

CLAUDIA FERNANDES DA SILVA

**FREQUÊNCIA E REPERCUSSÃO DA SOBRECARGA DE
CUIDADORAS FAMILIARES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA**

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto
Belo Horizonte
2011

CLAUDIA FERNANDES DA SILVA

**FREQUÊNCIA E REPERCUSSÃO DA SOBRECARGA DE
CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto.

Área de concentração: Ciências Clínicas
Orientadora: Valéria Maria Azeredo Passos
Coorientadora: Sandhi Maria Barreto

Belo Horizonte
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Prof^a. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-reitor de Pós-Graduação: Prof. Ricardo Santiago Gomez

Pró-reitor de Pesquisa: Prof. Renato de Lima dos Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Prof. Francisco José Penna

Vice-Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Clínica Médica: Prof^a. Anelise Impeliziere Nogueira

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO

Coordenadora

Prof^a. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Sub-Coordenadora

Prof^a. Valéria Maria Azeredo Passos

Colegiado

Representação Docente

Prof. Marcus Vinícius Melo de Andrade

Prof^a. Tereza Cristina de Abreu Ferrari

Prof. Luiz Gonzaga Vaz Coelho

Prof. Francisco Eduardo Costa Cardoso

Prof^a. Suely Meireles Rezende

Prof^a. Valéria Maria Azeredo Passos

Representante Discente:

William Pedrosa de Lima (Titular)

Pollyanna Barros Batista (Suplente)

*Este trabalho é dedicado às minhas queridas avós, Avenina e Ana
(in memorian), meus exemplos de vida, e
aos cuidadores familiares, o meu agradecimento infinito pela disponibilidade de
tempo, por abrirem suas casas para me receber, pela confiança e pela troca de
experiências que tivemos.*

AGRADECIMENTOS

Gostaria primeiramente de agradecer a Deus, pois sua infinita presença é o que move minha vida e me dá força, perseverança e coragem para prosseguir.

Aos meus queridos pais, Geraldo e Irene e irmãos, por estarem sempre do meu lado nas minhas conquistas.

Ao meu marido Beto, pelo seu amor, companheirismo, admiração, incentivo, respeito, tolerância e compreensão, que foram fundamentais para mim durante este processo e nos meus momentos de ausência.

À minha orientadora, Professora Doutora Valéria Maria de Azeredo Passos, por me fazer pensar mais na saúde do que na doença, pela competência, disponibilidade, sabedoria e aprendizado.

À co-orientadora, Professora Doutora Sandhi Maria Barreto, pela colaboração, conhecimento e disponibilidade.

À minha amiga Ana Paula Gasparini Braga, companheira de jornada, pela amizade, disponibilidade e carinho.

À Universidade Federal de Minas Gerais pela excelência e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto pelo aprendizado. Aos profissionais e colegas de profissão, pelas contribuições técnicas e incentivo.

À Judy Robbe, Dorotéia Fernandes e Dr. Flávio Cançado, os meus sinceros agradecimentos pelo aprendizado e pela acolhida nos Grupos de Familiares de Pacientes com Demência, sem os quais não seria possível a execução e concretização desta pesquisa.

“Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro.”

Boff, 1999

RESUMO

Esta dissertação, constituída por um artigo, aborda a sobrecarga de cuidadores familiares de pacientes com demência, a tarefa do cuidar, o papel do cuidador, como se determina a escolha do cuidador, quais as funções que ele exerce e as consequências dessa sobrecarga na sua saúde física, mental e emocional. A doença de Alzheimer, seguida pela demência vascular, é a principal causa de demência irreversível, principalmente em pessoas idosas com idade superior a 65 anos. Com o crescimento da população idosa e da expectativa de vida, cresce também a necessidade de cuidadores familiares desinformados, gerando muitas demandas e atividades para o cuidador e uma conseqüente sobrecarga decorrente dos esforços físicos e mentais, o que pode levar à ansiedade e depressão. Neste estudo transversal analítico, realizado em uma amostra de conveniência de 58 cuidadoras participantes de grupos de apoio à família da pessoa com demência, teve como objetivo investigar a prevalência e os fatores associados à sobrecarga, aos transtornos mentais comuns e a auto-percepção da memória das cuidadoras. No modelo final predominaram as seguintes características: associação da sobrecarga com ocupação ($p=0,014$), prática de esporte ($p=0,010$), ter religião ($p=0,032$) e tempo na função de cuidador ($p=0,046$). Com relação aos transtornos mentais menores as associações relevantes foram prática de esporte ($p=0,028$), dores nas costas ($p=0,026$) e tempo de cuidado diário ($p=0,037$). As queixas de memória foram associadas estatisticamente ao uso de antidepressivo ($p=0,034$). Mesmo tendo características que poderiam contribuir para uma menor sobrecarga e participando do grupo de apoio, as cuidadoras ainda apresentaram uma sobrecarga leve a moderada.

Palavras-chave: Esgotamento profissional, cuidadores, doença de Alzheimer, depressão, ansiedade, transtornos da memória.

ABSTRACT

This dissertation, consisting of an article, addresses the burden of family caregivers of dementia patients, the task of caring, the caregiver's role, how the choice of the caregiver is determined, what functions they exercise, and the consequences of this burden in their physical, mental and emotional health. The Alzheimer's disease, followed by vascular dementia, is the main cause of irreversible dementia, especially in elders over the age of 65. The growth of the elder population and the increase of life expectancy are accompanied by the increase of the demand of uninformed family caregivers. That generates much demand and many activities to the caregivers and a consequent burden, due to their physical and mental efforts, which can lead to anxiety and depression. In this cross-sectional and analytical study, performed in a convenience sample of 58 family caregivers who participated in support groups for families of people with dementia, to investigate the prevalence and factors associated to burden, common mental distress and self-perception of memory. In the final model the following characteristics predominated: association of burden with occupation ($p=0,014$), sports ($p=0,010$), religion ($p=0,032$) and time exercising the caregiver activities ($p=0,046$). Related to the minor mental disorders the relevant associations were sports ($p=0,028$), back pain ($p=0,026$) and daily care time ($p=0,037$). Memory complaints were statistically associated to the use of antidepressants ($p=0,034$). Despite having characteristics that could contribute to a smaller burden and participating in a support group, the caregivers still showed a mild to moderate burden.

Keywords: Professional burnout, family caregivers, Alzheimer disease, depression, anxiety, memory disorder.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Resultado da análise bivariada entre os graus de sobrecarga da Escala Zarit e as variáveis independentes do estudo.....38
- Tabela 2** – Resultado da análise de regressão logística múltipla das características associadas à sobrecarga das cuidadoras..... 42
- Tabela 3** – Resultado da análise bivariada entre os transtornos mentais comuns e as variáveis independentes do estudo.....42
- Tabela 4** – Resultado da análise de regressão logística das características associadas aos transtornos mentais comuns.....46
- Tabela 5** – Resultado da análise bivariada entre as queixas de memória e as variáveis independentes do estudo.....47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS - Organização Mundial da Saúde

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

PRMQ - *Prospective and Retrospective Memory Questionnaire*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ABRAz - Associação Brasileira da Alzheimer

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SRQ - *Self Report Questionnaire*

ELSA - Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto

PSF- Programa de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
2. OBJETIVOS GERAIS	22
3. ARTIGO.....	24
3.1. RESUMO.....	25
3.2. ABSTRACT.....	26
3.3. INTRODUÇÃO.....	27
3.4. METODOLOGIA.....	31
3.4.1 Delineamento do Estudo.....	31
3.4.2 População do Estudo.....	31
3.4.3 Procedimentos	31
3.4.4 Análise Estatística.....	33
3.5. RESULTADOS.....	35
3.6. DISCUSSÃO.....	51
3.7. CONCLUSÃO.....	61
3.8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
ANEXOS	
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	67
Anexo 2 - Folha de Adesão à Pesquisa.....	69
Anexo 3 - Entrevista com os Cuidadores.....	70
Anexo 4 - Folha de aprovação do Comitê de Ética.....	82
Anexo 5 - Proporção de respostas do questionário Pfeffer segundo pergunta e categoria da resposta.....	83
Anexo 6 - Proporção das respostas dadas para as questões do questio- nário Zarit.....	84

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A pirâmide etária brasileira se alterou profundamente na última década, de acordo com o censo de 2010. Atualmente existem no Brasil, 20 milhões de pessoas com 65 anos ou mais, o que representa aproximadamente 10 % da população brasileira. Projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde considera que no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. A porcentagem desta população idosa que antes era de 4,8% em 1991, passou a 5,9% em 2000 e chegou a 7,4% em 2010. Vale acrescentar que as regiões Sul e Sudeste do Brasil, são consideradas as duas regiões mais envelhecidas do País.¹

O número de idosos no Brasil tem crescido rapidamente e, associado a isso, verifica-se com maior frequência o surgimento de algumas doenças crônicas, dentre elas as demências. Este aumento da expectativa de vida contribui para a maior manutenção da saúde da população idosa e da permanência do idoso junto aos familiares.²

1) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico, 2010. Rio de Janeiro <http://www.ibge.gov.br>

2) Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm*, 2006 Out-Dez; 15(4):587-94.

