

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA
SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA**

**AVALIAÇÃO DA SAÚDE DE CUIDADORES DE IDOSOS EM
SEUS DOMICÍLIOS**

ÉRICA MARIA FERREIRA DE OLIVEIRA

MEDICINA

2018

Érica Maria Ferreira de Oliveira

Avaliação da Saúde de Cuidadores de Idosos em seus Domicílios

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientador: Wallisen Tadashi Hattori

Coorientador: Carlos Henrique Alves de Rezende

Uberlândia

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

O48a
2018 Oliveira, Érica Maria Ferreira de, 1977
 Avaliação da saúde de cuidadores de idosos em seus domicílios /
 Érica Maria Ferreira de Oliveira. - 2018.
 59 f. : il.

Orientador: Wallisen Tadashi Hattori.
Coorientador: Carlos Henrique Alves de Rezende.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.220>
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. Idosos - Cuidados domiciliares -
Teses. 3. Cuidadores - Teses. 4. Saúde - Teses. I. Hattori, Wallisen
Tadashi. II. Rezende, Carlos Henrique Alves de. III. Universidade
Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde. IV. Título.

CDU: 61

Angela Aparecida Vicentini Tzi Tziboy – CRB-6/947

FOLHA DE APROVAÇÃO

Érica Maria Ferreira de Oliveira

Avaliação da Saúde de Cuidadores de Idosos em seus Domicílios.

Presidente da banca: Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Banca Examinadora

Titular: Profa. Dra. Rosuíta Fratari Bonito

Instituição: Universidade Federal de Uberlândia

Titular: Prof. Dra. Poliana Rodrigues Alves Duarte

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

DEDICATÓRIA

À minha filha, Maria Eduarda, que apesar de tão pequena, pôde compreender minha ausência em muitos momentos em prol deste trabalho!

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori pelo incentivo, apoio e orientação.

Ao Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende, meu maior incentivador e eterno mestre.

Aos graduandos de Medicina Wéber Elias Carvalho e Débora Sotírios S. Pegos pela contribuição na coleta de dados.

Às equipes de Saúde da Família que tão bem me receberam e acolheram o meu projeto, em especial ao Agentes Comunitários de Saúde, pelo grande esforço realizado ao nos acompanhar nas visitas para coleta de dados, minha eterna gratidão.

Aos Cuidadores de Idosos e Idosos que nos receberam em seus lares de forma tão acolhedora, nos fornecendo muito além de dados, mas experiência de vida, obrigada pelos momentos, rápidos e marcantes, em que estivemos juntos.

Enfim, a todos que participaram e contribuíram de alguma maneira para a realização deste trabalho, meu sincero agradecimento.

*“O saber a gente aprende com os mestres
e os livros. A sabedoria, se aprende é com
a vida e com os humildes”.*

Cora Coralina

RESUMO

Introdução: Estudos têm revelado que o cuidado ao idoso em domicílio é complexo, e pode gerar sobrecarga ao cuidador. Portanto, há grande importância em avaliar as variáveis associadas à sobrecarga nesses cuidadores, já que a qualidade de vida do cuidador e a qualidade do cuidado ao idoso dependem da saúde física e emocional daquele que cuida. **Objetivos:** Avaliar o impacto que atividades de cuidado têm na vida do cuidador, correlacionando com o nível de independência do idoso e com o suporte social. **Material e Métodos:** Participaram do estudo 80 cuidadores de idosos visitados em seus domicílios pelos pesquisadores para coleta de dados. Utilizaram-se a escala de Zarit Burden Interview para avaliar sobrecarga do cuidador e a Medida de Independência Funcional (MIF) para avaliar nível de dependência do idoso, além de instrumentos elaborados pelos pesquisadores para caracterização do cuidador e idoso, analisando-se quantitativamente o resultado. **Resultados:** Houve correlação do Grau de Sobrecarga com a MIF motora ($rs = -0,35$, $P = 0,002$) e total ($rs = -0,34$, $P = 0,002$), e com o número de horas dispendidas para o cuidado do idoso ($rs = 0,34$, $P = 0,002$). Quanto aos cuidadores, houve predomínio de filhas dos idosos (60,0%), idade média de $54,65 \pm 10,68$ anos e grau de sobrecarga moderado. Dentre os idosos, o predomínio foi do sexo feminino, idade média de $77,40 \pm 10,70$ anos e nível de dependência modificada I. **Conclusão:** Conclui-se que o grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos aumenta à medida que diminui o nível de independência do idoso. Dessa forma, é fundamental a criação de programas voltados aos cuidadores com o intuito de promover o seu autocuidado e prevenir ou reduzir a sobrecarga causada pelo ato de cuidar.

Palavras-chave: Cuidador, idoso, saúde

ABSTRACT

Introduction: Studies have revealed that care for the elderly in the home is complex and can generate burden to the caregiver. Thus, there is great importance in evaluating the variables associated with the burden in these caregivers, since the quality of life of the caregiver and the quality of care for the elderly depend on the physical and emotional health of the caregiver. **Objectives:** Evaluate the impact that care activities have on the life of the caregiver, correlating with the level of independence of the elderly and with social support. **Methods:** 80 caregivers of older adults were visited at their homes by the researchers for data collection. The Zarit Burden Interview scale was used to evaluate the caregiver's overburden and the Functional Independence Measure (FIM), to evaluate the level of elderly dependence, as well as other instruments developed by the researchers to characterize the elderly caregiver, analyzing quantitatively the result. **Results:** There was a correlation between the Degree of Overburden and the motor ($rs = -0.35$, $P = 0.002$) and total ($rs = -0.34$, $P = 0.002$) FIM, and the number of hours spent for the elderly care ($rs = 0.34$, $P = 0.002$). As for the caregivers, they are predominant daughters of the elderly, mean age of 54.65 ± 10.68 years old and moderate degree burden. Among the elderly, the predominance was female, mean age of 77.40 ± 10.70 years old and modified dependency level I. **Conclusions:** It is concluded that the degree of burden caregivers of the elderly increases as the level of dependence of the elderly increases. Thus, it is fundamental to create programs aimed to caregivers with the goal of promoting their self-care and preventing or reducing the overburden caused by caregiving.

Key-words: Caregiver, elderly, healthy

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Distribuição dos cuidadores segundo o grau de sobrecarga	33
Figura 2: Correlação do grau de sobrecarga do cuidador de idosos com o grau de independência do idoso.....	33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características dos participantes do estudo	27
Tabela 2: Caracterização do cuidado ao idoso	30

LISTA DE ABREVIATURAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
ZBI	Escala de Zarit Burden Interview
ESF	Estratégia Saúde da Família
MIF	Medida de Independência Funcional
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	Introdução	10
2	Fundamentação teórica	11
3	Objetivos	19
4	Cópia de artigo submetido	20
5	Referências	44
6	Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	48
7	Anexo B - Instrumento para caracterização do Cuidador	49
8	Anexo C - Instrumento para caracterização do idoso	54
9	Anexo D - Escala para Medida de Independência Funcional (MIF)	55
10	Anexo E - Escala de Zarit Burden Interview	56

1. INTRODUÇÃO

As últimas décadas, no Brasil, têm sido marcadas por uma acelerada transição demográfica devido à redução expressiva na taxa de fecundidade, redução da taxa de mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo. (MORAES, 2012)

Com o envelhecimento, a instalação de doenças se torna inevitável, porém, no idoso, o conceito de saúde se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica. (BRASIL, 2006a)

No entanto, quando o envelhecimento é marcado por doenças, com sequelas, declínio funcional, e perda da autonomia para lidar com as atividades básicas do cotidiano, determinando a dependência do idoso, a presença de um cuidador torna-se imprescindível.

Dessa forma, podemos considerar que a perda da independência funcional do idoso constitui um importante problema de saúde pública e o suporte aos cuidadores desses idosos representa novo desafio para o sistema de saúde brasileiro, que necessita de políticas de saúde que os ampare.

Portanto, estudos que abordem esse tema tornam-se essenciais para o subsídio dessas políticas de saúde voltadas tanto ao idoso, quanto para o cuidador de idosos, sendo de fundamental importância conhecer as variáveis associadas à sobrecarga nos cuidadores de idosos, já que a qualidade de vida do cuidador e a qualidade do cuidado ao idoso dependem da saúde física e emocional daquele que cuida.

Assim, a medida do quanto as atividades do cuidado têm impacto sobre a saúde do cuidador, bem como a avaliação do impacto do apoio profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF) ao cuidador e idoso, justificam a necessidade desse estudo.

