007, Rio de Janeiro-RJ, **Anais**, Rio de Janeiro-RJ, 14p, 2007.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O., orgs. **Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 256p.

_____ et al. Evolução nas condições de vida e saúde da população idosa do município de São Paulo. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v.22, n.2, p.30-45, jul-dez., 2008.

LEE, H.B. Chinese translation of Geriatric Depression Scale. **Clin. Gerontol.**, v.12, p.90-91, 1992.

LENARDT, M.H. et al. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Colomb. Med.**, v.42, n.2 (Supl 1), p.17-25, abr/jun. 2011.

LEROI, I. et al. Carer burden in apathy and impulse control disorders in Parkinson's disease. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.27, p.160-166, 2012.

LESSMANN, J.C.; SILVA, D.M.G.V.; NASSAR, S.M. Estresse em mulheres com Diabetes Mellitus Tipo2. **Rev. Bras. Enferm.**, v.64, n.3, p.451-456, 2011.

LEUNG, D.Y.P.; LAM, T.; CHAN, S.S.C. Three versions of Perceived Stress Scale: validation in a sample of Chinese cardiac patients who smoke. **BMC Public Health**, v.10, n.513, 7p., ago. 2010. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-10-513.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2013.

LEVY, B.R.; SLADE, M.D.; KASL, S.V. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**, v.57B, n.5, p.409-417, 2002.

_____. et al. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. **J. Pers. Soc. Psychol.**, v.83, n.2, p.261-270, 2002.

_____; MYERS, L.M. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. **Preventive Medicine**, v.39, p.625-629, 2004.

LIMA, G.F.; BIANCHI, E.R.F. Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas. **REME Rev. Min. Enferm.**, v.4, n.2, p.210-218, abr/jun. 2010.

LIMA, J.C. et al. Spousal Caregiving in Late Midlife Versus Older Ages: Implications of Work and Family Obligations. **J. Gerontol. Soc Sci.**, v.63B, n.4, p.S229-S238, 2008.

LIN, I.; WU, H. Does informal care attenuate the cycle of ADL/IADL disability and depressive symptoms in late life? **J. Gerontol. Series B: Psychol. Sci. Soc. Sci.**, v.66, n.5, p.585-594, 2011.

LINHARES, J.C. et al. Condições sociais e de saúde de idosos acompanhados pela atenção primária de Sobral-CE. **Rev. RENE**, v.12, n. especial, p.922-929, 2011.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2001.

LOPERA, J.M.V. et al. Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín. **Aten. Primaria**, v.44, n.7, p.411-416, 2012.

LÓPEZ, J.; CRESPO, M.; ZARIT, S.H. Assessment of the Efficacy of a Stress Management Program for Informal Caregivers of Dependent Older Adults. **The Gerontologist**, v.47, n.2, p.205-214, 2007.

LOUREIRO, L.S.N. et al. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idosos e demanda de cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v.67, n.2, p.227-232, 2014.

LOW, G.; MOLZAHN, A.E.; SCHOPFLOCHER, D. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.11, p.1-10, 2013.

LU, L.; KAO, S.; HSIEH, Y. Positive attitudes toward older people and well-being among Chinese community older adults. **J. Appl. Gerontol.**, v.29, p.622-639, 2010.

LUCAS-CARRASCO, R. et al. Reliability and validity of the Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ) in older people in Spain. **Int. Psychogeriatr.**, v.25, n.3, p.490-499, 2013.

LUCHESI, B.M. et al. Evaluation of depressive symptoms in older caregivers. **Arch. Clin. Psychiatry**, v.42, n.2, p.45-51, 2015.

LUFT, C.B. **Aspectos neuropsicológicos do envelhecimento e prática de atividade física: possíveis relações em mulheres idosas**. 2007. 186p. Dissertação (Mestrado em Ciências do

Movimento Humano) – Pós Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

_____ et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.4, p.606-615, 2007.

_____ et al. Estresse e cognição de idosas ativas, intermediárias e sedentárias, considerando o histórico de atividade física e intelectual. **Coleção Pesquisa em Educ. Física**, v.5, n.1, p.277-284, 2007.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S. Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.4, p.587-94, out. 2006.

MACHADO, W.L. et al. Dimensionalidade da Escala de Estresse Percebido (*Perceived Stress Scale, PSS-10*) em uma amostra de professores. **Psicol: Reflexão e Crítica**, v.27, n.1, p.38-43, 2014.

MACIEL, A.C.; GUERRA, R.O. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.55, n.1, 2006.

MACKNICH, G. et al. Cognitive, functional and behavioral factors associated with the burden of caring for geriatric patients with cognitive impairment or depression: evidence from a South American sample. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.24, p.382–389, 2009.

MALHOTRA, C. et al. Depressive symptoms among informal caregivers of older adults: insights from the Singapore Survey on Informal Caregiving. **Int. Psychogeriatr.**, v.28, n.8, p.1335-1346, 2012.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.14, n.34, set 2010.

MANI, G. et al. Perceived levels of stress and its correlates among residents of old age home in Kanchipuram District, Tamil Nadu. **Med. J. Dr. D.Y.Patil University**, v.7, n.6, p. 728-731, 2014.

MARGIS, R.; PICON, P.; CONSER, A.F.; SILVEIRA, R.C. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de Psiquiatria RS.**, v.25, n.1, p.65-74, 2003.

MARÍN, M.J.S. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.7, p.1545-1555, 2008.

MARTÍN, M. et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. **Rev. de Gerontología**, v.6, n.4, p.338-345, 1996.

MARQUEZ, D.X. et al. Physical activity and psychosocial and mental health of older caregivers and non-caregivers. **Geriatr. Nurs.**, v.33, n.5, p. 358-365, 2012.

MARTIRE, L.M. et al. Perceptions and Implications of Received Spousal Care: Evidence From the Caregiver Health Effects Study. **Psychol. Aging**, v.18, n.3, p.593–601, 2003.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M.P. Job burnout. **Annu. Rev. Psychol.**, v.52, p.397–422, 2001.