A demência afeta a pessoa idosa, comprometendo sua integridade física, mental e social, levando a uma situação de dependência total, com necessidade de cuidados cada vez mais complexos.² É um problema de saúde de grande impacto social, não só pela grande ocorrência como também pelos altos índices de morbidade em cuidadores familiares da pessoa idosa com diagnóstico de demência.³

Em Catanduva, no Brasil, a doença de Alzheimer, principal causa da demência irreversível, foi responsável por aproximadamente 54,1% das demências em pessoas idosas com idade superior a 65 anos no Brasil, seguida pelas demências vasculares (9,4%) e mista (14,5%).⁴

Em revisão sistemática de oito estudos sobre a prevalência da demência em seis países da América Latina, observou-se um alto índice de demência em idosos jovens, entre 65-69 anos, de baixa escolaridade, em comparação a outras regiões do mundo.⁵

3) Moraes E N, Daker M V. *Abordagem do idoso com incapacidade cognitiva. In: Moraes E N. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, 2008p. 273-291.*

4) Herrera Junior E, Caramelli P, Nitrini R. *Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva-estado de São Paulo- Brasil, Rev .Psiqu.Clin. 1998;25(2):70-3.*

5) Nitrini R, Bottino CMC, Albala C, Capuñay NSC, Ketzoian C, Rodriguez JJL et al. *Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohort. International Psychogeriatrics 2009;21(4):622-630*

A demência gera múltiplas demandas, dificultando a tarefa do cuidar, pois o indivíduo necessitará de cuidados constantes e de maior complexidade. À medida que se aumenta a carga de cuidados, aumenta-se também a sobrecarga do cuidador. Muitas vezes, esse cuidador é a pessoa encarregada de realizar as tarefas para as quais o doente não tem mais possibilidade.²

O significado do termo *cuidador* ainda é muito discutido, mas, de um modo geral, podemos defini-lo como aquele que dá suporte físico e psicológico, fornecendo ajuda prática quando necessário, ou como o principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo paciente.⁶ O cuidador pode ser classificado de acordo com o vínculo estabelecido entre ele e o paciente, os tipos de cuidados prestados e a frequência de cuidados. Ele pode ser denominado de diversas maneiras, como, por exemplo, remunerado, voluntário, informal, leigo, profissional, familiar, primário, ou secundário, sendo essas denominações não excludentes, mas sim complementares.⁷

A escolha do cuidador familiar está relacionada a vários fatores geracionais, como grau de parentesco (em sua maioria, cônjuges) e gênero (geralmente, a mulher), além de outros fatores, como a proximidade física, morar na mesma casa, ter condições financeiras e disponibilidade de tempo.⁸ Além disso,

6) Cruz MN, Hamdan AC. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador, *Psicol.estudo*. 2008 abril-junho, vol.13 (2).

7) Lemos ND, Gazzola M, Ramos LR. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde e Sociedade* 2006 set-dez; 15(3):170-179.

8)Karch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública*. 2003 mai- jun; 19(3):861-866.

devem-se levar em conta outros aspectos, como o tipo de laço afetivo, a história de relacionamento com o idoso, a personalidade do cuidador e a motivação para cuidar.⁹

Como a demência leva à perda de memória e da capacidade de expressão e julgamento, os cuidadores funcionam como tradutores do mundo interno do paciente, interpretando as pistas de dor, desconforto, urgência e infecção.¹⁰

Um estudo realizado na cidade de Bambuí, MG, em 1606 idosos participantes da pesquisa, discute a necessidade de cuidadores entre os idosos. As autoras observaram que 23% dos idosos com a faixa etária acima de 70 anos necessitavam de cuidador. Os fatores associados a essa necessidade de cuidados foram: ser solteiro, morar sozinho, fazer uso regular de cinco ou mais drinques de bebida alcoólica por dia em algum período da vida e ter história médica de hipertensão arterial. Verificou-se também que, em caso de adoecimento do idoso, a principal fonte de cuidados é o cônjuge ou a filha.¹¹

9) Neri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri AL organizadora. *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. São Paulo: Editora Alínea; 2002.p.9-63.

10)Silveira TM. O sistema familiar e os cuidados com idosos portadores de distúrbios cognitivos. *Textos Envelhecimento, UNATI/UERJ 2000, ano3 nº4, p.13-28.*

11) Giacomini KC, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fenômenos associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad. Saúde Pública 2005 jan-fev;21(1):80-91.*

Considerando-se a gravidade do quadro do idoso dependente, faz-se necessário que o cuidador tenha uma dedicação e adaptação às muitas mudanças que podem ocorrer com a evolução da doença, como alterações na rotina diária e problemas emocionais, o que pode gerar um desequilíbrio físico e mental e, conseqüentemente, o estresse crônico.^{12,13}

Podemos definir o estresse como uma resposta biológica/hormonal ampla, mas alguns autores o definem como sobrecarga, fadiga, impacto, fardo, interferência ou, na definição da língua inglesa, *burden*.^{2,7,14,15}

O excesso de atividades realizadas pelo cuidador gera um estresse decorrente dos esforços físicos e mentais. Um estudo encontrou uma importante relação entre a sobrecarga do cuidador, o esforço físico e emocional e o estágio da demência. Observou também que a sobrecarga emocional foi maior nos estágios iniciais e tardios da demência.¹⁶

12) Haley WE. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology* 1997 May;48(6):S25-S29.

13) Canineu PR. Doença de Alzheimer. In: Caovilla VP, Canineu PR. *Você não está sozinho*. São Paulo: Abraz; 2002. p 12-13.

14) Garrido R, Almeida OP. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência. *Arq. Neuropsiquiatr*, 1999; 57(2-B):427-434.

15) Cassis SVA, Karnakis T, Moraes TA, Curiati JAE, Quadrante ACR, Magaldi RM. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. *Rev. Assoc. Médica Bras* 2007.53(6):497-501.

16) Gratão ACM, Vale FAC, Roriz-Cruz M, Haas VJ, Lange C, Talmelli LFS et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. *Rev. Esc. Enfermagem. USP*, 2010, dec; 44(4)

As atividades desempenhadas pelo cuidador exigem dele uma capacidade de resolução de problemas, comunicação efetiva e habilidades cognitivas, como a memória, para fornecer cuidados adequados ao paciente com demência.¹⁷ Problemas conjugais também podem ocorrer devido ao tempo de dedicação da esposa ou marido ao paciente, o que pode gerar sentimentos de desamparo, vergonha, sobrecarga e até de estresse.¹⁸

Além da capacidade de adaptação, o cuidador precisa de outras qualidades, como ser compreensivo, empático, sensível, paciente e solidário, pois, à medida que a doença evolui, são necessários outros recursos para lidar com o novo quadro.¹⁰

Em um estudo qualitativo cujo objetivo foi compreender as dificuldades e as necessidades do familiar cuidador, quatro familiares foram entrevistados. Foram relatados temas relacionados à sobrecarga de tarefas e de compromissos, às dificuldades financeiras, ao cuidar ininterrupto, à ausência de apoio institucional, familiar e da própria sociedade em geral, bem como à dificuldade maior de lidar com a demência por não compreender a sua

17) Balardin J B, Palma KAXA, Junior MEG, Bromberg E. Déficits cognitivos em cuidadores de pacientes com demência. *RBCEH*, 2007 jun/dez; 4(2);p.55-64.

18) Neri AL. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas/SP: Papyrus, 1994. p.237-286.

magnitude. Surgiram temas também sobre a necessidade do cuidador de manter a sua fé em alguma força superior capaz de sustentar seu equilíbrio mental, bem como a necessidade de valorização do seu papel de familiar cuidador.¹⁹

A maioria dos cuidadores de idosos é também idosa, ficando mais susceptível a ter sobrecarga e problemas de saúde, porém os mais jovens tendem a sentir mais isolamento e maiores restrições sociais, considerando as possibilidades de lazer e atividades sociais de sua faixa etária.²⁰

Fatores intrínsecos à atividade de cuidar também são considerados como possíveis contribuintes para a sobrecarga do cuidador. Um estudo afirmou que o aumento da sobrecarga está correlacionado ao tempo gasto com os cuidados, à piora funcional do paciente dementado, à progressão do quadro cognitivo, e também aos problemas comportamentais e depressão do paciente.¹⁷

19) Luzardo AR, Waldman BF. *Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. Acta Scientiarum. Health Sciences, 2004;26(1):135-145.*

20) Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. *Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2008 Abr-Jun; 17(2):266-72*

Cuidadores de pacientes com demência possuem maiores níveis de depressão e ansiedade quando comparados com cuidadores de doentes com outras doenças não demenciais.²¹ Para Matsuu et al.(2000)²², o aumento de depressão entre os cuidadores de idosos pode estar associado ao tempo despendido com os cuidados ao idoso. Cuidadores que dedicam tempo integral ao idoso não têm tempo para o lazer, para visitar amigos e para relaxar, e têm maiores chances de apresentar episódios de depressão.

Os fatores psicológicos do cuidador, incluindo a depressão e a ansiedade, e um sono interrompido durante a noite, devido aos problemas de sono-vigília dos pacientes, podem contribuir para desencadear ou perpetuar os distúrbios do sono em cuidadores, mesmo quando aquele comportamento do paciente é reduzido ou eliminado.²³

21) Moritz DJ, Kasl S V, Berkman L F. *The impact of living with a cognitively impaired elderly spouse: depressive symptoms and social functioning. Journal of gerontology. Social Sciences*, 1989; 44:517-527

22) Matsuu K, Washio, M; Arai, Y et.al. *Depression among caregivers of the frail elderly in urban Japan. Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2000; 54:.553-557

23) McCurry SM, Logsdon RG, Teri L, Vitiello MV. *Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: contributing factors and treatment implications. Sleep Med Rev.*2007, April; 11(2): 143-153

Como consequência da sobrecarga, do estresse e depressão, falhas de memória podem ser queixas comuns dos cuidadores. Estas falhas podem estar ligadas a situações do futuro ou do passado. As falhas de memória prospectiva estão associadas às dificuldades com as intenções que devem ser realizadas no futuro dentro de um espaço de tempo curto ou longo. Já as falhas de memória retrospectiva são dificuldades na evocação de eventos e situações prévias.²⁴

Os questionários de autorrelato de falhas de memória têm sido utilizados em pessoas com déficits cognitivos e em populações saudáveis²⁵ para avaliar as queixas de memória, e, juntamente com outros testes objetivos, para o diagnóstico de doenças ou afecções, como no caso do déficit cognitivo leve.