2. FUNDAMENTAÇÃO TÉORICA

As últimas décadas se caracterizaram por um franco processo de envelhecimento populacional como resultado do aumento da expectativa de vida, estima-se que, em 2025, a população idosa representará cerca de 13,8% da população e, em 2050, haverá 379 milhões de idosos em todo mundo. (RAMOS, 2002) Desse total, 61,4 milhões serão nonagenários e 3,2 milhões serão centenários, já que o grupo etário que mais cresce é aquele constituído por idosos de 80 anos ou mais, e o Brasil deterá a nona maior população de centenários do mundo. (IBGE, 2009)

Idosos são pessoas com 60 anos ou mais de idade segundo o disposto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), (BRASIL, 2006a) sendo o envelhecimento compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos o que, em condições normais, não costuma provocar problemas, exceto quando acometido por doenças ou acidentes. (BRASIL, 2006b)

Todavia, no idoso, a saúde está muito mais relacionada à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a sua própria vida ou cuidar de si mesmo, de forma independente e autônoma, ou seja, mantendo respectivamente a capacidade de tomada de decisão e a capacidade de realizar atividades de vida diária sem auxílio de outra pessoa, mesmo que tenha doenças. (MORAES, 2012)

Considerando que a presença de declínio funcional é o principal determinante da presença de fragilidade, entendida como uma condição clínica preditora do risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte, o reconhecimento de idosos frágeis é fundamental para o planejamento das ações em saúde. (MORAES, 2012)

O declínio funcional pode ser estabelecido ou iminente. No primeiro, os idosos apresentam incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana ou incapacidade comunicativa já instalados. O segundo caracteriza-se por idosos com idade igual ou superior a 80 anos, polipatologias, polifarmácia, história de internações recentes, emagrecimento significativo não intencional ou risco psicossociofamiliar elevado, pois apresentam alto risco para o desenvolvimento de incapacidades. (MORAES, 2012)

Assim, o conceito de saúde para o indivíduo idoso trazido pela PNSPI se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica. (BRASIL, 2006a)

No entanto, o surgimento de doenças crônicas é inevitável com o envelhecimento, e o propósito da manutenção da saúde vai além de tentar retardar ou prevenir doenças, mas sim em otimizar a qualidade de vida, mantendo a independência e a autonomia do idoso, sendo que, os esforços da prevenção devem voltar-se para o aumento do tempo de vida saudável, e não apenas para o prolongamento da vida em anos, focando na qualidade, e não somente na quantidade de vida. “É importante viver muito, mas é fundamental viver bem”. (BRASIL, 2006a)

Por isso, no cuidado ao idoso, as ações de prevenção devem ser direcionadas para a redução das incapacidades e da dependência, com o objetivo de prevenir a ruptura familiar e manter o idoso no seu domicílio. Contudo, quando as disfunções se instalam, a situação de dependência é frequente, envolvendo os âmbitos físico, psíquico e socioeconômico, quando, então, surge uma figura importante para a manutenção do bem-estar do idoso: o cuidador.

A ocupação de cuidador de idosos é contemplada pela Classificação Brasileira de Ocupações, (BRASIL, 2010) e é definida como alguém que cuida a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. (CAMARGO, 2010)

A escolha do cuidador não costuma ser ao acaso e a opção pelos cuidados nem sempre é do cuidador mas, muitas vezes, da expressão de um desejo do paciente ou da falta de outra opção, podendo também ocorrer de modo inesperado para um familiar que, ao se sentir responsável, assume esse cuidado mesmo não se reconhecendo como cuidador. (SCHWANKE; FEIJÓ, 2006)

De acordo com o vínculo entre cuidadores e idosos, o cuidador pode ser formal, quando o cuidado é oferecido por profissionais, e informal, por não-profissionais, geralmente pessoas da família, amigos ou vizinhos. (SCHWANKE; FEIJÓ, 2006)

O cuidado ao idoso no domicílio geralmente é realizado pelo cuidador familiar, que pode ser uma pessoa da família ou amigo do idoso, sem formação na área de saúde, ou ainda uma pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência por meio do cuidado às pessoas doentes e fez desse cuidado uma ocupação informal. (FLORIANO et al., 2012)

Salienta-se que o cuidador familiar, na maioria das vezes, é a pessoa mais próxima ao idoso e quanto mais estreita a relação parental, maiores as chances dela se tornar o responsável pelo cuidado do mesmo. Porém, o cuidar tem um significado particular para cada cuidador, envolto de crenças e valores familiares, apresentando aspectos positivos que incluem o sentimento do dever cumprido, bem como aspectos negativos advindos principalmente da sobrecarga, conflitos familiares e insegurança. Todos esses fatores podem refletir na saúde do cuidador e, conseqüentemente, nos cuidados prestados ao idoso. (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013)

Por isso que cuidar de um familiar com dependência no domicílio acarreta diversas mudanças nos âmbitos físico, psicológico, social e financeiro do cuidador. Os aspectos mais afetados são a rede de apoio social, devido à falta de oportunidades de atividades de lazer, impossibilidades de trabalho extradomiciliar e mudanças nas rotinas familiares. (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011)

Makizako et al. (2009) relata que existe um forte consenso de que cuidar de um indivíduo idoso dependente é uma tarefa onerosa e estressante para muitos membros da família que contribui para morbidade psiquiátrica com o aumento da incidência de depressão. Um fardo importante que leva muitos cuidadores a adoecer, principalmente quando o cuidador possui idade mais elevada, menor nível socioeconômico e menores níveis de apoio informal. Não raro, os cuidadores necessitam reestruturar toda a sua vida para prestar o cuidado, privando-se de tempo de lazer, de exercer uma atividade laboral, sacrificando sua rotina pessoal e, muitas vezes, sua saúde. (SOUZA, et al., 2015)

Somando-se a isso, a carga sobre um cuidador pode ser muito significativa, principalmente quando o mesmo está disponível ao cuidado. (BRASIL, 2006b) Por isso, é importante que os profissionais de saúde estejam atentos a este nível de sobrecarga, podendo mensurá-la e classificá-la em ausência de sobrecarga, sobrecarga moderada, moderada a severa, e severa. Para isso, utiliza-se a Escala Zarit Burden Interview (ZBI) traduzida e validada para a cultura brasileira, sendo composta por 22 itens que avaliam a relação cuidador-paciente, a condição de saúde, o bem-estar psicológico, as finanças e a vida social. O escore total da escala varia de 0 a 88. Quanto maior o escore, maior a sobrecarga percebida pelo cuidado. (SCAZUFCA, 2002)

Autores nacionais e internacionais, relatam que vários fatores podem estar envolvidos no aumento da sobrecarga do cuidador, sendo o nível de independência funcional do idoso um importante preditor da mesma, pois

verificaram que quanto mais dependente é o idoso, seja dependência física ou cognitiva, maior a chance de sobrecarga do cuidador. (GRATÃO, et al., 2013; NARDI, 2013; YU, 2015)

Porém este nível de independência funcional do idoso, segundo Ribeiro e outros (2015), possuem uma associação significativa com algumas variáveis como ser aposentado, possuir ocupação atual, realizar atividades físicas, realizar atividades de lazer, participar de grupos, receber visitas, visitar parentes e amigos, por outro lado outras variáveis limitam a independência funcional, dentre elas, ter 90 anos ou mais, morar com familiares, ocorrência de quedas, estar acamado, hospitalização recente, alteração cognitiva, histórico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e doença neurológica.

Daí a importância de se avaliar esse grau de independência, que pode ser feita através da Escala para Medida de Independência Funcional (MIF), um instrumento de avaliação da incapacidade de pacientes com restrições funcionais cujo objetivo primordial é avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. A escala engloba duas áreas e seis dimensões: área da MIF motora (dimensões de autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade e de locomoção), atribuída a essa área a pontuação de 13 a 91 pontos; área da MIF Cognitiva (dimensões de comunicação e de cognição social), com pontuação de 5 a 35 pontos. Assim na MIF total, os valores variam de 18 a 126, que podem ser divididos em quatro subescores, de acordo com a pontuação total obtida: a) 18 pontos: dependência completa (assistência total); b) 19-60 pontos: dependência modificada 1 (assistência de até 50% da tarefa); c) 61-103 pontos: dependência modificada 2 (assistência de até 25% da tarefa); d) 104-126 pontos: independência completa/modificada. Portanto, quanto menor o escore, maior o nível de dependência e pior o desempenho funcional dos idosos. Esta escala é validada para a língua portuguesa no Brasil desde 2004. (RIBERTO et al., 2004)

Dessa forma, ao considerar-se que a manutenção da capacidade funcional é o maior objetivo dos profissionais de saúde na atenção à saúde da população idosa na busca de envelhecimento saudável e promoção da qualidade de vida, a MIF se apresenta como uma das ferramentas que serve não apenas para elucidar a necessidade de cuidados exigidos, mas, para promover a recuperação da funcionalidade, quando utilizada em diferentes momentos nos mesmos indivíduos. (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013)

Além disso, autores internacionais relatam ainda que a sobrecarga aumenta à medida que aumenta a frequência de cuidados ofertado pelo cuidador, ao contrário, nem o sexo e idade do cuidador, nem o tempo de cuidado prestado eram responsáveis por este aumento. (HIRAKAWA, 2006; KOWALSKA, 2017)

Considerando o impacto negativo que essa sobrecarga traz ao cuidado do idoso, como forma de amenizá-lo, faz-se necessário que este cuidador tenha apoio social bem como uma rede de apoio.