MCGEE, H.M. et al. Older people – recipients but also providers of informal care: an analysis among community samples in the Republic of Ireland and Northern Ireland. **Health Soc. Care Comm.**, v.16, n.5, p.548-553, 2008.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MÉNDEZ, L. et al. Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. **Revista Chilena de Neuropsicología**, v.5, n.2, p.137-145, 2010.

MIMURA, C.; GRIFFITHS, P. A Japanese version of the perceived stress scale: translation and preliminary test. **Int. J. Nurs. Stud.**, v.41, p.379–385, 2004.

MITCHELL, A.J. et al. Diagnostic validity and added value of the geriatric depression scale for depression in primary care: a meta-analysis of GDS30 and GDS15. **Journal of Affective Disorders**, v.125, p.10-17, 2010.

MOCK, S.E.; EIBACH, R.P. Aging attitudes moderate the effect of subjective age on psychological well-being: evidence from a 10-year longitudinal study. **Psychology and Aging**, v.26, n.4, p.979-986, 2011.

MOMTAZ, Y.A. et al. Dyadic effects of attitude toward aging on psychological well-being of older Malaysian couples: an actor-partner interdependence model. **Clinical Interventions in Aging**, v.8, p.1413-1420, 2013.

MOREIRA, M.D.; CALDAS, C.P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, set. 2007.

NARDI, E.F.R.; SAWADA, N.O.; SANTOS, J.L.F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.21, n.5, 8 telas, set-out, 2013.

NASCIMENTO, L.C. et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.61, n.4, p.514-517, jul/ago. 2008.

NASCIMENTO JUNIOR, J.R.A.; CAPELARI, J.B.; VIEIRA, L.F. Impacto da prática de atividade física no estresse percebido e na satisfação de vida de idosos. **Rev. Educ. Fís./UEM**, v.23, n.4, p.647-654, 4 trim 2012.

NATIONAL ALLIANCE FOR CAREGIVING. **Caregiving in the U.S.** 2009. Disponível em: <http://www.caregiving.org/data/Caregiving_in_the_US_2009_full_report.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2013.

_____. **Caregiving in the U.S: a focused looking at those caring for someone aged 50 or older.** Executive Summary. 2009. Disponível em: <<http://www.caregiving.org/pdf/research/FINALRegularExSum50plus.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2013.

NATIONAL CENTRE FOR THE PROTECTION OF OLDER PEOPLE – NCPOP. **Public perceptions of older people and aging: a literature review.** Review 1, nov. 2009. Disponível em: <http://www.ncpop.ie/Year%201%20Reports/Microsoft%20Word%20-%20NCPOP%20Lit%20Rev%201%20IL%2001_12_09Cover%20inc22_01_10.pdf>. Acesso em: 30 jan 2015.

NERI, A.L. **Envelhecer num país de jovens:** significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos. Campinas, SP: Editora UNICAMP, 1991.

_____. Atitudes em relação à velhice: evidências de pesquisa no Brasil. **Gerontologia**, v.5, n.3, p.130-139, 1997.

_____. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e culturais. 2ed. Campinas: Alínea, 2006. 201p.

_____. **Palavras-chave em gerontologia**. 3ed. Campinas: Alínea, 2008. 214p.

_____ et al. Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers. **Int. Psychogeriatric**, v.24, n.3, p. 472–483, 2012.

_____; JORGE, M.D. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. **Estudos de Psicologia**, v.23, n.2, p.127-137, abril-junho, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n2/v23n2a03.pdf>>. Acesso em: 11 jan 2010.

NOËL-MILLER, C.M. Partner caregiving in older cohabiting couples. **J. Gerontol. Psychol. Scienc. Soc. Scienc.**, v.66, n.3, p.341–353, 2011.

NOGUEIRA, E.L. et al. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.3, p.368-377, 2014.

NUNNALLY, J. C. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill Inc, 1978.

OCAMPO, J.M. et al. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. **Colomb. Med.**, v.38, n.1, p.40-46, jan/mar. 2007.

OLIVEIRA, D.A.A.P.; GOMES, L; OLIVEIRA, R.F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública**, v.40, n.4, p.734-736, 2006.

OLIVEIRA, M.F. et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p.2191-2012, 2012.

OLIVEIRA, S.K. et al. Perfil dos cuidadores de idosos atendidos pelo projeto de assistência interdisciplinar a idosos em nível primário - PAINP - Londrina – PR. **Ciênc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.5, v.2, p.184-192, mai/ago. 2006.

ORSO, Z.R.A. **Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis – RS**. 2008. 103p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ORUETA-SÁNCHEZ, R. et al. Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes. **Aten. Primaria**, v.43, n.9, p.490-496, 2011.

OSGOOD, C.E.; SUCCI, G.J.; TANNENBAUM, P.H. **The measurement of meaning**. New York: Appleton, 1957.

OSTWALD, S.K. Who is caring for the caregiver? Promoting spousal caregiver's health. **Fam. Community Health**, v.32, n.1S, p.S5-S14, 2009.

_____. et al. Stress Experienced by Stroke Survivors and Spousal Caregivers During the First Year After Discharge from Inpatient Rehabilitation. **Top Stroke Rehabil.**, v.16, n.2, p.93-104, 2009.

OTTE, C. et al. A meta-analysis of cortisol response to challenge in human aging: importance of gender. **Psychoneuroendocrinology**, v.30, p.80-91, 2005.

OZER, N.; YURTTAS, A.; AKYIL, R.Ç. Inpatients in Medical and Surgical Clinics Psychometric Evaluation of the Turkish Version of the Zarit Burden Interview in Family Caregivers of Inpatients in Medical and Surgical Clinics. **J. Transcultural Nursing**, v.23, n.1, p.65-71, 2012.

PADULLA, S.A.T. et al. Tempo de hemodiálise relacionado ao nível de estresse e depressão em pacientes do instituto do rim da santa casa da misericórdia de presidente prudente. **Rev. Eletrônica de Fisioterapia da FCT/UNESP**, v.1, n.1, p.185-205, 2009.

PALACIOS, C.S.; TORRES, M.V.T; MENA, M.J.B. Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.48, p.385-390, 2009.

PALACIOS, P.F.L. et al. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. **Psicothema**, v.23, n.3, p.388-393, 2011.

PARADELA, E.M.P.; LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.6, p.918-923, 2005.