Eles são utilizados para a obtenção de informações sobre percepções pessoais e são considerados instrumentos de fácil interpretação e preenchimento por pacientes, cuidadores e participantes de pesquisas.²⁶

24) Benites D, Gomes W B. Tradução, adaptação e validação preliminar do *Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ)*. *Psico-USF* 2007 jan./jun; 12(1); p.45-54

25) Smith G, Sala SD, Logie R, Maylor EA *Prospective and retrospective memory in normal aging and dementia: A questionnaire study*. *Memory*, 2000; 8(5):311-321.

26) Crawford J, Smith G, Maylor E A, Sala SD, Logie R. *The prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ): normative data and latent structure in a large non-clinical sample*. *Memory* 2000; 11(3): 261-275

Em conclusão, um bom conhecimento dos profissionais de saúde sobre os potenciais impactos do cuidar sobre a saúde mental, cognitiva e física do cuidador servirá para orientá-los melhor em relação às suas atividades com o paciente, à organização de seu cotidiano e aos seus cuidados gerais de saúde, principalmente nos seus aspectos cognitivos e emocionais.

2. Objetivos Gerais

Investigar a prevalência e os fatores associados à sobrecarga, aos transtornos mentais comuns e à auto-percepção ruim da memória nas cuidadoras familiares de idosos com demência .

Objetivos Específicos:

1. Investigar a associação da sobrecarga do cuidador familiar com as seguintes variáveis explicativas:

- a) Sociodemográficas: idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação;
- b) Hábitos de vida: uso de bebidas, fumo, atividade física, horas de sono, lazer e religiosidade.
- c) Clínicos: doenças e uso de medicamentos.
- d) Relacionados ao cuidado: tempo na função de cuidador, tempo de diagnóstico da demência e grau de funcionalidade do idoso.
- e) Transtornos mentais comuns.
- f) Autopercepção da memória.

2. Investigar a associação dos transtornos mentais comuns do cuidador familiar com as seguintes variáveis explicativas:

- a) Sociodemográficas: idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação;
- b) Hábitos de vida: uso de bebidas, fumo, atividade física, horas de sono, lazer e religiosidade.

- c) Clínicos: doenças e uso de medicamentos.
- d) Relacionados ao cuidado: tempo na função de cuidador, tempo de diagnóstico da demência e grau de funcionalidade do idoso.
- e) Sobrecarga do cuidador.
- f) Autopercepção da memória.

3. Investigar a associação da autopercepção da memória do cuidador familiar com as seguintes variáveis explicativas:

- a) Sociodemográficas: idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação;
- b) Hábitos de vida: uso de bebidas, fumo, atividade física, horas de sono, lazer e religiosidade.
- c) Clínicos: doenças e uso de medicamentos.
- d) Relacionados ao cuidado: tempo na função de cuidador, tempo de diagnóstico da demência e grau de funcionalidade do idoso.
- e) Sobrecarga do cuidador.
- f) Transtornos mentais comuns.

FREQUÊNCIA E REPERCUSSÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADORAS FAMILIARES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA

Frequency and impact of the burden on family caregivers to elderly with dementia

Claudia Fernandes da Silva¹

Valeria Maria de Azeredo Passos²

Sandhi Maria Barreto³

1 Aluna do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. Autor do trabalho.

2. Departamento de Clínica Médica. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. Orientadora. Trabalhou na concepção, metodologia, estatística e redação do artigo. Rua Cassiporé, 424/101. Bairro Anchieta. Belo Horizonte-MG. passos.v@gmail.com

3. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. Co-orientadora. Trabalhou na estatística e redação final do artigo. Rua Niágara, 120/301. Bairro Sion. Belo Horizonte-MG. sbarreto@medicina.ufmg.com.br

Correspondência

Claudia Fernandes da Silva

Rua Sebastião Fabiano Dias, 233/901B, Belvedere

Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 32847761 Fax: (31) 32641451

email: claudiafono@terra.com.br

Agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

Declaro a inexistência de conflitos de interesse de cada autor.

3.1 Resumo

Objetivos: Investigar a prevalência e os fatores associados à sobrecarga, aos transtornos mentais comuns e à auto-percepção da memória das cuidadoras. **Métodos:** Estudo transversal e analítico, com uma amostra de conveniência de 58 cuidadoras familiares que participaram dos grupos de apoio à família da pessoa com demência. Instrumentos utilizados: questionário sociodemográfico, de hábitos de vida, morbidade referida, uso de medicamentos e de serviços de saúde, Escala *Zarit Burden Interview*, *Self Report Questionnaire 20 (SRQ -20)*, *Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ-10)* e Escala Funcional de Pfeffer. **Resultados:** Predominaram as seguintes características: 42 eram filhas (72,4%), adultas (63,8%), com idade inferior a 60 anos (63,8%) e grau de instrução superior completo (46,6%). Dentre os problemas de saúde auto-referidos, os mais prevalentes foram dores nas costas (63,8%), problemas articulares (60,3%), colesterol alto (51,7%) e hipertensão arterial (44,8%). Os medicamentos mais utilizados foram os anti-hipertensivos (38,9%) e antidepressivos (31,5%). Os dados evidenciaram que o grau de sobrecarga foi de leve a moderado (51,7%). No modelo final observou-se associação da sobrecarga com ocupação ($p=0,014$), prática de esporte ($p=0,010$), ter religião ($p=0,032$) e tempo na função de cuidadora ($p=0,046$). Com relação aos transtornos mentais menores as associações relevantes foram prática de esporte ($p=0,028$), dores nas costas ($p=0,026$) e tempo de cuidado diário ($p=0,037$). As queixas de memória foram associadas estatisticamente ao uso de antidepressivo ($p=0,034$). **Conclusões:** Apesar das informações e orientações sobre a atividade de cuidar nos grupos de apoio, as cuidadoras ainda apresentaram sobrecarga, reforçando a necessidade de um trabalho preventivo, de orientação e tratamento.

Palavras-chave: esgotamento profissional, cuidadores, doença de Alzheimer, depressão, ansiedade, transtornos da memória.

3.2 Abstract

Objectives: To investigate the prevalence and factors associated to burden, common mental distress and self-perception of memory of caregivers. **Methods:** A cross-sectional and analytical study with a convenience sample of 58 family caregivers who participated in support groups for families of people with dementia. Instruments used: socio-demographic questionnaire, lifestyle habits, referred morbidity, use of medication and health services, Zarit Burden Interview Scale, Self Report Questionnaire SRQ-20, Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ-10) and Pfeffer Functional Scale. **Results:** From the 58 caregivers interviewed, the following characteristics predominated: 42 were daughters (72.4%), adults (63.8%), ages below 60 years old (63.8%), with a complete college degree (46.6%). Among the self-reported health problems, the most prevalent were the presence of back (63.8%) and joints pains (60.3%), high cholesterol (51.7%) and hypertension (44.8%). The most used drugs were: anti-hypertensives (38.9%) and antidepressants (31.5%). The data showed that the degree of burden was from mild to moderate (51.7%). The final model showed an association of burden with occupation ($p=0,014$), sports ($p=0,010$), religion ($p=0,032$) and time exercising the caregiver activities ($p=0,046$). Related to the minor mental disorders the relevant associations were sports ($p=0,028$), back pain ($p=0,026$) and daily care time ($p=0,037$). Memory complaints were statistically associated to the use of antidepressants ($p=0,034$). **Conclusions:** Despite the information and guidance given to the caregivers about caregiver activities in the support groups, they showed an overload of burden, reinforcing the necessity of preventive work, guidance and treatment.

Keywords: Professional burnout, family caregivers, Alzheimer disease, depression, anxiety, memory disorder

3.3 Introdução

Os idosos constituem o grupo etário que mais cresce no Brasil. O país possui cerca de 19 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que representa mais de 10% da população brasileira. Estimativas nacionais indicam que esse contingente atingirá 32 milhões em 2025 e fará do país o sexto em número de idosos no mundo.¹ O envelhecimento é uma vitória da humanidade, pois possibilita a maior convivência dos idosos com seus familiares. Entretanto, ele também pode vir acompanhado de incapacidade e problemas de saúde, tais como algumas doenças crônicas e degenerativas, entre elas as demências.²

No Brasil, os idosos são responsáveis pelo maior percentual de gastos públicos com saúde.³ O modelo hospitalar contribuiu para que os cuidados no domicílio não fossem muitos incentivados. Nos últimos anos, essa prática ressurgiu devido à rápida transição demográfica e epidemiológica e à elevação dos custos assistenciais à saúde dos idosos.⁴ Em muitos países e no Brasil, a tendência atual, devido à redução de custos da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados, é de indicar a permanência desses idosos em suas casas, sob os cuidados de suas famílias, visando também o conforto e dignidade.⁵

Diante dessa nova demanda, surge o cuidador familiar, geralmente o parceiro, filho ou outro familiar próximo. Essas são pessoas que, de uma hora para outra, são obrigadas a lidar com familiares fragilizados fisicamente e cognitivamente.