A rede de apoio refere-se ao grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social. Já o apoio social é um processo recíproco referente a qualquer informação ou auxílio oferecido por pessoas ou grupo aos quais temos contato habitualmente e que produz um efeito positivo para quem recebe ou também para quem oferece. Diz respeito a ter alguém com quem contar em situações difíceis para receber, por exemplo, auxílio material, emocional ou afetivo. (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2011, p. 885)

Segundo Floriano e outros (2012), a principal rede de apoio social do cuidador é composta por parentes e amigos, mas vale ressaltar que muitos cuidadores não recebem apoio de ninguém ou contam com poucas pessoas, comparado com o número de pessoas com quem pensavam contar dentro de sua rede social.

Grupos de apoio social são importantes nos mecanismos de enfrentamento do problema e, para diminuir a sobrecarga do cuidador, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem papel fundamental a desempenhar junto aos idosos, cuidadores e famílias. A política pública vigente voltada para saúde das pessoas idosas,

preconiza que a família, via de regra, deva ser a executora do cuidado ao idoso, e evidencia a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, ou seja, os cuidadores. (BRASIL, 2006a)

De acordo com o Ministério da Saúde, o cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, diminui o tempo de internação hospitalar e reduz as complicações decorrentes de longos períodos de internações hospitalares. Por isso, se atribui à ESF a responsabilidade pelo provimento de cuidados aos idosos, visto que essas equipes têm acesso aos domicílios onde eles e seus cuidadores estão. (BRASIL, 2006b)

Entretanto, considerando-se a complexidade do cuidado ao idoso, o apoio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por várias categorias de profissionais de saúde como psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, dentre outros é fundamental na assistência ao idoso, cuidador e família.

Afinal, cuidar no domicílio implica em novos modos de fazer e saber dos profissionais de saúde, postura essa que deve primar por efetivar ações que permitam a integralidade e o cuidado direcionado à família, e para que o trabalho do cuidador não torne uma tarefa solitária, os profissionais de saúde devem encarar a família como coadjuvante nos cuidados, como parceira em potencial, de forma a possibilitar a sistematização das tarefas, privilegiando aquelas relacionadas à promoção da saúde, prevenção das incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso e seu cuidador, evitando, dessa forma, hospitalizações, institucionalizações, negligências e sobrecargas. (CAMARGO, 2010)

Nesse sentido, reforça-se que, para estar preparado para cuidar, não basta estar disponível para a tarefa, impondo um grande desafio aos profissionais de saúde, o de fornecer adequado suporte profissional no sentido de instrumentalizar o cuidador para executar o cuidado, além de identificar redes de suporte para o

cuidador e alternativas viáveis para prover o cuidado de forma segura e sustentável. Portanto, é imprescindível reforçar o papel das equipes da ESF no treinamento e na supervisão dos cuidadores, e para que o cuidador seja cada vez mais autônomo, é necessário que os profissionais o incorpore ao processo de trabalho da equipe, provendo-lhe de conhecimento científico e oferecendo o suporte necessário. (MUNIZ, 2016)

Assim, é fundamental voltar os olhares aos cuidadores, compreendendo as questões físicas, sociais e emocionais envolvidas no processo de cuidar, para proporcionar menor sobrecarga e maior qualidade de vida ao cuidador e à pessoa cuidada. (SOUZA, et al., 2015)

Por isso, pensar em projetos como o demonstrado por Galiatsatos, Gurley e Hale (2017) intitulado de “Chamado para Cuidar” com intuito de implementar o envelhecimento saudável e, direta ou indiretamente, prevenir ou tratar a sobrecarga do cuidador informal, através de parcerias com a comunidade que promoviam encontros nos quais os cuidadores compartilhavam preocupações sobre sua própria saúde, sendo incentivados a discutir entre eles como conseguiam o “alívio de cuidar” compreendido como um descanso temporário da assistência, enquanto o paciente continuava a receber cuidados adequados em um ambiente seguro, além de promover o bem-estar dos cuidadores através da meditação, atividades físicas ou musicoterapia.

Tais parcerias entre organizações de saúde e comunidades são essenciais e podem ser usados para melhorar a política de apoio aos cuidadores informais melhorando, por consequência, à saúde dos idosos.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

O objetivo deste estudo foi conhecer o impacto das atividades de cuidado aos idosos sobre os aspectos físico, psicológico, social e financeiro da vida do cuidador, correlacionando com o grau de independência para atividades de vida diária do idoso e com o suporte fornecido pelos profissionais de saúde da ESF.

3.2. Objetivos Específicos:

- Descrever as características sociodemográficas dos cuidadores domiciliares de idosos;
- Avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores domiciliares de idosos;
- Identificar os idosos que estão sendo cuidados e determinar o seu grau de independência funcional;
- Avaliar o impacto do suporte fornecido pelos profissionais de saúde da ESF ao cuidado do idoso e ao cuidador deste (manuscrito a ser preparado após a defesa).

4. ARTIGO

“Efeito do cuidado na sobrecarga de cuidadores de idosos em seus domicílios”

Título: Efeito do cuidado na sobrecarga de cuidadores de idosos em seus domicílios

Atores: Érica Maria Ferreira de Oliveira, Carlos Henrique Alves de Rezende, Wallisen Tadashi Hattori

Filiação: Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brasil.

Autor Correspondente: Wallisen Tadashi Hattori, Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva, Avenida Pará, 1720, Campus Umuarama, Bloco 2U, Sala 8, Jardim Umuarama, 38405-320, Uberlândia, MG, Brasil.
wallhattori@gmail.com

Resumo:

Objetivo: Estudos têm revelado que o cuidado ao idoso em domicílio é complexo, gerando sobrecarga ao cuidador. Portanto, avaliamos o impacto que atividades de cuidado tem na vida do cuidador, correlacionando com o nível de dependência do idoso.

Método: Participaram do estudo 80 cuidadores de idosos, visitados em seus domicílios pelos pesquisadores para coleta de dados. Utilizaram-se a escala de Zarit Burden Interview (ZBI) para avaliar sobrecarga do cuidador e a Medida de Independência Funcional (MIF) para avaliar nível de independência do idoso, além de instrumentos elaborados pelos pesquisadores para caracterização do cuidador e idoso, analisando-se quantitativamente o resultado.

Resultados: Houve correlação entre o Grau de Sobrecarga com a MIF motora ($rs = -0,35$, $P = 0,002$) e total ($rs = -0,34$, $P = 0,002$), e com o número de horas dispendidas para o cuidado do idoso ($rs = 0,34$, $P = 0,002$). Quanto aos cuidadores, houve predomínio de filhas dos idosos, com idade média de $54,65 \pm 10,68$ anos, que apresentavam grau de sobrecarga moderado. Dentre os idosos, o predomínio foi do sexo feminino, com idade média de $77,40 \pm 10,70$ anos, com nível de dependência modificada I.

Conclusão: Concluimos que o grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos aumenta à medida que aumenta o nível de dependência do idoso. Dessa forma, é fundamental a criação de programas voltados aos cuidadores com o intuito de promover o seu autocuidado e prevenir ou reduzir a sobrecarga causada pelo ato de cuidar.

Palavras-chave: Saúde do Cuidador, cuidado informal, sobrecarga do cuidador, idoso.