PARK-LEE, E. et al. Positive Affect and Incidence of Frailty in Elderly Women Caregivers and Noncaregivers: Results of Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures. **JAGS**, v.57, n.4, p.627-633, abr. 2009.

PAVARINI, S.C.I.; NERI, A.L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. (Orgs). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.49-70.

PEREIRA, G.N. et al. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.11, p.2035-2042, 2012.

PETERS, J.L. et al. Interaction of Stress, Lead Burden, and Age on Cognition in Older Men: The VA Normative Aging Study. **Environmental Health Perspectives**, v.118, n.4, abr. 2010.

PEW RESEARCH CENTER. **Attitudes about aging**: a Global Perspective, jan 2014. Disponível em: <<http://www.pewglobal.org/files/2014/01/Pew-Research-Center-Global-Aging-Report-FINAL-January-30-20141.pdf>>. Acesso em: 28 jan 2015.

PINHO, M.X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.12, n.1, p.123-140, 2009.

_____. et al. Confiabilidade e validade da Escala de Depressão Geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.94, n.5, p.570-579, 2010.

PINQUART, M. SORENSEN, S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. **Psychology and Aging**, v.18, n.2, p.250-267, 2003.

_____. Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-Analysis. **J. Gerontol. Psychol. Scienc.**, v.61B, n.1, p.P33-P45, 2006.

_____. Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. **Journal of Gerontology**, v.62B, n.2, p.126-137, 2007.

_____. Spouses, Adult Children, and Children-in-Law as Caregivers of Older Adults: A Meta-Analytic Comparison. **Psychol. Aging**, vol.26, n.1, p.1-14, 2011.

POCINHO, M.T.S. et al. Clinical and psychometric validation of Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese elders. **Clinical Gerontologist**, v.32, n.2, p.223-236, 2009.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTELLA, M.R. Atenção integral no cuidado familiar do idoso: desafios para a enfermagem gerontológica no contexto da estratégia saúde da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.501-506, 2010.

RABELO, D.F.; FREIRE, S.A. Atitudes de estudantes universitários da área de humanas em relação à velhice. In: III ENCONTRO INTERNO E VII SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 2003, Uberlândia. **Revista Horizonte Científico - Anais 2003**, 2003.

RAMÍREZ, M.T.G.; HERNÁNDEZ, R.N. Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. **Spanish J. Psychol.**, v.10, n.1, p.199-206, 2007.

REBELLO, P.M.P. et al. Suspeição de depressão segundo Escala Geriátrica em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, v.14, n.3, p.313-318, jul/set. 2011.

REIS, P.O.; CEOLIM, M.F. O significado atribuído a ‘ser idoso’ por trabalhadores de instituições de longa permanência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.1, p.57-64, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a07.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2010.

REIS, R.S.; HINO, A.A.F.; RODRIGUEZ-AÑEZ, R.R. Perceived Stress Scale: Reliability and Validity Study in Brazil. **J. Health Psychol.**, v.15, n.1, p.107-114, 2010.

REMOR, E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). **Spanish J. Psychol.**, v.9, n.1, p.86-93, 2006.

RESENDE, M.C. **Atitudes em relação ao idoso, à velhice pessoal e ao portador de deficiência física em adultos portadores de deficiência física**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

RICARTE, L.F.C.S. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande**. 2009. 134p. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2009.

ROCHA-COUTINHO, M.L. Transmissão geracional e família na contemporaneidade. In: BARROS M.L., organizador. **Família e gerações**. Rio de Janeiro: FGV; 2006. p. 91-106.

RODDA, J.; WALKER, Z.; CARTER, J. Depression in older adults. **BMJ**, v.343, d5219, 2011.

RODRIGUES, A.; ASSMAR, E.M.L.; JABLONSKI, B. **Psicologia social**. 21ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

RODRIGUES, S.L.A.; WATANABE, H.A.W.; DERNTL, A.M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.4, p.493-500, 2006.

RON, P. Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.22, p.656-662, 2007.

ROSE, L.E.; MALLINSON, R.K.; GERSON, L.D. Mastery, Burden, and Areas of Concern Among Family Caregivers of Mentally Ill Persons. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.20, n.1, p.41-51, fev. 2006.

ROTH, D.L. et al. Family caregiving and emotional strain: associations with quality of life in a large national sample of middle-aged and older adults. **Qual. Life Res.**, v.18, n.6, p.679-688, 2009.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.31, n.1, p.26-32, mar. 2010.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.31, n.1, p.115-122, mar. 2010.

SANTOS, C.F.; GUITIERREZ, B.A.O. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da Doença de Alzheimer. **Rev. Min. Enferm.**, v.17, n.4, p.792-798, 2013.

SANTOS, E.B. **Estresse percebido dos idosos após o Acidente Vascular Cerebral**. 124p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais de vida diária. **RBPS**, v.21, n.4, p.290-296, 2008.

SANTOS, S.M.A. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. 3ed. Campinas: Alínea, 2010. 228p.

SÃO CARLOS. **Prefeitura Municipal de São Carlos** [internet]. São Carlos (SP). Disponível em: <www.saocarlos.sp.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2013.

SARKISIAN, C.A.; HAYS, R.D.; MANGIONE, C.M. Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults. **JAGS**, v.50, p.1837-1843, 2002.

_____. et al. The relationship between expectations for aging and physical activity among older adults. **J. Gen. Intern. Med.**, v.20, p.911-915, 2005.

_____. et al. Ethnic differences in expectations for aging among older adults. **JAGS**, v.54, p.1277-1282, 2006.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Rev. Bras. Psiquiatria**; v.24, n.1, p.12-17, 2002.

_____.; MENEZES, P.R.; ALMEIDA, O.P. Caregiver burden in an elderly population with depression in São Paulo, Brazil. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, v.37, p.416-422, 2002.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v.377, n.9782, p.2042-2053, jun. 2011.

SCHNEIDER, J. et al. EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's Disease: I-factors associated with carer burden. **Int. J. Geriatr. Psychiatry**, v.14, p.651-661, 1999.

SCHOLZEL-DORENBOS, C.J.M. et al. Quality of Life and Burden of Spouses of Alzheimer Disease Patients. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, v.23, n.2, p.171-177, abr/jun. 2009.