Os cuidadores se deparam com tarefas múltiplas e desafiadoras, que incluem aceitar o diagnóstico, administrar o conflito familiar, reprogramar o futuro e, principalmente, na realização das atividades diárias, administrar os medicamentos e o suporte financeiro e legal ao paciente. Com isso, o cuidador ficará vulnerável a doenças físicas, depressão, perda de peso, insônia, ao uso de álcool e de medicamentos psicotrópicos.⁶

Sentimentos de depressão e ansiedade ocorrem quando o cuidador percebe que sua estrutura familiar está abalada devido à modificação dos papéis sociais. Ele é constantemente testado em sua “capacidade de discernimento e adaptação à nova realidade, que exige, além da dedicação, responsabilidade, paciência e abnegação”.²

Estima-se que entre 60% e 70% dos cuidadores familiares de pacientes com demência tem estresse e problemas médicos ou psiquiátricos. Muitos desses cuidadores apresentam maior probabilidade de ter ansiedade, depressão e um sentimento de isolamento, assim como aumento da taxa de morbidade e mortalidade.⁷

O ato de cuidar é silencioso e solitário, sem uma garantia de retribuição, de reconhecimento e de afeto, podendo gerar sentimentos ambivalentes do cuidador em relação ao idoso, como culpa, raiva, medo e angústia. Por outro lado, o ato de cuidar pode gerar sentimentos de amor, gratidão e carinho como forma de manifestar o reconhecimento pelos cuidados e atenção recebidos em outro momento da vida, tornando paciente e cuidador cúmplices nesta nova relação.⁸

À medida que a doença evolui, a demanda de cuidados com o idoso também aumenta, gerando um aumento das dificuldades e, conseqüentemente, da sobrecarga. O nível de sobrecarga de trabalho do cuidador, assim como o seu nível de estresse e funcionamento cognitivo, também está intimamente relacionado ao grau de dependência do paciente. Quanto mais dependente e comprometido cognitivamente for o paciente, maior será a sua necessidade de cuidado, o que faz com que o cuidador tenha menos tempo livre para si mesmo, aumentando sua ansiedade em relação à função de cuidar.⁹

A pessoa que cuida ininterruptamente precisa, além do esforço físico, estar atenta à execução de determinados procedimentos que exigem concentração e planejamento antecipado do que será feito, visando obter os resultados satisfatórios no cuidado que tem que ser realizado.⁸

Além dos problemas emocionais, a memória do cuidador também pode ser afetada. Podemos considerar a memória como uma agenda interna que

organiza os eventos ocorridos no passado e registra os planos para o futuro. As pessoas planejam o seu dia-a-dia na intenção de que todas as tarefas e atividades de lazer sejam realizadas no momento certo. A ocorrência de falhas nesse planejamento cotidiano é possível.¹⁰

O indivíduo que apresenta algum prejuízo da memória, mesmo que não patológico, pode se queixar da memória com maior frequência.¹¹ Supõe-se que o estresse é um fator emocional, cuja predominância em certos períodos da vida do adulto jovem pode elevar o autorrelato de falhas de memória. Entre os idosos, as queixas de memória prospectiva e retrospectiva podem ser mais relatadas devido à presença de sintomas depressivos.¹⁰

O presente estudo tem como objetivo avaliar se cuidar de pacientes familiares com demência aumenta a sobrecarga dos cuidadores, e se isso pode estar associado ao aumento de transtornos mentais comuns e de queixas subjetivas de memória. O estudo também visa identificar as variáveis que podem comprometer a manutenção do autocuidado e da qualidade de vida dos cuidadores, buscando a preservação de um atendimento mais adequado ao idoso incapacitado.

3.4. Metodologia

3.4.1 Delineamento do estudo: trata-se de um estudo transversal e analítico, com participação de cuidadores familiares voluntários, realizado de março a setembro de 2010.

3.4.2 População do estudo: foi utilizada uma amostra de conveniência de 65 cuidadores familiares que participaram de reuniões mensais dos grupos de apoio à família da pessoa com demência em Belo Horizonte: Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz); Hospital do IPSEMG; Igreja São Mateus, e Centro Jenny Faria de Assistência à Saúde do Idoso e da Mulher - UFMG.

3.4.3 Procedimentos

Definiu-se cuidador como um familiar próximo, responsável direto pelos cuidados do idoso, que não recebe remuneração e que cuida do paciente há pelo menos três meses, por no mínimo quatro horas por dia e pelo menos três vezes por semana.^{2,12,13}

Para participar da pesquisa, o cuidador deveria ser maior de 18 anos e ter capacidade física e mental para responder ao questionário. Apenas um cuidador foi excluído por apresentar provável transtorno psiquiátrico. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam à entrevista (anexos 1, 2 e 3). As pessoas que se recusaram a participar do estudo preencheram o formulário de perdas

com registro de alguns dados sociodemográficos. Algumas pessoas se recusaram a participar do estudo e também a preencher o formulário de perdas. A aplicação da entrevista se deu de forma individual, pela pesquisadora deste estudo (CFS), na residência do cuidador, com cerca de uma hora de duração.

A avaliação da sobrecarga foi feita com a utilização da escala *Zarit Burden Interview*¹⁴, validada no Brasil, composta por 22 questões que avaliam o quanto as atividades do cuidado têm impacto sobre a vida social, o bem estar físico e emocional e as finanças do cuidador, pontuadas de 0 a 88, apresentando os seguintes pontos de corte: 0 – 21, ausência de sobrecarga; 21 - 40, sobrecarga leve a moderada; 41- 60, sobrecarga moderada a severa; e 61 - 88, sobrecarga severa.

Para avaliação dos transtornos mentais comuns, utilizou-se o *Self Report Questionnaire 20 – SRQ*.¹⁵⁻¹⁶ O questionário é composto por 20 questões relacionadas a transtornos não-psicóticos, tendo como pontos de corte 7 para mulheres e 6 para homens, para a caracterização do sofrimento mental.

As queixas de memória foram avaliadas por meio do questionário *Prospective and Retrospective Memory Questionnaire (PRMQ-10)*¹⁰, na versão em português, sendo uma medida de autoavaliação e não uma medida direta de memória. Dos dez itens, cinco referem-se à memória prospectiva e cinco, à memória retrospectiva. Cada pergunta é respondida como escala Likert de

frequência e intensidade. O escore máximo é 50 pontos e reflete um alto índice de queixas de memória, enquanto o escore mínimo é 10 pontos para um baixo índice de queixas de memória. O ponto de corte para um baixo ou alto índice de queixas é igual a 20 pontos.

As variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado civil, ocupação), de hábitos de vida (fumo, álcool, atividade física, lazer e sono), morbidade referida e uso de medicamentos e de serviços de saúde foram baseadas no protocolo ELSA.¹⁷ As variáveis que descrevem a tarefa de cuidar foram: grau de parentesco com o paciente, tempo e número de horas do dia despendidas na função de cuidador, e tempo de diagnóstico da demência.¹³ Para a avaliação do grau de dependência do idoso a ser cuidado, utilizou-se a Escala Funcional de Pfeffer¹⁸, composta por 10 itens, que evidencia a funcionalidade do idoso com demência através do grau de independência para a realização das atividades instrumentais de vida diária. Seu escore mínimo é 0 e o máximo é 30.

3.4.4 Análise Estatística

Os dados foram inseridos em um banco de dados no programa (software) Epi-Info, versão original em Português, atualizada para a 3.3.2 (de 02/2005), a partir das variáveis definidas. A análise estatística foi realizada através do “software” estatístico STATA, versão 10.0.

Por se tratar de amostra de conveniência e pelo fato dos testes terem sido aplicados somente uma vez, a estimativa da confiabilidade foi medida por meio da consistência interna das escalas utilizadas nesta pesquisa, pelo coeficiente *Alpha de Cronbach*.

Foi feita uma análise exploratória dos dados para obter as características da população estudada e a prevalência da sobrecarga dos cuidadores, dos transtornos mentais comuns e das queixas de memória. A investigação dos fatores associados à sobrecarga, transtornos mentais comuns e queixas de memória foi realizada com o uso da análise de tabelas de contingência, testando as associações entre as variáveis através dos testes qui-quadrado e do teste exato de Fisher. Após a análise bivariada, foram feitos modelos finais, utilizando a análise de regressão logística múltipla para determinar a força de associação entre as variáveis, visando à estimativa do risco (*odds ratio*) ajustada pelas variáveis contidas nesse modelo final. Para todos os testes usados, considerou-se um nível de significância *de* $p < 0,05$.

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (n°.0306.0.203.000-10) (anexo 4). Foi obtido o consentimento informado de cada paciente.

3.5 Resultados

Em um universo de 119 participantes dos grupos de apoio, 55 cuidadores eram da Igreja São Mateus, 29 do Hospital do IPSEMG, 19 do Centro Jenny Faria de Assistência à Saúde do Idoso e da Mulher-UFMG e 16 da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ). Sessenta e cinco pessoas (54,6%) responderam às entrevistas, 28 (23,5%) preencheram o formulário de perdas, e 26 (21,8%) recusaram qualquer participação.