Introdução

As últimas décadas se caracterizaram por um franco processo de envelhecimento populacional como resultado do aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo, compondo cerca de 13,8% da população.¹

A saúde no idoso, todavia, está muito mais relacionada à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a sua própria vida ou cuidar de si mesmo, de forma independente e autônoma, ou seja, mantendo a capacidade de tomada de decisão e a capacidade de realizar atividades de vida diária sem auxílio de outra pessoa, mesmo que seja portador de doenças.²

Sendo assim, as ações de prevenção para o idoso devem ser direcionadas para a redução das incapacidades e da dependência, com o objetivo de prevenir a ruptura familiar e mantê-lo em seu domicílio.³ Contudo, quando as disfunções se instalam, a situação de dependência é frequente quando, então, surge uma figura importante para a manutenção do bem-estar do idoso: o cuidador.

O cuidador de idosos é definido como alguém que cuida a partir de objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida.⁴ De acordo com o vínculo entre idosos e cuidadores, este pode ser formal quando o cuidado é oferecido por profissionais e informal por não-profissionais, geralmente pessoas da família, amigos ou vizinhos.⁵

O cuidado ao idoso no domicílio geralmente é realizado pelo cuidador familiar, que pode ser uma pessoa da família ou amigo do idoso, sem formação na área de saúde, ou ainda

uma pessoa da comunidade que foi adquirindo experiência por meio do cuidado às pessoas doentes e fez desse cuidado uma ocupação informal.⁶

Estudos nacionais e internacionais têm revelado que o cuidado familiar em domicílio é complexo, pois gera sobrecarga física, psicológica e isolamento social. Além disso, há falta de apoio institucional e da família, dificuldade com o ambiente e de infraestrutura para realizar o cuidado e dificuldade financeira.^{6,7}

Dessa forma, há grande importância em avaliar as variáveis associadas à sobrecarga nos cuidadores de idosos, já que a qualidade de vida do cuidador e a qualidade do cuidado ao idoso dependem da saúde física e emocional daquele que cuida.

Portanto, este estudo objetivou avaliar o grau de sobrecarga de cuidadores de idosos causado pelo ato de cuidar, correlacionando com o grau de dependência para atividades de vida diária do idoso, bem como descrever as características sociodemográficas dos cuidadores e dos idosos.

Métodos

Participantes

O estudo foi realizado em dez unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do estado de Minas Gerais, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, nº CAEE: 60102416.3.0000.5152.

A população de estudo foi composta pelos cuidadores de idosos domiciliares atendidos por essas unidades. Os critérios de inclusão desta pesquisa foram cuidadores de idosos com idade igual ou maior que 18 anos, ser o cuidador principal e estar inserido em uma área coberta pela ESF e ser assistida por ela. Foram excluídos os cuidadores cujo idosos haviam falecido

recentemente sem o conhecimento prévio da ESF e aqueles não encontrados em casa em visitas em dois dias diferentes.

Assim, participaram do estudo 80 cuidadores de idosos, do total de 113 que foram disponibilizados pela ESF, já que 28 não foram encontrados em casa, 2 se recusaram a participar da pesquisa e 3 idosos haviam falecido dias antes da visita.

Para o cálculo de tamanho amostral mínimo, utilizou-se o programa de computador G*Power.^{8,9} Após o cálculo do tamanho amostral mínimo para cada teste proposto, buscamos a amostra mínima para os testes de correlação, os quais exigiram o maior tamanho amostral mínimo. Adotamos um tamanho de efeito entre moderado e grande ($r = 0.40$), nível de significância padrão ($\alpha = 0,05$) e poder do teste alto ($1-\beta = 0,95$). Assim, o tamanho amostral mínimo foi de 75 participantes.

Instrumentos de Coleta de Dados

Para a caracterização dos participantes, foi elaborado pelos próprios pesquisadores um questionário que investigasse as seguintes questões sobre o cuidador: sexo, idade, estado civil, grau de parentesco, grau de escolaridade, ocupação principal, classe socioeconômica segundo Critério de Classe Econômica Brasil,¹⁰ tipo de cuidador, realização de curso formal de cuidador de idosos, horas dedicadas ao cuidar, se é portador de alguma doença, atividades extras o cuidado, rede de apoio ao cuidado; e a Escala Zarit Burden Interview (ZBI)¹¹ traduzida e validada para a cultura brasileira, utilizada para mensurar a sobrecarga dos cuidadores. Composta por 22 itens, avalia a relação cuidador-paciente, a condição de saúde, o bem-estar psicológico, as finanças e a vida social. Quanto maior o escore, maior a sobrecarga percebida pelo cuidador.

Para caracterização do idoso, utilizou-se o Instrumento para identificação do idoso contendo itens como sexo, idade, doença, e a Escala para Medida de Independência Funcional

(MIF),¹² também validada para a língua portuguesa no Brasil, sendo um instrumento de avaliação da incapacidade de pacientes com restrições funcionais de origem variada cujo objetivo é avaliar, de forma quantitativa, a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Portanto, quanto menor o escore, maior o nível de dependência. Vale ressaltar que todos estes instrumentos foram aplicados ao cuidador.

Procedimentos

Este consistiu em um estudo analítico observacional transversal aplicado a cuidadores de idosos, que foram visitados pelos pesquisadores em seus domicílios acompanhados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nesta visita, realizaram-se os esclarecimentos sobre a pesquisa sendo agendada data para a coleta de dados pelos pesquisadores, na qual foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Análise de Dados

Para todas as análises, adotamos o nível de significância de 5%, aplicamos o teste de normalidade Shapiro-Wilk para as variáveis métricas e fizemos análise descritiva, conforme a natureza das variáveis. Para verificar a associação entre variáveis métricas, utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman.^{13,14}

Resultados

Caracterização dos participantes

A caracterização dos cuidadores de idosos e dos idosos estão representados na tabela 1.

Tabela 1: Características dos participantes do estudo

Cuidadores de idosos	Total: n: 80 (%)
Sexo	
Feminino	70 (87,5%)
Masculino	10 (12,5%)
Faixa etária do cuidador (anos)	
18 – 29	2 (2,5%)
30 – 39	4 (5,0%)
40 – 49	17 (21,3%)
50 - 59	30 (37,5%)
60 – 69	23 (28,8%)
70- 79	4 (5,0%)
Idade média, anos (DP) [†]	54,65 (±10,68)
Grau de parentesco com o idoso	
Cônjuge	14 (17,5%)
Irmão(ã)	9 (11,3%)
Filho(a)	48 (60,0%)
Outros	9 (11,3%)
Estado Civil	
Solteiro	13 (16,3%)
Casado	42 (52,5%)
União estável	4 (5,0%)
Viúvo	5 (6,3%)
Separado ou Divorciado	16 (20,1%)
Escolaridade	

Analfabetos	5 (6,3%)
Ensino Fundamental Incompleto	36 (45,0%)
Ensino Fundamental Completo	6 (7,5%)
Ensino Médio Incompleto	6 (7,5%)
Ensino Médio Completo	19 (23,8%)
Ensino Superior Incompleto	2 (2,5%)
Ensino Superior Completo	3 (3,8%)
Pós-graduação	3 (3,8%)
Ocupação principal	
Tem	25 (31,3%)
Tinha	38 (47,5%)
Nunca teve	17 (21,3%)
Fazia tratamento de saúde	
Sim	47 (58,7%)
Não	33 (41,3%)
Patologias mais prevalentes	
Doenças cardiovasculares	24 (30,0%)
Doenças do Sistema osteomuscular	11 (13,7%)
Transtorno Mental e Comportamental	9 (11,2%)
Fazia uso de antidepressivos	17 (21,2%)
Fazia uso de calmantes	18 (22,5%)
Prática de outras atividades	
Religião	53 (66,2%)
Atividade física	23 (28,7%)
Visita a parentes e amigos	39 (48,7%)

Atividade cultural	8 (10,0%)
Classificação dos domicílios	
A	1 (1,3%)
B1	2 (2,5%)
B2	12 (15,0%)
C1	23 (28,8%)
C2	26 (32,5%)
D ou E	16 (20,0%)
Idosos	Total: n:80 (%)
Sexo	
Feminino	44 (55,0%)
Masculino	36 (45,0%)
Faixa etária (anos)	
60 – 69	21 (26,3%)
70 – 79	24 (30,0%)
≥ 80	35 (43,8%)
Idade Média, anos (DP)	77,4 (±10,7)
Estado Civil	
Solteiro	9 (11,3%)
Casado ou União estável	27 (33,8%)
Viúvo	33 (41,3%)
Separado ou Divorciado	11 (13,8%)
Doenças mais prevalentes	
Acidente Vascular Encefálico	19 (23,7%)
Hipertensão Arterial	18 (22,5%)

Diabetes Mellitus	18 (22,5%)
Demências	16 (20,0%)
MIF [‡] : (DP)	
MIF motora	51,51(±28,55)
MIF cognitiva	25,63(±9,61)
MIF total	77,14 (±35,36)
Nível de dependência	
Dependência completa	3 (3,8%)
Dependência modificada I	27 (33,8%)
Dependência modificada II	24 (30,0%)
Independência completa	26 (32,5%)

[†]DP: Desvio Padrão, [‡]MIF: Medida de Independência Funcional

A tabela 2 apresenta as características do cuidado prestado aos idosos por seus cuidadores.