SCHREINER, A.S. et al. Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. **Aging Ment. Health**, v.10, n.2, p.107-111, mar. 2006.

SCHULZ, R.; BEACH, S.R. Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. **JAMA**, v.282, n.23, p.2215-1129, dez. 1999.

SCHWARZ, K.A; DUNPHY, G. An Examination of Perceived Stress in Family Caregivers of Older Adults with Heart Failure. **Experimental Aging Research**, v.29, p.221-235, 2003.

SEGATO, L. et al. Estresse psicológico de velejadores de alto nível esportivo em competição. **Motricidade**, v.6, n.3, p.53-62, 2010.

SEIMA, M.D.; LENARDT, M.H.; CALDAS, C.P. Relação entre o cuidado familiar e o idoso com Alzheimer. **Rev. Bras. Enferm.**, v.67, n.2, p.233-240, 2014.

SELTZER, M.M.; LI, L.W. The dynamics of caregiving: Transitions during a three-year prospective study. **The Gerontologist**, v.40, n.2, p.165-178, abr. 2000.

SHEIKH, J.I.; YESAVAGE, J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. **Clin Gerontol.**, v.5, n.1/2, p.165-173, 1986.

SHENKIN, S.D. et al. Life course influences of physical and cognitive function and personality on attitudes to aging in the Lothian Birth Cohort 1936. **Int. Psychogeriatr.**, v.26, n.9, p.1417-1430, 2014.

SIJUWADE, P.O. Attitudes towards Old Age: A Study of the Self-Image of Aged. **Stud. Home Comm. Sci.**, v.3, n.1, p.1-5, 2009.

SILVA, C.S.O. et al. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Esc. Anna Nery**, v.14, n.4, p.811-818, 2010.

SILVA, E.V. et al. Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. **REME – Rev. Min. Enf.**, v.10, n.1, p.46-53, jan./mar. 2006.

SILVA, F.P. **Crenças em relação à velhice, bem-estar subjetivo e motivos para frequentar Universidade da Terceira Idade**. 106p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

SILVA, J.B. et al. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2006.

SILVA, L.C.C. et al. Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. **Rev. Kairós**, São Paulo, v.15, n.3, p.119-140, jun. 2012.

SINDI, S. et al. Deressive symptoms, cortisol, and cognition during human aging: the role of negative aging perceptions. **Stress**, v.15, n.2, p.130-137, 2012.

SOARES, C.B.; MUNARI, D.B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.6, n.3, p.357-362, jul./set. 2007.

SOUSA, M. et al. Depressão em idosos: prevalência e factores associados. **Rev. Port. Clin. Geral**, v.26, p.384-391, 2010.

SOUZA, A.S. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos com sintomas depressivos. **Rev. Enferm. UERJ**, v.21, n.3, p.355-360, jul/set. 2012.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri: Manole; 2005.

STAUDER, A.; KONKOLÛ THEGE, B. Characteristics of the Hungarian version of the Perceived Stress Scale (PSS). **Mentálhigiéné és Pszichoszomatika**, v.7, n.3, p.203-216, 2006.

STORTI, L.B. **Relação entre sobrecarga do cuidador familiar e alterações comportamentais e funcionais do idoso com doença de Alzheimer**. 192p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

SUH, S. et al. Association between knowledge and attitude about aging and life satisfaction among older Koreans. **Asian Nursing Research**, v.6, p.96-101, 2012.

TAFARO, L. et al. Stress in centenarians. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v.48, p.353–355, 2009.

TAMANINI, J.T.N. et al. Association Between Urinary Incontinence in Elderly Patients and Caregiver Burden in the City of São Paulo/Brazil: Health, Wellbeing, and Ageing Study. **Neurourology and Urodynamics**, v.30, p.1281–1285, 2011.

TAUB, A.; ANDREOLI, S.B.; BERTOLUCCI, P.H. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.372-376, mar/abr. 2004.

THORPE, A.M. et al. Attitudes to aging in midlife are related to health conditions and mood. **Int. Psychogeriatr.**, v.26, n.12, p.2061-2071, 2014.

TOMOMITSU, M.R.S.V.; PERRACINI, M.R.; NERI, A.L. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3429-3440, 2014.

TOP, M.; ERIS, H.; KABALCIOGLU, F. Quality of life and attitudes toward aging among older women in Turkey. **J. Women Soc. Work**, v.27, n.4, p.406-419, 2012.

TRIGG, R. et al. Self-reported quality of life ratings of people with dementia: the role of attitudes to aging. **Int. Psychogeriatr.**, v.24, n.7, p.1085-1093, 2012.

TRIGO, M. et al. Estudo das propriedades psicométricas da Perceived Stress Scale (PSS) na população portuguesa. **Psychologica**, v.53, p.353-378, 2010.

TROUILLET, R. et al. Impact of Age, and Cognitive and Coping Resources on Coping. **Can. J. Aging**, v.30, n.4, p.541– 550, 2011.

TUCKMAN, J.; LORGE, I. Attitudes toward old people. **The Journal of Social Psychology**, v.87, p.249-260, 1953.

TURNER, A.; FINDLAY, L. Informal caregiving for seniors. **Statistics Canada**, Catalogue no. 82-003-XPE, Health Reports, v.23, n.3, set. 2012.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Ageing 2013**. New York: United Nations, 2013.

VALENTE, L.E. et al. Health self-perception by dementia family caregivers: Sociodemographic and clinical factors. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.69, n.5, p.739-744, 2011.

VALLE, E.A. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.4, p. 918-926, 2009.

VÁZQUEZ-SÁNCHEZ, M.A et al. Influencia de los pensamientos disfuncionales en la sobrecarga de los cuidadores de personas dependientes. **Enferm. Clin.**, v.22, n.1, p.11-17, 2012.

VIEIRA, C.P.B.; FIALHO, A.V.M. Perfil de cuidadores familiares de idosos com Acidente Vascular Cerebral Isquêmico. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.11, n.2, p.161-169, abr/jun. 2010.

VILELA, A.B.A. et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 55-69, 2006.