A comparação entre os participantes do estudo e aqueles que preencheram o formulário de perdas não revelou diferenças significativas para sexo ($\chi^2 = 0,23$ $p = 0,63$), idade ($\chi^2 = 4,16$ $p = 0,12$), situação conjugal ($\chi^2 = 1,78$ $p = 0,18$), situação profissional ($\chi^2 = 0,37$ $p = 0,54$), ou grau de instrução ($\chi^2 = 2,25$ $p = 0,32$). Entretanto, percebeu-se um maior percentual de pessoas ativas, 20 (71,4%), do que de aposentadas, 8 (28,6%), que não quiseram participar do estudo ($\chi^2 = 3,91$ $p = 0,04$)

Dos 65 entrevistados, 58 eram do sexo feminino. Dada a grande representação feminina da amostra, os homens foram excluídos desta análise, devido às diferenças entre os gêneros no que se refere ao estresse do cuidado.¹⁹

Das 58 cuidadoras incluídas no estudo, 42 (72,4%) eram filhas e adultas (63,8%) com menos de 60 anos. A idade variou de 30 a 88 anos (média = 58,2 e dp = 10,4). Grande parte das cuidadoras tinha grau de instrução superior completo (46,6%) e trabalhava (53,5%), predominando as profissões de

professora e secretária. Apenas sete (10,77%) tinham ocupação exclusiva no lar. Em relação à tarefa de cuidar, 32 (55,2%) exerciam a função de cuidadora há menos de 60 meses. Não houve uma diferença em relação ao tempo de cuidado diário (50% ou durante todo o dia), mas foi observado que a maioria, 35 (60,3%), não era cuidador único, e que os familiares cuidados tiveram o diagnóstico de demência há mais de 60 meses (50%).

Quanto à saúde e hábitos de vida, 46 (79,3%) cuidadoras relataram atividades de lazer e 31 (53,5%) a prática de esportes. Vinte e nove (50%) faziam uso de bebida alcoólica e apenas três (5,1%) fumavam. A maioria, 36 (66,1%), dormia menos de oito horas por noite.

Entre as doenças auto-referidas, as mais prevalentes foram a presença de dores nas costas ou problemas de coluna (63,8%), dores articulares (60,3%), nível sérico aumentado de colesterol (51,7%), hipertensão arterial (44,8%), anemia (31%) e asma/bronquite (13,8%). Das 58 cuidadoras, 53 (91,3%) relataram ter tomado alguma medicação nos últimos sete dias, indicada por consulta médica (87,9%). Os medicamentos mais utilizados foram os anti-hipertensivos (38,9%), antidepressivos (31,5%) e hormônio tireoidiano (20,4%). Trinta e quatro (58,6%) utilizaram o plano de saúde e fizeram consultas médicas nos últimos 12 meses (94,8%). Em relação à espiritualidade, 50 (86,2%) cuidadoras relataram ter religião e 47 (81,0%) frequentavam atividades religiosas.

Observou-se neste estudo uma boa consistência interna das respostas às escalas de sobrecarga (Zarit $\alpha = 0,72$), transtornos mentais comuns (SRQ $\alpha = 0,62$), queixas subjetivas de memória (PRMQ-10 $\alpha = 0,74$) e da avaliação funcional do idoso com demência (escala de Pfeffer $\alpha = 0,88$).

Não foi observada associação significativa entre a avaliação funcional e as variáveis dependentes. Do total de respostas dadas pelos participantes da pesquisa no questionário de Pfeffer, 80,3%, responderam a categoria 3 (totalmente dependente) para todas as perguntas.(anexo 5)

Pouco mais da metade das cuidadoras apresentou um grau de sobrecarga de leve a moderado ($n = 30$; 51,7%), seguido de moderado a severo ($n = 28$; 48,3%). Não houve relato de sobrecarga leve e severa nessa população. Dessa forma, foi feita a comparação entre cuidadoras que apresentaram sobrecarga leve e aquelas que apresentaram sobrecarga moderada, assim denominadas no presente texto.

Observou-se uma associação significativa de sobrecarga com ocupação ($\chi^2 = 4,51$ $p = 0,031$), em que as cuidadoras aposentadas tinham maior sobrecarga que as que trabalhavam fora (OR=0,19). As pessoas que praticavam esporte relataram maior sobrecarga ($\chi^2 = 5,78$ $p = 0,008$; OR= 5,92). Observou-se uma tendência de maior sobrecarga entre as pessoas que exerciam a função há mais de 60 meses ($\chi^2 = 3,31$ $p = 0,059$; OR=4,02)). Observou-se também uma

maior sobrecarga nos que relataram ter religião ($\chi^2 = 4,75$ $p = 0,033$; OR= 15,88).(Tabelas 1 e 2)

Não foram encontradas associações significativas a outros hábitos de vida, nem a doenças auto-referidas. As variáveis relacionadas ao ato de cuidar não foram associadas à sobrecarga nessa população de estudo. Não foram observadas associações de sobrecarga ao grau de dependência do idoso, a transtornos mentais comuns, nem a queixas de memória (Tabela 1).

Tabela 1 - Resultado da análise bivariada entre os graus de sobrecarga da Escala Zarit e as variáveis independentes do estudo.

Variáveis	Graus de Sobrecarga		Valor do qui-quadrado(χ^2) e de p
	Leve a Moderada 30(51,72%)	Moderada a Severa 28(48,28%)	
Idade			
<60 anos	19 (63,3)	18 (64,3)	$\chi^2 = 0,0057$ $p = 0,579$
≥60 anos	11 (36,7)	10 (35,7)	
Grau de Instrução			
Até 2º grau completo	7 (23,3)	6 (21,4)	$\chi^2 = 0,045$ $p = 0,978$
2º grau completo	9 (30,0)	9 (32,1)	
Ensino Superior	14 (46,7)	13 (46,4)	
Situação Conjugal			
Com cônjuge	17 (56,7)	12 (42,9)	$\chi^2 = 1,1048$ $p = 0,215$
Sem cônjuge	13 (43,3)	16 (57,1)	
Ocupação			
Aposentado	12 (40,0)	19 (67,9)	$\chi^2 = 4,511$ $p = 0,031^*$
Trabalhar fora	18 (60,0)	9 (32,1)	
Lazer			
Não	7 (23,3)	5 (17,9)	$\chi^2 = 0,2647$ $p = 0,426$
Sim	23(76,7)	23 (82,1)	

Prática de esporte			
Não	19 (63,3)	8 (28,6)	$\chi^2 = 5,7841$ $p = 0,008^*$
Sim	11 (36,7)	20 (71,4)	
Média de horas de sono por noite			
≥ 8 horas	19 (63,3)	8 (28,6)	$\chi^2 = 0,2222$ $p = 0,637$
< 8 horas	11 (36,7)	20 (71,4)	
Horas de sono/noite na última semana			
≥ 8 horas	9 (30,0)	9 (32,1)	$\chi^2 = 0,0311$ $p = 0,542$
< 8 horas	21 (70,0)	19 (67,9)	
Fuma atualmente			
Não fuma	20 (66,7)	15 (53,6)	$\chi^2 = 1,1801$ $p = 0,554$
Já fumou, mas não fuma	9 (30,0)	11 (39,3)	
Fuma atualmente	1 (3,3)	2 (7,1)	
Consumo atual de bebida alcoólica			
Não bebe	9 (30,0)	9 (32,1)	$\chi^2 = 0,8368$ $p = 0,847$
Já bebeu, mas não bebe	5 (16,7)	6 (21,4)	
Bebe atualmente	16 (53,3)	13 (46,4)	
Ter religião			
Não	7 (23,3)	1 (3,6)	$\chi^2 = 4,7567$ $p = 0,033^*$
Sim	23 (76,7)	27 (96,4)	
Frequência a cultos			
Não	8 (26,7)	3 (10,7)	$\chi^2 = 2,3981$ $p = 0,112$
Sim	22 (73,3)	25 (89,3)	
DOENÇAS			
HAS			
Não	19 (63,3)	13 (46,4)	$\chi^2 = 1,6734$ $p = 0,196$
Sim	11 (36,7)	15 (53,6)	
Diabetes			
Não	27 (90,0)	27 (96,4)	$\chi^2 = 0,9321$ $p = 0,334$
Sim	3 (10,0)	1 (3,6)	
Insuficiência Renal			
Não	26 (86,7)	27 (96,4)	$\chi^2 = 1,7520$ $p = 0,186$
Sim	4 (13,3)	1 (3,6)	
Anemia			
Não	20 (66,7)	20 (71,4)	$\chi^2 = 0,1534$ $p = 0,695$
Sim	10 (33,3)	8 (28,6)	
Insuficiência Cardíaca			
Não	28 (93,3)	25 (89,3)	$\chi^2 = 0,3012$ $p = 0,583$
Sim	2 (6,7)	3 (10,7)	
Derrame Cerebral (AVC)			
Não	30 (100)	26 (92,9)	$\chi^2 = 2,2194$ $p = 0,136$
Sim	0 (0,0)	2 (7,1)	