Tabela 2: Caracterização do cuidado ao idoso

	Total: n:80 (%)
De quem foi a escolha para se tornar cuidador	
Próprio cuidador	58 (72,5%)
Idoso	9 (11,3%)
Família	12 (15,0%)
Assistente social	1 (1,3%)
Tipo de Cuidador	
Formal	4 (5,0%)
Informal	76 (95,0%)
Remuneração pela atividade de cuidador	

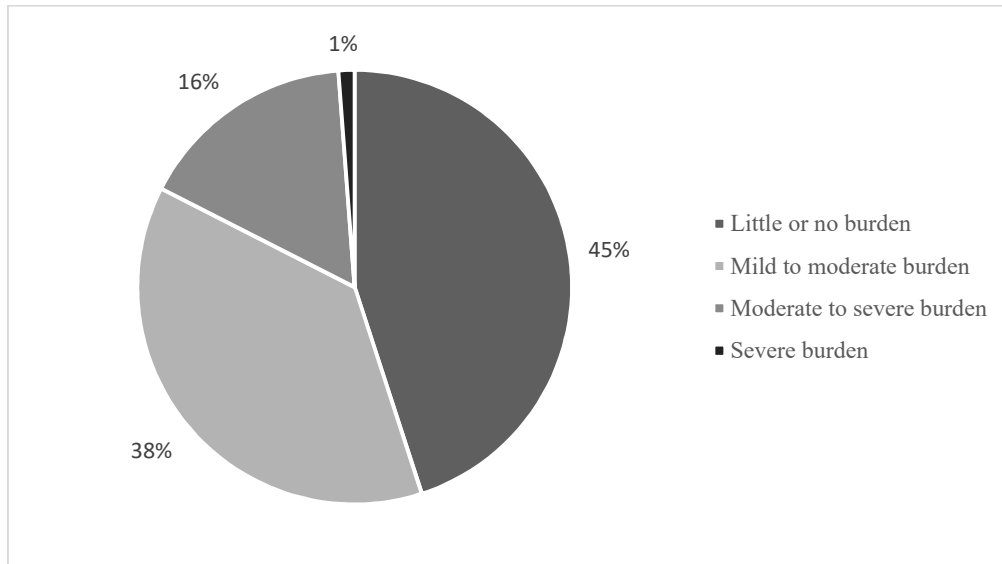
Sim	9 (11,3%)
Não	71 (88,8%)
Realização de curso de cuidadores de idosos	
Sim	5 (6,3%)
Não	75 (93,8%)
Tempo de atividade como cuidador, anos (DP [†])	9,54 (\pm 11,26)
Variação do tempo como cuidador, anos	0,25 - 52
Horas por dia responsável pelo cuidado, (DP)	20,68 (\pm 6,94)
Moram no mesmo domicílio do idoso	
Sim	72 (90,0%)
Não	8 (10,0%)
Ajuda aos cuidadores no cuidado ao idoso	
Nenhuma	34 (42,5%)
Parentes	45 (56,3%)
Amigos	2 (2,5%)
Vizinhos	2 (2,5%)
Total: n:80 (%)	
De quem foi a escolha para se tornar cuidador	
Próprio cuidador	58 (72,5%)
Idoso	9 (11,3%)
Família	12 (15,0%)
Assistente social	1 (1,3%)

Tipo de Cuidador	
Formal	4 (5,0%)
Informal	76 (95,0%)
Remuneração pela atividade de cuidador	
Sim	9 (11,3%)
Não	71 (88,8%)
Realização de curso de cuidadores de idosos	
Sim	5 (6,3%)
Não	75 (93,8%)
Tempo de atividade como cuidador, anos (DP [†])	9,54 (\pm 11,26)
Variação do tempo como cuidador, anos	0,25 - 52
Horas por dia responsável pelo cuidado, (DP)	20,68 (\pm 6,94)
Moram no mesmo domicílio do idoso	
Sim	72 (90,0%)
Não	8 (10,0%)
Ajuda aos cuidadores no cuidado ao idoso	
Nenhuma	34 (42,5%)
Parentes	45 (56,3%)
Amigos	2 (2,5%)
Vizinhos	2 (2,5%)

[†]DP: Desvio Padrão

A média da escala ZBI encontrada neste estudo foi de $24,8 \pm 14,9$ e a categorização do grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos está representado na figura 1.

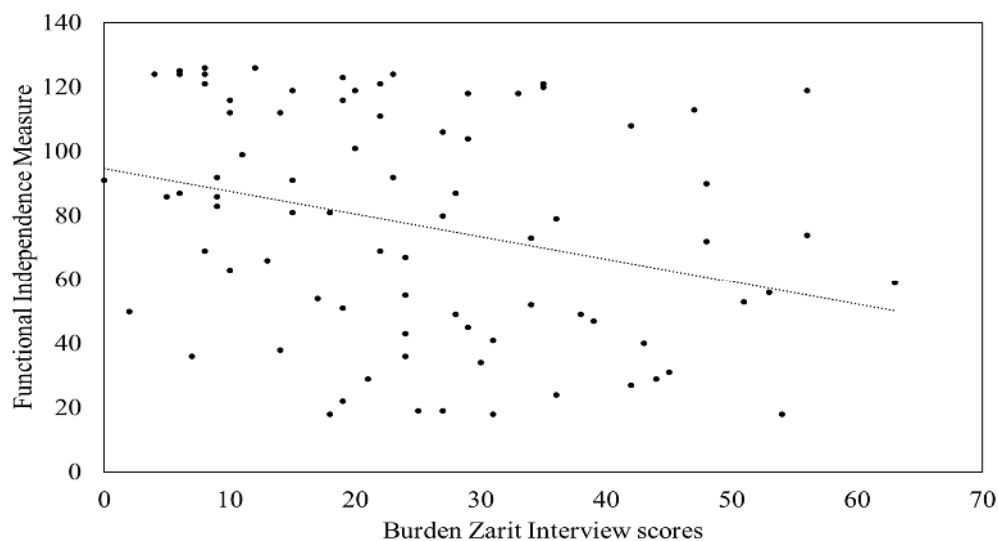
Figura 1: Distribuição dos cuidadores segundo o grau de sobrecarga



Correlações de variáveis dos idosos e seus cuidadores

Ao se correlacionar o Grau de Sobrecarga com a MIF motora ($r_s = -0.35$, $P = 0.002$) e total ($r_s = -0.34$, $P = 0.002$), comprovou-se que quanto menor a Medida de Independência Funcional do idoso maior o Grau de Sobrecarga do Cuidador (Figura 2).

Figura 2: Correlação do grau de sobrecarga do cuidador de idosos com o grau de dependência do idoso.



Houve uma correlação direta entre o Grau de Sobrecarga e o número de horas dispendidas para o cuidado do idoso ($rs = 0.34$, $P = 0.002$).

Por outro lado, não houve correlação entre o Grau de Sobrecarga e a idade do cuidador ($rs = 0.18$, $P = 0.121$), nem com o tempo de cuidado exercido por este ($rs = 0.09$, $P = 0.427$).

Discussão

Com o objetivo de avaliar o impacto que o ato de cuidar trouxe à saúde dos cuidadores de idosos, este estudo encontrou uma média de sobrecarga desses cuidadores, pela ZBI, semelhante ao encontrado em outros estudos nacional^{15,16} e internacional,¹⁷ correspondendo a sobrecarga moderada e, assim como Gratão et al.,¹⁵ comprovou uma correlação estatisticamente significativa entre o escore total da Escala de ZBI e a MIF Total, demonstrando que quanto maior a dependência do idoso, maior a sobrecarga do cuidador.

Estes cuidadores, assim como na maioria dos estudos encontrados na literatura nacional e internacional¹⁵⁻¹⁸, eram predominantemente mulheres, casadas, filhas dos idosos cuidados e com idade média de 54,6 anos. Porém, assim como observado em um estudo japonês onde a média de idade dos cuidadores de idosos foi de 63,3 anos¹⁹, também encontramos uma porcentagem significativa de cuidadores com 60 anos de idade ou mais, ou seja, tem sido cada vez mais comum encontrarmos idosos cuidando de idosos, consequência do aumento da longevidade no Brasil e no mundo.