VINK, D.; AARTSEN, M.J.; SCHOEVERS, R.A. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. **Journal of Affective Disorders**, v.106, p.29-44, 2008.

VITALIANO, P.P. et al. Does caring for a spouse with dementia promote cognitive decline? A hypothesis and proposed mechanisms. **JAGS**, v.59, p.900-908, 2011.

VONDRAS, D.D. et al. Differential effects of everyday stress on the episodic memory test performances of young, mid-life, and older adults. **Aging Ment. Health**, v.9, n.1, p.60-70, jan. 2005.

XIE, X.; XIA, Y.; LIU, X. Family income and attitudes toward older people in China: comparison of two age cohorts. **J. Fam. Econom. Issues**, v.28, n.1, p.171-182, 2007.

WANG, G. et al. The Metric Properties of Zarit Caregiver Burden Scale: Validation Study of a Chinese Version. **Alzheimer Dis. Assoc. Disord.**, v.22, n.4, p.321-326, out/dez. 2008.

WANG, Z. et al. Psychometric Properties of the Chinese Version of the Perceived Stress Scale in Policewomen. **PLoS One**, v.6, n.12, e28610, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0028610>>. Acesso em: 27 mai. 2013.

WEYERER, S. et al. Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. **Journal of Affective Disorders**, v.11, p.153-163, 2008.

WHITE, R.S. et al. Higher perceived stress scale scores are associated with higher pain intensity and pain interference levels in older adults. **JAGS**, v.62, p.2350-2356, 2014.

WILLIAMS, C. Marriage and Mental Health: When a Spouse Has Alzheimer's Disease. **Arch. Psychiatr. Nurs.**, v.25, n.3, p.220–222, jun. 2011.

WOLFF, J.L.; KASPER, J.D. Caregivers of frail elders: updating a national profile. **The Gerontologist**, v.46, n.3, p.344-356, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **International classification of impairment, disabilities, and handicaps**: a manual of classification relating the consequences of disease. Geneva: World Health Organization; 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Fact Sheet nº369. **Depression**. Oct 2012. Disponível em: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> >. Acesso em 20 dez 2014.

WURM, S.; TOMASIK, M.J.; TESCH-ROMER, C. Serious health events and their impact on changes in subjective health and life satisfaction: the role of age and a positive view on ageing. **Eur. J. Ageing**, v.5, p.117-127, 2008.

YAMADA, Y.; MERZ, L.; KISVETROVA, H. Quality of life and comorbidity among older home care clients: role of positive attitudes toward aging. **Qual. Life Res.**, [Epub ahead of print], 20 dec 2014. Disponível em: < <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11136-014-0899-x> >. Acesso em 02 fev 2015.

YESAVAGE, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J. Psychiatr. Res.**, v.17, n.1, p.37-49, 1983.

ZARIT, S.H.; REEVER, K.E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. **Gerontologist**, v.20, p.649-55, 1980.

ZARIT, S.H.; ORR, N.K.; ZARIT, J.M. **The hidden victims of Alzheimer's disease**: Families under stress. New York: New York University Press, 1985.

ZARIT, S.H.; ZARIT, J.M. **The memory and behaviour problems checklist**: 1987R and the burden interview (technical report). Pennsylvania State: University Park (PA), 1987.

ZARIT, S.H. Family care and burden at the end of life. **CMAJ**, v.170, n.12, p.1811-1812, jun. 2004.

ZHANG, M.; SIMON, M.A.; DONG, X. The prevalence of perceived stress among US Chinese older adults. **AIMS Med. Sci.**, v.1, n.1, p.40-56, 2014.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar de forma totalmente voluntária da pesquisa Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores, cujo pesquisador responsável é a Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini, do Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder perguntas desses instrumentos, é muito importante que o (a) senhor (a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que o(a) senhor(a) decida participar. O(a) Senhor (a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

1. O objetivo desta pesquisa é analisar as variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de São Carlos.
2. O(a) Senhor (a) foi selecionado por ser usuário de uma Unidade de Saúde da Família do município, ter mais de 60 anos e morar com uma pessoa idosa. Sua participação nesta pesquisa consistirá de responder algumas perguntas com relação a sua idade, escolaridade, quem cuida, quais as atividades que realiza, qual a sua percepção sobre sua saúde, se toma medicamentos, seu estado de humor, sua cognição (memória), sobrecarga, qualidade de vida, atitude em relação à velhice, espiritualidade, esperança e otimismo, fragilidade e vulnerabilidade física, dor e relações familiares. Além disso, deverá apertar um aparelho manual para medirmos a sua força e andar alguns metros para avaliarmos sua marcha.
3. Ao responder as perguntas os participantes poderão sentir cansaço ou desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação ou relembrar algumas sensações diante das perguntas. Se isto ocorrer, o(a) Senhor (a) poderá interromper a entrevista e retirar o seu consentimento ou retomar em outro momento se assim o desejar. A qualquer momento o(a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
4. Os benefícios para os integrantes da pesquisa são indiretos pois ajudarão a entender a situação do cuidado ao idoso pelo familiar cuidador que também é idoso. Também poderemos identificar alguns sintomas como alteração de memória ou sinais de depressão que, caso isso ocorra, o(a) senhor(a) será imediatamente encaminhado a equipe da Unidade de Saúde da Família para avaliação mais aprofundada de sua saúde.
5. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.
6. Não haverá qualquer despesa decorrente da participação do(a) senhor(a) na pesquisa.
7. Diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, o(a) senhor(a) será encaminhado e atendido pelo serviço de saúde do município.
8. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Sofia Cristina Iost Pavarini
Rua Paraguai, 642, Nova Estancia- São Carlos- SP
16- 33066661

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE B - Identificação prévia do idoso e do cuidador

- () CUIDADOR
() IDOSO
() EXCLUÍDO

Dados do entrevistado

Iniciais: _____

USF:

- (1) Água Vermelha
(2) Antenor Garcia
(3) Aracy Equipe I
(4) Aracy Equipe II
(5) Astolpho
(6) Cruzeiro do Sul Equipe I
(7) Cruzeiro do Sul Equipe I
(8) Guanabara
(9) Jardim Gonzaga
(10) Jardim Munique
(11) Jardim São Carlos
(12) Jockey Clube
(13) Petrili
(14) Presidente Collor
(15) Romeu Tortorelli
(16) Santa Angelina
(17) Santa Eudóxia

Dados do entrevistador

Nome: _____

Contato: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Horário de início: ____:____hs

Horário de término: ____:____hs

Observações/contexto da entrevista:

	Data	Assinatura
Entregue por:		
Recebido por:		
Conferido por:		
Digitado 1 por:		
Digitado 2 por:		

Nome	Resultado final		Definição dos sujeitos		
	Katz	Lawton	Excluído	Idoso	Cuidador

Grupo:

☐ **I** - Idosos independentes nas duas escalas.