Coolesterol Alto			
Não	16 (53,3)	12 (42,9)	
Sim	14 (46,7)	16 (57,1)	$\chi^2 = 0,6366$ $p = 0,425$
Dores nas costas ou problemas de coluna			
Não	10 (33,3)	11 (39,3)	
Sim	20 (66,7)	17 (60,7)	$\chi^2 = 0,2222$ $p = 0,637$
Dores articulares			
Não	11 (36,7)	12 (42,9)	
Sim	19 (63,3)	16 (57,1)	$\chi^2 = 0,2319$ $p = 0,630$
Asma ou bronquite			
Não	26 (86,7)	24 (85,7)	
Sim	4 (13,3)	4 (14,3)	$\chi^2 = 0,0110$ $p = 0,916$
Câncer			
Não	28 (93,3)	27 (96,4)	
Sim	2 (6,7)	1 (3,6)	$\chi^2 = 0,2829$ $p = 0,595$
MEDICAMENTOS			
Medicação regular (últimos 7 dias)			
Não	3 (10,0)	2 (7,1)	
Sim	27 (90,0)	26 (92,9)	$\chi^2 = 0,1501$ $p = 0,698$
Antidepressivo			
Não	22 (78,6)	15 (57,7)	
Sim	6 (21,4)	11 (42,3)	$\chi^2 = 2,7246$ $p = 0,099$
Anticonvulsivante			
Não	28 (100,0)	23 (88,5)	
Sim	0 (0,0)	3 (11,5)	$\chi^2 = 2,7246$ $p = 0,099$
Anti-hipertensivo			
Não	19(63,33)	13(46,43)	
Sim	11(36,67)	15(53,57)	$\chi^2 = 1,1136$ $p = 0,291$
Benzodiazepínico			
Não	26 (92,9)	24 (92,3)	
Sim	2 (7,1)	2 (7,7)	$\chi^2 = 0,0059$ $p = 0,939$
Betabloqueador			
Não	28 (100,0)	23 (88,5)	
Sim	0 (0,0)	3 (11,5)	$\chi^2 = 3,4208$ $p = 0,064$
Ansiolítico			
Não	25 (89,3)	25 (96,2)	
Sim	3 (10,7)	1 (3,8)	$\chi^2 = 0,9272$ $p = 0,336$
Hormônio tireoidiano			
Não	22 (78,6)	21 (80,8)	
Sim	6 (21,4)	5 (19,2)	$\chi^2 = 0,0401$ $p = 0,841$
Corticoide			
Não	27 (6,4)	26 (100)	
Sim	1 (3,6)	0 (0,0)	$\chi^2 = 0,9461$ $p = 0,331$

Reposição hormonal			
Não	25 (89,3)	24 (92,3)	$\chi^2 = 0,1465$ $p=0,702$
Sim	3 (10,7)	2 (7,7)	
Consulta médica (últimos 12 meses)			
Não	2 (6,7)	1 (3,6)	$\chi^2 = 0,2829$ $p=0,595$
Sim	28 (93,3)	27 (96,4)	
ATO DE CUIDAR			
Grau de parentesco			
Esposa	5 (16,7)	6 (21,4)	$\chi^2 = 0,318$ $p=0,853$
Filha(o)	22 (73,3)	20 (71,4)	
Outros	3 (10,0)	2 (7,1)	
Tempo diário na função de cuidador			
< 24 horas	13 (43,3)	16 (57,1)	$\chi^2 = 1,1048$ $p=0,215$
= 24 horas	17 (56,7)	12 (42,9)	
Tempo na função de cuidador			
< 60 meses	20 (66,7)	12 (42,9)	$\chi^2 = 3,3196$ $p=0,059^*$
≥ 60 meses	10 (33,3)	16 (57,1)	
Tempo de diagnóstico da demência			
< 60 meses	18 (60,0)	11 (39,3)	$\chi^2 = 2,4857$ $p = 0,094$
≥ 60 meses	12 (40,0)	17 (60,7)	
Escala de Pfeiffer			
< 30 (parcialmente dependente)	19 (63,3)	12 (42,9)	$\chi^2 = 2,4405$ $p = 0,097$
= 30 (totalmente dependente)	11 (36,7)	16 (57,1)	
Transtornos mentais comuns			
≤ 7	13 (43,3)	18 (64,3)	$\chi^2 = 2,5553$ $p = 0,091$
> 7	17 (56,7)	10 (35,7)	
Queixa de memória (PRMQ)			
<20	9 (30,0)	9 (32,1)	$\chi^2 = 0,0311$ $p = 0,542$
>21	21 (70,0)	19 (67,9)	

* = $p < 0,05$

Para a sobrecarga (Zarit), o modelo final conteve as variáveis: ocupação, esporte, religião e tempo na função de cuidador (tabela 2)

Tabela 2 – Resultado da análise de regressão logística múltipla das características associadas à sobrecarga das cuidadoras.

<i>Escala de Sobrecarga Zarit</i>	<i>Estimativa do Risco (OR)*</i>	<i>Valor de p</i>	<i>Intervalo de Confiança (95%)</i>
Trabalhar fora	0,19	0,014	0,05 - 0,71
Prática de esporte(sim)	5,92	0,010	1,53 - 22,91
Ter religião (sim)	15,88	0,032	1,28 - 197,59
Tempo na função de cuidador (≥ 60 meses)	4,02	0,046	1,03 - 15,70

*Ajustado pelas variáveis ($p < 0,2$): ocupação, prática de esporte, ter religião, frequência a cultos, HAS, insuficiência renal, derrame cerebral, antidepressivo, anticonvulsivante, betabloqueador, tempo na função de cuidador, tempo de diagnóstico da demência, escala de Pfeiffer e transtornos mentais comuns

De acordo com a estimativa do risco foi possível observar que trabalhar fora foi um fator de proteção e que a prática de esporte, ter religião e um maior tempo na função de cuidador foram fatores de risco em relação à sobrecarga.

Vinte e sete (46,55%) cuidadoras apresentaram ansiedade/depressão. Houve uma associação significativa entre esses transtornos mentais comuns e queixas de dores nas costas ($\chi^2 = 4,27$ $p = 0,035$), uso de benzodiazepínicos ($\chi^2 = 4,65$ $p = 0,047$) e tendência à significância para ser cuidadora filha ($\chi^2 = 5,66$ $p = 0,059$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Resultado da análise bivariada entre os transtornos mentais comuns e as variáveis independentes do estudo.

Variáveis	Transtornos mentais comuns		Valor do qui-quadrado (χ^2) e de p
	AUSENTES 31(53,45%)	PRESENTES 27(46,55%)	
Idade			
<60 anos	22 (71,0)	15 (55,6)	$\chi^2 = 1,4841$ $p = 0,173$
≥60 anos	9 (29,0)	12 (44,4)	

Grau de Instrução				
Até 2º grau completo	9 (29,0)	4 (14,8)		
2º grau completo	9 (29,1)	9 (33,3)		
Ensino Superior	13 (41,9)	14 (51,9)	$\chi^2=1,6923$	$p=0,429$
Situação Conjugal				
Com cônjuge	14 (45,2)	15 (55,6)		
Sem cônjuge	17 (54,8)	12 (44,4)	$\chi^2=0,6237$	$p=0,430$
Ocupação				
Aposentado	17 (54,8)	14 (51,9)		
Trabalhar fora	14 (45,2)	13 (48,1)	$\chi^2=0,0517$	$p=0,820$
Lazer				
Não	5 (16,1)	7 (25,9)		
Sim	26 (83,9)	20 (74,1)	$\chi^2=0,8441$	$p=0,276$
Prática de esporte				
Não	11 (35,5)	16 (59,3)		
Sim	20 (64,5)	11 (40,7)	$\chi^2=2,3507$	$p=0,061$
Média de horas de sono por noite				
≥ 8 horas	12 (38,7)	9 (33,3)		
< 8 horas	19 (61,3)	18 (66,7)	$\chi^2=0,1806$	$p=0,671$
Horas de sono/noite na última semana				
≥ 8 horas	9 (29,0)	9 (33,3)		
< 8 horas	22 (71,0)	18 (66,7)	$\chi^2=0,0311$	$p=0,860$
Fuma atualmente				
Não fuma	20 (64,5)	15 (55,6)		
Já fumou, mas não fuma	9 (29,0)	11 (40,7)		
Fuma atualmente	2 (6,5)	1 (3,7)	$\chi^2=0,9764$	$p=0,614$
Consumo atual de bebida alcoólica				
Não bebe	12 (38,7)	6 (22,2)		
Já bebeu, mas não bebe	7 (22,6)	4 (14,8)		
Bebe atualmente	12 (38,7)	17 (63,0)	$\chi^2=2,6415$	$p=0,181$
Ter religião				
Não	3 (9,7)	5 (18,5)		
Sim	28 (90,3)	22 (81,5)	$\chi^2=0,9486$	$p=0,277$
Frequência a cultos				
Não	5 (16,1)	6 (22,2)		
Sim	26 (83,9)	21 (77,8)	$\chi^2=0,5145$	$p=0,398$
DOENÇAS				
HAS				
Não	19 (61,3)	13 (48,1)		
Sim	12 (38,7)	14 (51,9)	$\chi^2=1,0078$	$p=0,315$
Diabetes				
Não	30 (96,8)	24 (88,9)		
Sim	1 (3,2)	3 (11,1)	$\chi^2=1,3975$	$p=0,255$

Insuficiência Renal			
Não	29 (93,5)	24 (88,9)	
Sim	2 (6,5)	3 (11,1)	$\chi^2=0,3977$ $p=0,433$
Anemia			
Não	23 (74,2)	17 (63,0)	
Sim	8 (25,8)	10 (37,0)	$\chi^2=0,8504$ $p=0,262$
Insuficiência Cardíaca			
Não	28 (90,3)	25 (92,6)	
Sim	3 (9,7)	2 (7,4)	$\chi^2=0,0944$ $p=0,759$
Derrame Cerebral (AVC)			
Não	30 (96,8)	26 (96,3)	
Sim	1 (3,2)	1 (3,7)	$\chi^2=0,0099$ $p=0,921$
Colesterol Alto			
Não	15 (48,4)	13 (48,1)	
Sim	16 (51,6)	14 (51,9)	$\chi^2=0,0003$ $p=0,597$
Dores nas costas ou problemas de coluna			
Não	15 (48,4)	6 (22,2)	
Sim	16 (51,6)	21 (77,8)	$\chi^2=4,2773$ $p=0,035^*$
Dores articulares			
Não	13 (41,9)	10 (37,0)	
Sim	18 (58,1)	17 (63,0)	$\chi^2=0,1447$ $p=0,456$
Asma ou bronquite			
Não	27 (87,1)	23 (85,2)	
Sim	4 (12,9)	4 (14,8)	$\chi^2=0,0443$ $p=0,565$
Câncer			
Não	30 (96,8)	25 (92,6)	
Sim	1 (3,2)	2 (7,4)	$\chi^2=0,5145$ $p=0,447$
MEDICAMENTOS			
Medicação regular (últimos 7 dias)			
Não	3 (9,7)	2 (7,4)	
Sim	28 (90,3)	25 (92,6)	$\chi^2=0,0944$ $p=0,567$
Antidepressivo			
Não	21 (75,0)	16 (61,5)	
Sim	7 (25,0)	10 (38,5)	$\chi^2=1,1326$ $p=0,287$
Anti-hipertensivo			
Não	17 (60,7)	16 (61,5)	
Sim	11 (39,3)	10 - 38,5	$\chi^2=0,0039$ $p=0,951$
Anticonvulsivante			
Não	27 (96,4)	24 (92,3)	
Sim	1 (3,6)	2 (7,7)	$\chi^2=0,4363$ $p=0,472$