Assim, ao se deparar com o envelhecimento concomitante deste cuidador com consequente perda da capacidade funcional para as atividades de vida diária e autocuidado, o cuidado ao idoso fica fragilizado, não conseguindo desempenhar de forma adequada o seu papel de cuidador, o que dificulta o trabalho dos profissionais de saúde, pois ao se deparar com um

cuidador também idoso com limitações inerentes à idade, por vezes negligencia o cuidado, não por vontade própria, mas por falta de condições adequadas de provê-lo.²⁰

Dentre os idosos, evidenciou-se o predomínio de idosas viúvas, com idade acima de 80 anos, dados que corroboram estudos na literatura,^{15,16} corroborando os dados do IBGE que relatam que a faixa etária de mais cresce no Brasil é aquela acima dos 80 anos.²¹ Predominaram, ainda, idosos com dependência modificada II, com uma média de MIF Total bastante semelhante ao também encontrado por Souza et al.²²

Assim, ao se instalar a dependência no idoso, comumente uma das filhas assume o papel de cuidadora já que o papel de cuidar dos pais, tradicionalmente, lhe é atribuído pela sociedade.

Porém a escolha do cuidador costuma ser um momento delicado na maioria das famílias, principalmente ao se tratar de um idoso dependente e a opção pelos cuidados nem sempre é do cuidador, mas muitas vezes, da expressão de um desejo do idoso ou da falta de outra opção.⁴ Por outro lado, muitas vezes, o próprio cuidador se sente responsável e assume esse cuidado mesmo não se reconhecendo como cuidador, seja por amor ao idoso, por obrigação, por não ter uma atividade laboral remunerada ou por já morar com o mesmo.

A partir de então tornar-se um cuidador de idosos passa a ser uma missão e acaba se sobrepondo a todas as demais atividades que a pessoa desempenha, abdicando de sua própria vida em prol do cuidado.

Outro dado importante que corrobora este padrão de escolha é que, neste estudo, a maioria dos cuidadores não possuem, no momento, atividade laboral formal, colaborando para que um dos fatores que implica nessa escolha é a ausência dessa atividade naquele momento.

O dia-a-dia de um cuidador é árduo, sem hora para começar ou terminar, a dedicação é exclusiva e isso pode durar anos. Nesse estudo, a escolha em se tornar cuidador foi do próprio cuidador em 72,5% dos casos, com tempo médio de cuidado em torno de uma década, mas

tínhamos cuidador exercendo esta função há mais de cinco décadas, tempo este bastante superior ao encontrado por Rezende e Rodrigues,²³ que foi de 30 anos.

A quantidade de horas empenhadas no ato de cuidar é tão impactante a ponto de ser um dos fatores responsáveis pelo aumento da sobrecarga do cuidador, sendo o cuidado quase sempre realizado em período integral, neste estudo.

Kowalska et al.¹⁸ ao estudar a carga de cuidadores poloneses de pacientes com demência, também encontraram relação entre a frequência de cuidar e o grau de sobrecarga, pois aqueles que prestavam cuidados diários apresentaram maior sobrecarga, porém não encontraram correlação entre a idade do cuidador e o tempo de cuidados, assim como observado no corrente estudo.

Somando-se a isso, observa-se que a maioria dos cuidadores possui baixa escolaridade, Ensino Fundamental Incompleto, e apresentam baixa renda, já que 61,3% destes domicílios foram classificados como C1 e C2.¹⁰ A baixa escolaridade está intimamente relacionada a prejuízos no cuidado do idoso devido a dificuldades de entendimento das orientações de cuidado pelos profissionais, bem como leitura de receitas e rótulos de medicações, dificultando a sua administração. Não bastando, é sabido que a dependência onera o cuidado ao idoso que somado ao baixo poder aquisitivo destes cuidadores, frequentemente o cuidado ficará comprometido.

Além disso, segundo alguns autores,^{24,25} a maioria dos cuidadores fazem tratamento de saúde com prevalência das doenças do aparelho cardiovascular, seguido das doenças osteomusculares, tendo estas uma implicação direta no cuidado, já que idosos dependentes necessitam de ajuda para atividades de vida diária, como ajuda para se levantar, ou tomar banho por exemplo. O risco de dano ao cuidador pode aumentar nos casos em que o mesmo não obteve orientação da forma adequada para executar tal tarefa. Sendo assim, estas atividades, podem gerar lesões principalmente na coluna e ombro, condições bastante relatadas pelos cuidadores.

Consequentemente, estes agravos terão um impacto direto no ato de cuidar, pois a dor e as limitações impedem que o cuidador desempenhe com primazia seu trabalho.

Toda essa situação somada à falta de preparo dos cuidadores, a falta de apoio e a falta de autocuidado frequentemente gerarão sobrecarga e adoecimento, principalmente no âmbito da Saúde Mental, porém nem sempre isso é claro ao cuidador, impedindo a busca adequada de ajuda, por isso verificou-se uma porcentagem significativa de cuidadores fazendo uso de antidepressivos e calmantes, e uma porcentagem bem menor do relato de diagnóstico desses transtornos.

A religião foi a principal atividade extra praticada pelos cuidadores, 66,2% dos casos, seguida de visitas a parentes e amigos, 48,7% dos casos. Amendola et al.²⁶ também fizeram observações semelhantes, porém com índices menores, 39,0% e 14,2% respectivamente.

Frequentemente, cuidar é um ato solitário pois, conforme foi observado, 42,5% dos cuidadores não tem ninguém com quem dividir as tarefas. Quando outra pessoa auxilia no cuidado, é em sua maioria parente do cuidador, o que já foi apontado em outro estudo.²⁶

Assim, projetos como o apresentado por Galiatsatos et al.²⁷ com o intuito de implementar o envelhecimento saudável e prevenir ou tratar a sobrecarga do cuidador informal, através de encontros onde os cuidadores compartilhavam preocupações sobre sua própria saúde, sendo incentivados a discutir entre eles como conseguiam o “alívio de cuidar” compreendido como um descanso temporário da assistência, enquanto o paciente continuava a receber cuidados adequados em um ambiente seguro, além de promover o bem-estar dos cuidadores através de meditação, atividades físicas ou musicoterapia, por exemplo, são extremamente relevantes.

Dessa forma, parcerias entre organizações de saúde e comunidades para construção de projetos como esse podem ser fundamentais para o futuro cujos resultados podem ser usados

para melhorar a política de apoio aos cuidadores familiares e melhorar a saúde deles e dos idosos.

Limitações do estudo

Considera-se como limitação do estudo, o fato de que muitos cuidadores aparentavam ter um grau de sobrecarga maior que o medido pelo questionário de ZBI, segundo a percepção dos entrevistadores, bem como os relatos dos próprios cuidadores. Portanto, novas pesquisas fazem-se necessárias, utilizando-se de metodologias deferentes à aplicada neste estudo para melhor avaliação do grau de sobrecarga dos cuidadores.

Conclusão

Com este estudo, conclui-se que a dependência do idoso e a quantidade de horas dispendidas para o cuidado foram importantes preditores de sobrecarga do cuidador, pois esta aumentou à medida que diminuiu a independência do idoso, bem como cuidadores em período integral possuíam maior sobrecarga. Por outro lado, viu-se que tanto a idade do cuidador quanto o tempo, em anos, em que a pessoa exercia tal função não aumentaram a sua sobrecarga. Dessa forma, pensar em programas voltados aos cuidadores de idosos que estimulem a sua participação de forma ativa, centrados nas suas necessidades da prática diária do cuidado, incentivando o seu autocuidado é de suma importância para que consigamos manter os idosos em seus lares, junto aos seus familiares, promovendo a sua autonomia e capacidade funcional, sem comprometer a qualidade de vida dos seus cuidadores.

Agradecimentos

Agradecemos à todos os cuidadores de idosos que aceitaram participar deste estudo, bem como aos ACS que nos acompanharam nas visitas domiciliares, e aos graduandos de Medicina que colaboraram com a coleta de dados.