☐ **II** - Um idoso dependente e o outro independente (no caso de dois ou mais idosos independentes, perguntar: Entre os idosos independentes, qual é o cuidador primário, ou seja, o principal responsável pelos cuidados diretos ao idoso dependente?).

☐ **III** - Idosos dependentes com resultados diferentes nas duas escalas.

☐ **IV** - Idosos dependentes com resultados iguais nas duas escalas (Perguntar: entre os idosos dependentes, qual é o cuidador primário, ou seja, o principal responsável pelos cuidados diretos ao idoso dependente?).

ATENÇÃO: Somente serão avaliados dois idosos em cada residência.

APÊNDICE C – Caracterização sociodemográfica do idoso dependente de cuidados no domicílio

Dados do entrevistador

Nome: _____

Contato: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Horário de início: ____:____hs

Horário de término: ____:____hs

I. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Data de Nascimento: ____/____/____ (____ anos)	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Estado Civil: (1) Casado (a) ou vive com companheiro (a) (2) Solteiro (a) (3) Divorciado/ separado/ desquitado (4) Viúvo (99) NR	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Trabalha atualmente: (1) Sim O que faz? _____ (0) Não (99) NR	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
É aposentado ou pensionista: (1) Sim (0) Não (99) NR	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Escolaridade: Número de anos de estudo: _____ anos (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 (99) NR	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
Raça/ Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Mulata/ cabocla/ parda (4) Indígena (5) Amarela/ oriente (99) NR	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

APÊNDICE D – Caracterização sociodemográfica do idoso cuidador

Dados do entrevistador

Nome: _____

Contato: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Horário de início: ____:____hs

Horário de término: ____:____hs

II. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	<input type="text"/>
Data de Nascimento: ____/____/____ (____ anos)	<input type="text"/>
Estado Civil: (1) Casado (a) ou vive com companheiro(a) (2) Solteiro (a) (3) Divorciado/ separado/ desquitado (4) Viúvo (99) NR	<input type="text"/>
Trabalha atualmente: (1) Sim O que faz? _____ (0) Não (99) NR	<input type="text"/>
Aposentado ou pensionista: (1) Sim (0) Não (99) NR	<input type="text"/>
Escolaridade: Número de anos de estudo: _____ anos (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 (99) NR	<input type="text"/> <input type="text"/>
Religião: (1) Católico (2) Evangélico (3) Congregação Cristã (4) Testemunha de Jeová (5) Espírita (6) Protestante (7) Budista (8) Outra (9) Não possui (99) NR	<input type="text"/>
Raça/ Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Mulata/ cabocla/ parda (4) Indígena (5) Amarela/ orienta (99) NR	<input type="text"/>
Renda do cuidador (em reais): _____ (99) NR	<input type="text"/>
Renda familiar mensal (em reais): _____ (99) NR	<input type="text"/>

Considera a renda suficiente? (1) Sim (0) Não (99) NR	<input type="text"/>
Possui plano particular de saúde? (1) Sim (0) Não (99) NR	<input type="text"/>
Número de pessoas que moram na casa: _____ (99) NR	<input type="text"/>
Número de filhos: _____ (99) NR	<input type="text"/>

APÊNDICE E – Caracterização do Cuidado

O Sr(a) está cuidando do seu(a): (1) Cônjuge (2) Pai/mãe (3) Sogro/sogra (4) Irmão/irmã (5) Outro (especificar): _____		<input type="text"/>
Há quanto tempo (meses) o Sr(a) é o cuidador do idoso(a)? _____		<input type="text"/>
Quantas horas por dia o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ horas		<input type="text"/>
Quantos dias na semana o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ dias		<input type="text"/>
Quantos dias no final de semana o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ dias		<input type="text"/>
Qual o gasto mensal (em reais) relacionado ao cuidado do idoso(a)?		<input type="text"/>
O Sr(a) participou de algum curso/treinamento para cuidar do idoso(a)? (1) Sim (0) Não		<input type="text"/>

Das atividades a seguir, quais o Sr(a) realiza ou ajuda o idoso(a) fazer?						Satisfação
	Não precisa de ajuda	Ajuda a fazer	Outra pessoa ajuda a fazer	Ajuda compartilhada	Resultado	Se recebe ajuda, é suficiente? (1) Sim (0) Não
Higiene	1	2	3	4		
Vestir-se	1	2	3	4		
Eliminações	1	2	3	4		
Movimentação e Transferência	1	2	3	4		
Comer	1	2	3	4		
Preparo da alimentação	1	2	3	4		
Medicação	1	2	3	4		
Levar à consulta médica, à fisioterapia, para fazer exames.	1	2	3	4		
Tarefas domésticas	1	2	3	4		
Manuseio de dinheiro	1	2	3	4		
Atividades terapêuticas (levar a fisioterapia, prática de exercícios)	1	2	3	4		

O Sr(a) recebe ajuda:	
Material/ financeira (1) Sim (0) Não (99) NR	<input type="text"/>
Afetiva/emocional (1) Sim (0) Não (99) NR	<input type="text"/>
O Sr(a) recebe ajuda de entidades para o cuidado do idoso(a)?	
Grupos religiosos/ Igreja/ Voluntariado (1) Sim (0) Não (99) NR	<input type="text"/>
Instituições de saúde. (1) Sim (0) Não (99) NR	<input type="text"/>
Serviço de assistência social. (1) Sim (0) Não (99) NR	<input type="text"/>