Benzodiazepínico			
Não	28 (100,0)	22 (84,6)	$\chi^2=4,6523$ $p=0,047^*$
Sim	0 (0,0)	4 (15,4)	
Betabloqueador			
Não	26 (92,9)	25 (96,2)	$\chi^2=0,2793$ $p=0,528$
Sim	2 (7,1)	1 (3,8)	
Ansiolítico			
Não	26 (92,9)	24 (92,3)	$\chi^2=0,0059$ $p=0,666$
Sim	2 (7,1)	2 (7,7)	
Hormônio tireoidiano			
Não	21 (75,0)	22 (84,6)	$\chi^2=0,7684$ $p=0,381$
Sim	7 (25,0)	4 (15,4)	
Corticoide			
Não	28 (100,0)	25 (96,2)	$\chi^2=1,0972$ $p=0,295$
Sim	0 (0,0)	1 (3,8)	
Reposição hormonal			
Não	25 (89,3)	24 (92,3)	$\chi^2=0,5145$ $p=0,536$
Sim	3 (10,7)	2 (7,7)	
Consulta médica (últimos 12 meses)			
Não	2 (6,5)	1 (3,7)	$\chi^2=0,2829$ $p=0,595$
Sim	29 (93,5)	26 (96,3)	
ATO DE CUIDAR			
Grau de parentesco			
Esposa	4 (12,9)	7 (25,9)	$\chi^2=5,6645$ $p=0,059^*$
Filha(o)	22 (71,0)	20 (74,1)	
Outros	5 (16,1)	0 (0,0)	
Tempo diário na função de cuidador			
< 24 horas	13 (41,9)	16 (59,3)	$\chi^2=1,7324$ $p=0,146$
=24 horas	18 (58,1)	11 (40,7)	
Tempo na função de cuidador			
< 60 meses	15 (48,4)	17 (63,0)	$\chi^2=1,2396$ $p=0,198$
≥ 60 meses	16 (51,6)	10 (37,0)	
Tempo de diagnóstico da demência			
< 60 meses	15 (48,4)	14 (51,9)	$\chi^2=0,871$ $p=0,500$
≥ 60 meses	16 (51,6)	13 (48,1)	
Grau de dependência na Escala Zarit			
Leve a moderada	18(58,1)	10(37,0)	$\chi^2=2,5553$ $p=0,110$
Moderada a Severa	13(41,9)	17(63,0)	

Escala de Pfeffer			
< 30 (parcialmente dependente)	15 (48,4)	16 (59,3)	$\chi^2=0,6856$ $p=0,287$
= 30 (totalmente dependente)	16 (51,6)	11 (40,7)	
Queixa de memória (PRMQ)			
<20	12 (38,7)	6 (22,2)	$\chi^2=1,832$ $p=0,142$
>21	19 (61,3)	21 (77,8)	

* = $p < 0,05$

O modelo final apresentou associação com esporte, dores nas costas e tempo na função de cuidador. Considerando a estimativa de risco, observou-se que a associação entre os transtornos mentais comuns e a prática de esporte e tempo na função de cuidador (integral ou não) das cuidadoras foi um fator de proteção (OR=0,2 e OR= 0,25, respectivamente), enquanto as dores nas costas foi um fator de risco (OR=4,24)(tabela 4).

Tabela 4 – Análise de regressão logística múltipla das características associadas aos transtornos mentais comuns

<i>Transtornos mentais comuns</i>	<i>Estimativa de risco (OR)*</i>	<i>Valor de p</i>	<i>Intervalo de Confiança (95%)</i>
Esporte (sim)	0,2	0,028	0,07 – 0,86
Dores nas costas (sim)	4,24	0,026	1,18 – 15,15
Tempo diário na função de cuidador (=24 hs)	0,25	0,037	0,70 – 0,92

*Ajustado pelas variáveis ($p < 0,2$): idade, prática de esporte, consumo de bebida alcoólica, dores nas costas, benzodiazepínicos, grau de parentesco, tempo diário na função de cuidador, tempo na função de cuidador, escala Zarit e queixa de memória

A maioria das cuidadoras, 40 (68,97%), apresentava queixas de memória. Foi observada uma associação da presença da queixa ao uso de antidepressivo ($p = 0,034$), em que 40,5% das usuárias apresentaram mais queixas subjetivas de memória. As participantes que alegaram ter religião apresentaram maior

frequência de queixas de memória ($\chi^2 = 4,1760$ $p = 0,041$), assim como ir à missa ($\chi^2 = 6,1085$ $p = 0,013$) (Tabela 5). Após ajuste pelas variáveis ($p < 0,2$), como ter religião, frequência a cultos, insuficiência renal, anemia, insuficiência cardíaca, uso de antidepressivo, corticoide, tempo diário na função de cuidador, transtornos mentais comuns e escala de Pfeffer, essas associações não mantiveram significância estatística no modelo final.

Tabela 5 – Resultado da análise bivariada entre as queixas de memória e as variáveis independentes do estudo.

Variáveis	Queixa de memória		Valor do qui-quadrado(χ^2) e de p
	MENOS FREQUENTE <20 18(31,03%)	MUITO FREQUENTE ≥ 20 40(68,97%)	
Idade			
<60 anos	12 (66,7)	25 (62,5)	$\chi^2=0,0933$ $p=0,760$
≥ 60 anos	6 (33,3)	15 (37,5)	
Grau de Instrução			
Até 2º grau completo	5 (27,8)	8 (20,0)	$\chi^2=0,7087$ $p=0,702$
2º grau completo	6 (33,3)	12 (30,0)	
Ensino Superior	7 (38,9)	20 (50,0)	
Situação Conjugal			
Com cônjuge	8 (44,4)	21(52,5)	$\chi^2=0,3222$ $p=0,570$
Sem cônjuge	10 (55,6)	19 (47,5)	
Ocupação			
Aposentado	11 (61,1)	20 (50,0)	$\chi^2=0,6160$ $p=0,433$
Trabalhar fora	7 (38,9)	20 (50,0)	
Lazer			
Não	4 (22,2)	8 (20,0)	$\chi^2=0,0374$ $p=0,84$
Sim	14 (77,8)	32 (80,0)	
Prática de esporte			
Não	8 (44,4)	19 (47,5)	$\chi^2=0,0015$ $p=0,969$
Sim	10 (55,6)	21 (52,5)	
Média de horas de sono por noite			
≥ 8 horas	8 (44,4)	13 (32,5)	$\chi^2=0,7668$ $p=0,381$
< 8 horas	10 (55,6)	27 (67,5)	

Horas de sono/noite na última semana			
≥ 8 horas	6 (33,3)	12 (30,0)	$\chi^2=0,0644$ $p=0,800$
< 8 horas	12 (66,7)	28 (70,0)	
Fuma atualmente			
Não fuma	9 (50,0)	26(65,0)	$\chi^2=1,2214$ $p=0,543$
Já fumou, mas não fuma	8 (44,4)	12(30,0)	
Fuma atualmente	1 (5,6)	2 (5,0)	
Consumo atual de bebida alcoólica			
Não bebe	5 (27,8)	13 (32,5)	$\chi^2=0,1349$ $p=0,935$
Já bebeu, mas não bebe	4 (22,2)	7 (17,5)	
Bebe atualmente	9 (50,0)	20 (50,0)	
Ter religião			
Não	0 (0,0)	8 (20,0)	$\chi^2=4,1760$ $p=0,041^*$
Sim	18 (100,0)	32 (80,0)	
Frequência a cultos			
Não	0 (0,0)	11 (27,5)	$\chi^2=6,1085$ $p=0,013^*$
Sim	18 (100,0)	29 (72,5)	
DOENÇAS			
HAS			
Não	9 (50,0)	23 (57,5)	$\chi^2=0,2823$ $p=0,595$
Sim	9 (50,0)	17 (42,5)	
Diabetes			
Não	16 (88,9)	38(95,0)	$\chi^2=0,7220$ $p=0,395$
Sim	2 (11,1)	2 (5,0)	
Insuficiência Renal			
Não	18 (100,0)	35 (87,5)	$\chi^2=2,4623$ $p=0,117$
Sim	0 (0,0)	5 (12,5)	
Anemia			
Não	15 (83,3)	25 (62,5)	$\chi^2=2,5174$ $p=0,110$
Sim	3 (16,7)	15 (37,5)	
Insuficiência Cardíaca			
Não	15 (83,3)	38 (95,0)	$\chi^2=2,1449$ $p=0,143$
Sim	3 (16,7)	2 (5,0)	
Derrame Cerebral (AVC)			
Não	18 (100,0)	38 (95,0)	$\chi^2=0,9321$ $p=0,334$
Sim	0 (0,0)	2 (5,0)	
Colesterol Alto			
Não	9 (50,0)	19 (47,5)	$\chi^2=0,0311$ $p=0,860$
Sim	9 (50,0)	21 (52,5)	