Declaração de Conflito de Interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Referências

1. Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV de, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM da, editors. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 72–8.
2. Moraes EN de. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais [Internet]. 1st ed. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 102 p. Available from: <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasil; 2006 p. 142. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html
4. Camargo VF de, Cristina R. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. SMAD, *Rev Electrónica en Salud Ment Alcohol y Drog* [Internet]. 2010; **6** (2):231–54. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000200002
5. Schwanke CHA, Feijó AGS. Cuidando de cuidadores de idosos. *Rev Bioética* [Internet]. 2006; **14** (1): 83–92. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/9/12
6. Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto em Enferm.* 2012; **21** (3): 543–8. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300008>
7. Makizako H, Abe T, Shimada H, Ohnuma T, Furuna T, Nakamura Y. Combined effect of factors associated with burdens on primary caregiver. *Geriatr Gerontol Int.* 2009; **9**

- (2):183–9. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2009.00523.x>
8. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007; **39** (2): 175–91. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
 9. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009; **41** (4): 1149–60. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
 10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. São Paulo; 2016. Available from: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
 11. 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 Psiquiatr*. 2002; **24** (1): 12–7. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>
 12. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistella LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta fisiátrica*. 2004; **11** (2): 72–6. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>
 13. Dancey CP, Reidy J. Estatística sem matemática para psicologia. 5th ed. Porto Alegre: *Penso Editora*; 2013. 606 p.
 14. Field A. Descobrindo a estatística usando o SPSS. 2nd ed. Porto Alegre: *Bookman Editora*; 2009. 688 p.
 15. Grato ACM, Talmelli LF da S, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2013; **47** (1): 137–44. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>
 16. Nardi E de FR, Sawada NO, Santos JLF. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2013; **21** (5): 1096–103. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000500012>

17. Hirakawa Y, Kuzuya M, Masuda Y, Enoki H, Iwata M, Hasegawa J, et al. Evaluation of gender differences in caregiver burden in home care: Nagoya Longitudinal Study of the Frail Elderly (NLS-FE). *Psychogeriatrics*. 2006; **6** (3): 91–9. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2006.00158.x>
18. Kowalska J, Gorączko A, Jaworska L, Szczepańska-Gieracha J. An Assessment of the Burden on Polish Caregivers of Patients With Dementia: A Preliminary Study. *Am J Alzheimer's Dis Other Dementias®*. 2017; **32** (8): 509–15. <https://doi.org/10.1177/1533317517734350>
19. Sugiyama T, Tamiya N, Watanabe T, Wakui T, Shibayama T, Moriyama Y, et al. Association of care recipients' care-need level with family caregiver participation in health check-up in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2018; **18** (1): 26-32. <https://doi.org/10.1111/ggi.13131>
20. Rodrigues SLA, Watanabe HAW, Derntl AM. A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; **40** (4): 493-500. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400007>
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. 141 p. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
22. Souza LR de, Hanus JS, Dela Libera LB, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Coletiva*. 2015; **23** (2): 140–9. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>

23. Rezende CHA de, Rodrigues RAP. O estresse do cuidador de idosos. *Arq Geriatr e Gerontol*. 2000; **4** (3): 93–7.
24. Reis L de A, Neri JDC, Araújo LL de, Lopes AOS. Qualidade de vida de cuidadores formais de idosos. *Rev Baiana Enferm*. 2015; **29** (2):156-63. <https://doi.org/10.18471/rbe.v29i2.12548>
25. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EN, Lacerda MR. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*. 2016; **40** (110): 172–82. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611013>
26. Amendola F, de Campos Oliveira MA, Martins Alvarenga MR. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2011; **45** (4): 884–9. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400013>
27. Galiatsatos P, Gurley A, Hale WD. Policy and advocacy for informal caregivers: How state policy influenced a community initiative. *J Public Health Policy*. 2017; **38** (4): 503–8. <https://doi.org/10.1057/s41271-017-0084-x>

REFERÊNCIAS

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.A.C.; ALVARENGA, M.R.M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo: v.45, n. 4, p.884-889, 2011. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400013>

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Brasil. Secretaria de Políticas Públicas de Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO - 2010** - 3ª ed. Brasília: v. 1. 828 p., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 142, out. 2006a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 18/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 192 p.

CAMARGO, R.C.V.F. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas** (Ed. Port.). Ribeirão Preto: v.6, n.2, ago. 2010. p. 231-254. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i2>

FLORIANO, L.A.et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis: v.21, n.3, p.543-548, jul./set. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300008>

GALIATSATOS, P.; GURLEY, A.; HALE, D. Policy and advocacy for informal caregivers: How state policy influenced a community initiative. **Journal of Public Health Policy**, Burlington, v. 38, n. 4, p. 503-508, Nov. 2017. <https://doi.org/10.1057/s41271-017-0084-x>

GRATÃO, A.C.M.et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo: v.47, n. 1, p. 137-144, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100017>

HIRAKAWA, Y, et al. Evaluation of gender differences in caregiver burden in home care: Nagoya Longitudinal Study of the Frail Elderly (NLS-FE). **Psychogeriatrics**, v. 6, n. 3, p. 91-99, Set 2006. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8301.2006.00158.x>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. IBGE, 2009.

KOWALSKA, J.; GORACKO, A.; JAWORSKA, L.; SZCZEPANSKA, J. Na Assessment of the Burden on Polish Caregivers of Patients with Dementia: a Preliminary Study. **American Journal of Alzheimer's Disease & Others Dementias**, v. 32, n. 8, p. 509 – 515, Dec. 2017. <https://doi.org/10.1177/1533317517734350>

MAKIZAKO, H. et al. Combined effect of factors associated with burdens on primary caregiver. **Geriatrics and Gerontology International**, v.9, n. 2, p. 183 -189, 2009. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2009.00523.x>

MORAES, E. N. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, cap. 1, p. 9-22, 2012.

MUNIZ, E. A. et al. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.110, p.172-182, jul./set. 2016. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611013>

MUNIZ, E. A.; FREITAS, C. A. S. L.; OLIVEIRA, E. N. O.; LACERDA, M. R. Atenção Domiciliar ao Idoso na Estratégia Saúde da Família: perspectivas sobre a organização do cuidado. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife: v.11, n.1, p.296-302, jan. 2017.

NARDI, E.F.R.; SAWADA, N.O.; SANTOS, J.L.F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 21, n. 5, set-out 2013. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000500012>

RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.72-78.

RIBEIRO, D. K. M. N.; LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; SETOGUCHI, L. S.; GRDEN, C. R. B.; OLIVEIRA, E. S. Fatores contributivos para a independência

funcional de idosos longevos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo: v.49, n. 1, p. 89 - 95, 2015. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100012>

RIBERTO, M.; MIYAZAKI, M. H.; JUCÁ, S. S. H.; SAKAMOTO, H.; PINTO, P. P. N.; BATTISTELLA, L. R. Validação da versão brasileira da Medida de independência Funcional. **Acta Fisiatria**, v.11, n. 2, p. 72-76, ago. 2004. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20040003>

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v.24, n.1, p. 12-17, mar. 2002. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>

SCHWANKE, C. H. A.; FEIJÓ, A. G. S. Cuidando de cuidadores de idosos. **Revista Bioética**, v.14, n.1, p.83-92, 2006.

SOUZA, R. L. et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 140-149, jun. 2015. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>

YU, H.; WANG, X; HE, R.; LIANG, R.; ZHOU, L. Measuring the caregiver burden of caring for community-residing people with Alzheimer's disease. **PLOS ONE**, v.10, n. 7, p. 1-13, Jul. 2015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132168>

ANEXOS

Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Avaliação da saúde de cuidadores de idosos em seus domicílios”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Érica Maria Ferreira de Oliveira, Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori, e Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende, Bárbara Noronha de Barcelos Mendonça e Weber Elias de Carvalho.

Nesta pesquisa nós estamos buscando conhecer as condições de vida e trabalho dos cuidadores de idosos, além de avaliar o impacto que as atividades de cuidar têm sobre a sua vida social, física, emocional e financeira, para melhor atender às suas necessidades e de seus familiares.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Érica Maria Ferreira de Oliveira, Bárbara Noronha de Barcelos Mendonça, e Weber Elias de Carvalho em visita domiciliar em horário previamente agendado.

Na sua participação você responderá a um questionário sobre a sobrecarga do cuidado e sobre a independência do idoso, e fornecerá informações que permitam caracterizar seu perfil e do idoso cuidado.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Este trabalho pode lhe oferecer como risco um possível desconforto emocional, mas que será contornado pela não identificação após a entrevista e oferecendo a possibilidade de o participante desistir da pesquisa a qualquer momento. E, ainda, para minimizar os riscos de identificação dos participantes, iremos sortear números aleatórios de três dígitos para cada participante, os quais serão utilizados para identificar os instrumentos de coleta de dados.