APÊNDICE F – Avaliação da saúde do idoso cuidador

	NÃO	SIM	NS/NR	Pontuação Final
Anemia	0	1	99	
Ansiedade/transtorno do pânico	0	1	99	
Artrite(reumatóide/osteoartrite/artrose)	0	1	99	
Audição prejudicada	0	1	99	
Câncer - Qual? _____	0	1	99	
Problemas pulmonares (enfisema, bronquite, asma, etc.)	0	1	99	
Diabetes Mellitus	0	1	99	
Depressão	0	1	99	
Acidente Vascular Cerebral	0	1	99	
Doença cardíaca	0	1	99	
Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	0	1	99	
Doença vascular periférica (varizes)	0	1	99	
Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	0	1	99	
Hipertensão arterial	0	1	99	
Incontinência urinária e/ou fecal	0	1	99	
Obesidade	0	1	99	
Osteoporose	0	1	99	
Constipação	0	1	99	
Problemas de coluna	0	1	99	
Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	0	1	99	
Tontura (labirintite, vertigens)	0	1	99	
Proteínas na urina	0	1	99	
Glicemia alterada	0	1	99	
Outras – Qual? _____	0	1	99	

Medicamentos	
O(a) senhor(a) toma algum tipo de medicamento? (1) Sim. (0) Não. (99) NR	<input type="text"/>
Quantos medicamentos o(a) senhor(a) toma de forma regular? (colocar “zero” se não toma nenhum) _____ medicamentos.	<input type="text"/>

AValiação Subjetiva da Saúde e Satisfação Global com a Vida					
De modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?	() Muito boa	() Boa	() Regular	() Ruim	() Muito ruim
O/a senhor/a está satisfeito/a com a sua vida hoje?	() Pouco	() Mais ou menos	() Muito		

ANEXO A – Índice de Katz

Resultado: _____/06 pontos		
	(1)	Muito dependente (2 ou menos pontos)
	(2)	Dependência moderada (4 pontos)
	(3)	Independente (6 pontos)

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

ANEXO B – Escala de Lawton e Brody

Resultado: _____/21		
	(1)	Dependência total (7 ou menos pontos)
	(2)	Dependência parcial (entre 7 e 21 pontos)
	(3)	Independência (21 pontos)

Em relação ao uso do telefone 3 Recebe e faz ligações sem assistência 2 Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas 1 Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone
Em relação às viagens 3 Realiza viagens sozinho 2 Somente viaja quando tem companhia 1 Não tem o hábito ou é incapaz de viajar
Em relação à realização de compras 3 Realiza compras, quando é fornecido o transporte 2 Somente faz compra quando tem companhia 1 Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras
Em relação ao preparo de refeições 3 Planeja e cozinha as refeições completas 2 Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda 1 Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições
Em relação ao trabalho doméstico 3 Realiza tarefas pesadas 2 Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas 1 Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalho doméstico
Em relação ao uso de medicamentos 3 Faz uso de medicamento sem assistência 2 Necessita de lembretes ou de assistência 1 É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos
Em relação ao manejo do dinheiro 3 Preenche cheque e a as contas sem auxílio 2 Necessita de assistência para o uso de cheque e contas 1 Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro e contas

ANEXO C – Inventário de Sobrecarga de Zarit

Resultado: _____/88		
	(1)	Pequena sobrecarga (0 a 20)
	(2)	Moderada sobrecarga (21 a 40)
	(3)	De moderada a severa sobrecarga (41 a 60)
	(4)	Sobrecarga severa (61 a 88)

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Resultado
0	1	2	3	4	
O Sr/Sra. Sente que o S* pede mais ajuda do que ele /ela) necessita?					
O Sr/Sra sente que por causa do tempo o Sr/Sra, gasta com S*, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo?					
O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
O Sr/Sra se sente envergonhado com o comportamento de S*?					
O Sr/Sra se sente irritado (a) com quando S* está por perto?					
O Sr/Sra sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
O Sr/Sra sente receio pelo futuro?					
O Sr/Sra sente que S* depende do Sr/Sra?					
O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S* esta por perto?					
O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S*?					
O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S*?					
O Sr/Sra. Sente que o Sr/Sra que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S*?					
O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S*?					
O Sr/Sra sente que S* espera que o Sr/Sra cuide dele/dela como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?					
O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S*, somando-se as suas outras despesas?					
O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S* por muito mais tempo?					
O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S*?					
O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S*?					
O Sr/Sra sente que tem dúvida sobre o que fazer por S*?					
O Sr/Sra se sente que deveria estar fazendo mais por S*?					
O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S*?					
De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?					
TOTAL					
* No contexto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.					
** Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.					

ANEXO D - Mini Exame do Estado Mental

ORIENTAÇÃO						
➤ Perguntar: Qual é	Dia da semana	O dia do mês	O mês	O ano	A hora aproximada	[Escore 0-5] <input type="text"/> <input type="text"/>
➤ Perguntar: Qual é	Local específico	Local genérico	Bairro ou rua próxima	Cidade	Estado	[Escore 0-5] <input type="text"/> <input type="text"/>
REGISTRO						
➤ Diga: "Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo" (Dar um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas. Registre o número de tentativas:						[Escore 0-3] <input type="text"/> <input type="text"/>
ATENÇÃO & CONCENTRAÇÃO						
➤ Subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinando espontaneamente se corrigir. Pare após 5 subtrações (93, 86, 79, 72, 65):						[Escore 0-5] <input type="text"/> <input type="text"/>
MEMÓRIA - Recordação						
➤ Pergunte quais as palavras que o indivíduo acabara de repetir. Dar um ponto para cada.						[Escore 0-3] <input type="text"/> <input type="text"/>
LINGUAGEM - Compreensão						
➤ Mostrar a instrução escrita e pedir ao indivíduo para fazer o que está sendo mandado (não auxilie se ele pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando):						[Escore 0-1] <input type="text"/> <input type="text"/>
<h1>Feche os olhos</h1>						
➤ Comando : "Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque -o no chão." Dar um ponto para cada acerto. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.						[Escore 0-3] <input type="text"/> <input type="text"/>
LINGUAGEM - Escrita						
➤ Peça ao indivíduo para escrever uma frase: Se não compreender o significado, ajude com: <i>alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.</i> Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. Dar um ponto.						[Escore 0-1] <input type="text"/> <input type="text"/>

LINGUAGEM - Repetição		
> Peça ao indivíduo que repita: “ Nem aqui, nem ali, nem lá ”		[Escore 0-1] <input type="text"/> <input type="text"/>
LINGUAGEM - Nomeação		
> Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:		[Escore 0-2] caneta + relógio <input type="text"/> <input type="text"/>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> </div> </div>		
HABILIDADES VISUAIS-ESPACIAIS		
> Pentágonos sobrepostos: Peça ao indivíduo para copiar o desenho e para fazer o melhor possível.		[Escore 0-1] <input type="text"/> <input type="text"/>

Escores Gerais		
MEEM		/30

ANEXO E – Escala de Estresse Percebido

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável.