Os benefícios serão permitir a criação de estratégias que possam melhorar a qualidade de vida do cuidador e do cuidado ao idoso.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Érica Maria Ferreira de Oliveira, Bárbara Noronha de Barcelos Mendonça, Weber Elias de Carvalho, Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori e Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende pelo telefone (34) 3225-8273, no Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, situado no Campus Umuarama, Bloco 2U sala 8, Avenida Pará, 1720, Bairro Umuarama, Uberlândia – MG, CEP: 38400-902. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia – MG, CEP: 38408-100; fone: 34-3239-4131.

Uberlândia, de de 2016

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Anexo B: Instrumento para caracterização do Cuidador

Número de ordem				
Sexo	Feminino	Masculino	Idade (em anos)	

Estado civil	Solteiro	Casado	União estável	Viúvo	Separado	Divorciado
--------------	----------	--------	---------------	-------	----------	------------

Grau de parentesco com o idoso cuidado		Cônjuge	Pai/Mãe	Tio(a)	Avô/Avó	Outro		
		Irmão/Irmã	Filho(a)	Sobrinho(a)	Neto(a)			
Grau de escolaridade	Classe			Tipo		Anos de estudo (curso)		
	Analfabeto			Total	Funcional			
	Ensino fundamental			Incompleto	Completo			
	Ensino médio			Incompleto	Completo			
	Ensino superior: Graduação			Incompleto	Completo			
	Ensino superior: Graduação (curso)							
	Ensino superior: Pós-graduação			Incompleto	Completo			
	Ensino superior: Pós-graduação (curso)							
Quantidade				0	1	2	3	4+
Banheiros				0	3	7	10	14

Empregados domésticos	0	3	7	10	13		
Automóveis	0	3	5	8	11		
Microcomputador	0	3	6	8	11		
Lava louca	0	3	6	6	6		
Geladeira	0	2	3	5	5		
Freezer	0	2	4	6	6		
Lava roupa	0	2	4	6	6		
DVD	0	1	3	4	6		
Micro-ondas	0	2	4	4	4		
Motocicleta	0	1	3	3	3		
Secadora roupa	0	2	2	2	2		
Grau de escolaridade do chefe da família							
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0						
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1						
Fundamental II completo / Médio incompleto	2						
Médio completo / Superior incompleto	4						
Superior completo	7						
Serviços públicos							
Água encanada	0			4			
Rua pavimentada	0			2			
Você mora no mesmo domicílio do idoso cuidado?	Sim			Não			
Quantas horas por dia você é responsável pelo cuidado do idoso?							
Há quanto tempo você é cuidador deste idoso?							
Já cuidou de outros idosos antes?	Sim			Não			

Há quanto tempo você é cuidador de idosos?			
Você já fez algum curso formal de cuidador de idosos?	Sim		Não
É cuidador	Formal		Informal
Esta atividade é remunerada?	Sim		Não
De quem foi a escolha para que você se tornasse o cuidador deste idoso?	Sua	Do idoso	Da família Outros
Você tinha/tem outra ocupação, além da de cuidador de idosos?	Tinha	Não tinha	Tenho Não tenho
Qual era/é a ocupação?			
Qual a situação da ocupação atual?	Exerce	Afastado temporariamente	Aposentado
Você faz algum tratamento de saúde?	Sim		Não
Você tem alguma doença?	Sim		Não
Se sim, qual doença?			
Você toma algum remédio para depressão?	Sim		Não
Você toma algum remédio calmante?	Sim		Não
Que tipo de atividades você realiza fora o cuidado com o idoso? No caso de não ter outras atividades, deixar em branco.	Atividade		Frequência (em dias)
	Física		
	Religiosa		
	Cultural (cinema, teatro, ...)		
	Visitar parentes/amigos		
	Outras. Quais?		

Quantas horas, em média, você dorme por dia?		
O seu sono é	Contínuo	Interrompido
De quem você recebe ajuda no cuidado com o idoso?	Classe	Frequência (em dias)
No caso de não receber apoio, deixar em branco.	Parente	
	Amigo	
	Vizinho	
	Equipe da ESF	
	Outros profissionais ou outras instituições	
	Outros. Quem?	
De quais profissionais da ESF você recebe apoio?	Classe	Frequência (em dias)
No caso de não receber apoio, deixar em branco.	Agente Comunitário de Saúde	
	Assistente Social	
	Dentista	
	Enfermeiro	
	Fisioterapeuta	
	Médico	
	Nutricionista	
	Psicólogo	
Que tipo de apoio você recebe?	Curso de capacitação para cuidador de idosos	
	Orientações quanto ao cuidado do idoso	
	Consultas para o idoso	
	Consultas para o cuidador	
	Material para o cuidado (gazes, luvas, soro...)	

	Realização de procedimentos (curativos, sondagem...)	
	Realização de sessões de fisioterapia	
	Outros. Quais?	
Onde este apoio se dá prioritariamente?	No domicílio através de visita domiciliar	
	Na UBSF	
	Outros. Onde?	
Você, enquanto cuidador, se sente acolhido pela equipe?	Sim	Não
Você considera suficiente o apoio que recebe da equipe?	Sim	Não
Por quê?		

Anexo C: Instrumento para caracterização do idoso

Número de ordem				
Sexo	Feminino	Masculino	Idade (em anos)	

Estado civil	Solteiro	Casado	União estável	Viúvo	Separado	Divorciado
--------------	----------	--------	---------------	-------	----------	------------

Qual(is) a(s) doenças idoso?	
------------------------------	--

Anexo D: Escala para Medida de Independência Funcional (MIF)

Data:		
Níveis	7- Independência completa (em segurança, em tempo normal)	Sem ajuda
	6- Independência modificada (ajuda técnica)	
	5- Supervisão	Com ajuda
	4- Dependência mínima (pessoa faz 75%)	
	3- Dependência moderada (pessoa faz 50%)	
	2- Dependência Máxima (pessoa faz 25%)	
	1-Dependência total (pessoa faz 0%)	
Autocuidado		
A- Alimentação		
B- Higiene pessoal		
C- Banho (lavar o corpo)		
D- Vestir-se acima da cintura		
E- Vestir-se abaixo da cintura		
F- Uso do vaso sanitário		
Controle de Esfíncteres		
G- Controle da urina		
H- Controle das fezes		
Mobilidade		
Transferências		
I- Leito, cadeira, cadeiras de rodas		
J- Vaso sanitário		
K- Banheira ou chuveiro		
Locomoção		
L- Marcha/Cadeiras de rodas	M	
	C	
M- Escadas		
Comunicação		
N- Compreensão sonora		
O- Compreensão visual		
P- Expressão vocal		
Q- Expressão não vocal		
Cognição Social		
R- Interação social		
S- Resolução de problemas		
T- Memória		
Total:		
Nota: Não deixe nenhum item em branco; se não for possível de ser testado, marque I.		

Anexo E: Escala de Zarit Burden Interview

Burden Interview (Zarit & Zarit, 1987; tradução para o português: Marcia Scazufca)

Instruções: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr./Sra. se sente daquela maneira (nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3, ou sempre=4). Não existem respostas certas ou erradas.

1. O Sr./Sra. sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?
 2. O Sr./Sra. sente que por causa do tempo que o Sr./Sra. gasta com S, o Sr./Sra. não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?
 3. O Sr./Sra. se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?
 4. O Sr./Sra. se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?
 5. O Sr./Sra. se sente irritado (a) quando S está por perto?
 6. O Sr./Sra. sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
 7. O Sr./Sra. sente receio pelo futuro de S?
 8. O Sr./Sra. sente que S depende do Sr./Sra.?
 9. O Sr./Sra. se sente tenso (a) quando S está por perto?
 10. O Sr./Sra. sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?
 11. O Sr./Sra. sente que o Sr./Sra. não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?
 12. O Sr./Sra. sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr./Sra. está cuidando de S?
 13. O Sr./Sra. não se sente vontade de ter visitas em casa, por causa de S?
 14. 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?
 15. O Sr./Sra. sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?
 16. O Sr./Sra. sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?
 17. O Sr./Sra. sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?
 18. O Sr./Sra. gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?
 19. O Sr./Sra. se sente em dúvida sobre o que fazer por S?
 20. O Sr./Sra. sente que deveria estar fazendo mais por S?
 21. O Sr./Sra. sente que poderia cuidar melhor de S?
 22. De uma maneira geral, quanto o Sr./Sra. se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?
-

*No texto 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.