Neste último mês, com que frequência...

		Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
Pontuação		0	1	2	3	4
1	Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2	Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?					
3	Você tem se sentido nervoso e “estressado”?					
4	Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?					
5	Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?					
6	Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?					
7	Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?					
8	Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?					
9	Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?					
10	Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?					
11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?					
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?					
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?					
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?					

ANEXO F – Escala de Depressão Geriátrica

Resultado: _____/15		
	(1)	Depressão severa (11 a 15)
	(2)	Depressão leve (6 a 10)
	(3)	Normal (0 a 5)

QUESTÕES		Pontos	
		Sim	Não
1	Você está satisfeito com sua vida?	0	1
2	Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4	Você se aborrece com frequência?	1	0
5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
6	Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
8	Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
9	Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
13	Você se sente cheio de energia?	0	1
14	Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0

ANEXO G - Escala Neri de Avaliação de Atitudes em Relação à Velhice

O IDOSO É:				
1	Sábio	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Tolo	
2	Destrutivo	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Construtivo	
3	Bem-humorado	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Mal-humorado	
4	Rejeitado	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Aceito	
5	Desconfiado	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Confiante	
6	Entusiasmado	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Deprimido	
7	Isolado	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Integrado	
8	Ultrapassado	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Atualizado	
9	Valorizado	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Desvalorizado	
10	Agradável	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Desagradável	
11	Doentio	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Saudável	
12	Cordial	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Hostil	
13	Ativo	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Inativo	
14	Introvertido	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Sociável	
15	Desinteressado pelas pessoas	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Interessado pelas pessoas	
16	Esperançoso	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Desesperado	
17	Mesquinho	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Generoso	
18	Dependente	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Independente	
19	Produtivo	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Improdutivo	
20	Progressista	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Retrógrado	
21	Confuso	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Claro	
22	Condescendente	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Crítico	
23	Preciso	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Impreciso	
24	Seguro	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Inseguro	
25	Concentrado	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Distraído	
26	Rápido	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Lento	
27	Flexível	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Rígido	
28	Criativo	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Convencional	
29	Persistente	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Inconstante	
30	Alerta	1-----1-----1-----1-----1 1 2 3 4 5	Embotado	

ANEXO H – Comprovante de aprovação Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
Rua 9 de Julho, 754 – São Carlos-SP
CEP: 13560-042 – Fone (16) 3371 1716

PARECER N° 68/2013

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado: **“Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores”**, a ser desenvolvido pela Profª Drª Sofia Cristina Iost Pavarini, tendo como objetivo geral analisar as variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de um município do interior paulista.

Considerando que a metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes, como por exemplo, a preocupação quanto ao sigilo das informações e que a pesquisadora tomará as devidas condutas para minimizá-lo, no sentido de ocultar e não divulgar os nomes dos sujeitos da pesquisa; e que os resultados certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Saúde-Escola em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- Considerando que o Projeto apresentado aponta que a coleta dos dados será realizada nas Unidades de Saúde da Família do município, caso haja necessidade de utilização do espaço da Unidade afeta ao DGCA da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos para o desenvolvimento de alguma das etapas do trabalho, as atividades deverão ser pactuadas de forma a não causar prejuízos ao cotidiano da equipe;
- A pesquisadora deverá se apresentar à Equipe portando cópia deste parecer;
- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado após Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e com a assinatura do Termo Livre e Esclarecido pelos participantes e,
- Após a conclusão do projeto deverão ser enviados os resultados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 20 de Setembro de 2013.

Michelli M. Líbero
Diretora do Depto. de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Michelli M. Líbero
Diretora do Depto. de
Gestão do Cuidado
Ambulatorial / S.M.S.

ANEXO I – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores**Pesquisador:** Sofia Cristina Iost Pavarini**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 22956313.6.0000.5504**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Carlos/UFSCar**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 416.467**Data da Relatoria:** 15/10/2013**Apresentação do Projeto:**

O cuidado ao idoso no contexto brasileiro é culturalmente realizado no âmbito familiar e prioritariamente por cuidadores familiares e informais. A literatura mostra que as mulheres são as principais cuidadoras de idosos e em geral é a esposa ou a filha. As mulheres cuidadoras trabalham por mais horas e realizam mais tarefas de cuidado quando comparadas com os homens cuidadores. As esposas apresentam mais sintomas depressivos e pior saúde física. Ao mesmo tempo, mulheres idosas estão mais expostas à fragilidade e as alterações cognitivas. Pesquisas recentes realizadas com idosos têm demonstrado que há várias dimensões biológicas, psicológicas e sociais que covariam de forma expressiva com o desempenho cognitivo. E quando esses idosos são cuidadores de outros idosos? Quais variáveis terão maiores chances de influenciar essa relação? Atualmente, com o envelhecimento populacional e a longevidade da população, o cuidado a idosos deve ser considerado um problema de saúde pública. Compreender as variáveis associadas a cognição dos idosos cuidadores poderá contribuir para a identificação de quais serão mais relevantes para um cuidado efetivo na atenção básica à saúde. Este projeto tem por objetivo analisar as variáveis associadas à cognição em idosos cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de um município do interior paulista. Todos os cuidados éticos serão observados. A população será composta por pessoas com 60 anos ou mais cadastradas e residentes na área urbana e rural de abrangência das USF do município e

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto considerado aprovado. De acordo com a Resolução 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 06 de Outubro de 2013.

Assinador por:
Roquelaine Batista dos Santos
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br