Dores nas costas ou problemas de coluna			
Não	7 (38,9)	14 (35,0)	
Sim	11 (61,1)	26 (65,0)	$\chi^2=0,0813$ $p=0,776$
Dores articulares			
Não	8 (44,4)	15 (37,5)	
Sim	10 (55,6)	25 (62,5)	$\chi^2=0,2502$ $p=0,617$
Asma ou bronquite			
Não	15 (83,3)	35 (87,5)	
Sim	3 (16,7)	5 (12,5)	$\chi^2=0,1812$ $p=0,670$
Câncer			
Não	18 (100,0)	37 (92,5)	
Sim	0 (0,0)	3 (7,5)	$\chi^2=1,4236$ $p=0,233$
MEDICAMENTOS			
Medicação regular (últimos 7 dias)			
Não	1 (5,6)	4 (10,0)	
Sim	17 (94,4)	36 (90,0)	$\chi^2=0,3113$ $p=0,577$
Antidepressivo			
Não	15 (88,2)	22 (59,5)	
Sim	2 (11,8)	15 (40,5)	$\chi^2=4,4715$ $p=0,034^*$
Anti-hipertensivo			
Não	8 (47,1)	25 (67,6)	
Sim	9 (52,9)	12 (32,4)	$\chi^2=0,6160$ $p=0,433$
Anticonvulsivante			
Não	17 (100,0)	34 (91,9)	
Sim	0 (0,0)	3 (8,1)	$\chi^2=1,4595$ $p=0,227$
Benzodiazepínico			
Não	16 (94,1)	34 (91,9)	
Sim	1 (5,9)	3 (8,1)	$\chi^2=0,0841$ $p=0,772$
Betabloqueador			
Não	17 (100,0)	34 (91,9)	
Sim	0 (0,0)	3 (8,1)	$\chi^2=1,4595$ $p=0,227$
Ansiolítico			
Não	16 (94,1)	34 (91,9)	
Sim	1 (5,9)	3 (8,1)	$\chi^2=0,841$ $p=0,772$
Hormônio tireoidiano			
Não	12 (70,6)	31 (83,8)	
Sim	5 (29,4)	6 (16,2)	$\chi^2=1,2504$ $p=0,263$

Corticoide			
Não	16 (94,1)	37(100,0)	
Sim	1 (5,9)	0(0,0)	$\chi^2=2,2175$ $p=0,136$
Reposição Hormonal			
Não	15 (88,2)	34 (91,9)	
Sim	2 (11,8)	3 (8,1)	$\chi^2=0,1854$ $p=0,667$
Consulta médica (últimos 12 meses)			
Não	0(0,0)	3 (7,5)	
Sim	18 (100,0)	37 (92,5)	$\chi^2= 0,2820$ $p=0,595$
ATO DE CUIDAR			
Grau de parentesco			
Esposa	5 (27,8)	6 (15,0)	
Filha(o)	11 (61,1)	31 (77,5)	
Outros	2 (11,1)	3 (7,5)	$\chi^2=1,7169$ $p=0,424$
Tempo diário na função de cuidador			
< 24 horas	6 (33,3)	23 (57,5)	
= 24 horas	12 (66,7)	17 (42,5)	$\chi^2=2,9000$ $p=0,089$
Tempo na função de cuidador			
< 60 meses	9 (50,0)	23 (57,5)	
≥ 60 meses	9 (50,0)	17 (42,5)	$\chi^2=0,2823$ $p=0,595$
Tempo de diagnóstico da demência			
< 60 meses	8 (44,4)	21 (52,5)	
≥ 60 meses	10 (55,6)	19 (47,5)	$\chi^2=0,3222$ $p=0,570$
Transtornos mentais comuns			
≤ 7	12 (66,7)	19 (47,5)	
> 7	6 (33,3)	21 (52,5)	$\chi^2=1,8329$ $p=0,176$
Grau de sobrecarga na escala Zarit			
Leve a moderada	9 (50,0)	21 (52,5)	
Moderada a severa	9 (50,0)	19 (47,5)	$\chi^2=0,0311$ $p=0,860$
Escala de Pfeffer			
< 30 (parcialmente dependente)	12 (66,7)	19 (47,5)	
= 30 (totalmente dependente)	6 (33,3)	21 (52,5)	$\chi^2=1,8329$ $p=0,176$

* = $P < 0,05$

3.6 Discussão

Desde o começo do estudo, durante a coleta de dados, já foi possível vislumbrar o quanto o ato de cuidar exige das pessoas. Apesar de participarem de grupos de apoio, 26 pessoas não se dispuseram a conversar sobre suas tarefas como cuidadores. A maior proporção de aposentadas no estudo sugere a disponibilidade de tempo como variável interveniente das interpretações que podemos tirar deste estudo. Além disso, aqueles que estavam começando a frequentar o grupo de apoio poderiam se encontrar mais fragilizados com o diagnóstico recente da demência do familiar e com maior dificuldade para fazer parte da pesquisa.

Neste estudo, houve o predomínio de filhas adultas e com alta escolaridade. É unânime na literatura nacional e internacional a presença da mulher como cuidadora, geralmente esposa e filha^{5,12,14,20-24}. As mulheres, antigamente, não desempenhavam funções fora de casa, possibilitando sua maior disponibilidade para o cuidado da família e da casa. Alguns autores também encontraram a filha como principal cuidadora familiar nas suas pesquisas.^{9,21,25} Na vida familiar, existe uma hierarquia de rede de apoio: em primeiro lugar, vem a esposa e, em seguida, vêm os descendentes diretos, sendo a filha mais velha a candidata mais provável. Raramente, o cuidador é uma pessoa do gênero masculino, outro parente ou uma pessoa jovem, apesar de que, hoje, o homem tem se revelado nesse processo.⁸ Vale acrescentar que a sobrevida da mulher no Brasil é de mais de oito anos em relação ao homem.¹

Encontramos um maior percentual de filhas do que esposas, provavelmente por se tratar da população que participa de grupos de apoio. Em um estudo desenvolvido por Karsh (2003)⁵ no Município de São Paulo, em 102 domicílios de pessoas com mais de 50 anos pós-acidente vascular cerebral, observou que 92,9% dos cuidadores entrevistados eram do sexo feminino, a maior parte era formada por esposas (44,1%), seguida por filhas (31,3%). Karsh encontrou 59% das cuidadoras com idade acima de 50 anos e 41% com mais de 60 anos. Além disso, 39,3% das cuidadoras tinham entre 60 e 80 anos e cuidavam de 62,5% de pacientes da mesma faixa etária, o que mostra que pessoas idosas estão cuidando de idosos. Entretanto, outros estudos, assim como este, mostraram cuidadoras de idade mais jovem, provavelmente porque o ato de cuidar exige uma pessoa com boa condição de saúde ^{12,20,23,25}

A participação em grupos de apoio pode ter selecionado uma população de maior escolaridade, como observado em alguns trabalhos.^{12,21} Em estudos realizados em comunidade ou com cuidadores do Programa de Saúde da Família (PSF), a realidade é outra, com a maior parte dos cuidadores apresentando grau de instrução até o ensino fundamental. ^{6,22,25} Em relação às cuidadoras que possuíam nível superior, essa situação pode favorecer o cuidado prestado, pelo acesso às informações, principalmente em relação à administração de medicamentos.

As cuidadoras, neste estudo, dormiam menos de oito horas por noite. Apesar da necessidade de sono ser muito individual, distúrbios do sono são comuns entre cuidadores de pessoas com demência. Estimativas sugerem que existem

mais de 10 milhões de cuidadores, sendo que dois terços deles experimentam alguma forma de distúrbio do sono durante todo o processo de cuidar.²⁶ Um conjunto de fatores predisponentes e perpetuantes, como a presença do sono interrompido, sobrecarga, depressão do cuidador e saúde física comprometida, está associado às queixas de sono.²⁶ Em um estudo com os cuidadores familiares de pacientes dependentes no PSF, mais da metade dormia em média sete horas.²⁰

A prevalência das doenças auto-referidas, principalmente dores nas costas e articulares, colesterol alto e hipertensão arterial, e do uso de medicamentos para depressão e hipertensão foi observada nesta pesquisa. Algumas doenças provocam uma série de sinais e sintomas que podem interferir na avaliação do cuidador sobre sua vida e saúde.²⁰ Algumas cuidadoras justificam suas dificuldades do ato de cuidar pelo próprio envelhecimento ou por sua condição de saúde, com sintomas físicos e/ou psíquicos.²² Estudos nacionais relatam o predomínio do diagnóstico de hipertensão e do uso crônico de medicamentos, inclusive antidepressivos, hipnóticos e ansiolíticos, além de algum tipo de dor ou doença.^{20,22} Um estudo sobre o suporte domiciliar aos adultos com perda de independência e o perfil do cuidador observou uma maior prevalência de dores lombares (40,7%), depressão (39,0%), artrite e reumatismo (37,3%), problemas cardíacos (10,2%) e diabetes (5,1%).²⁷

Em relação aos serviços de saúde, foi observado que 59 cuidadores procuraram pelos atendimentos de saúde, o que foi um dado positivo, pois os familiares tendem a deixar de lado a própria saúde para cuidar do paciente.

Poucos relatam qualquer tipo de doença, mas todos expressam cansaço, estresse e necessidade de algum tempo para si mesmos.²³ Em contrapartida, Garrido e Menezes¹² (2004) observaram em um estudo que, clinicamente, a maioria dos cuidadores apresentou saúde física excelente ou boa.

A Escala de Sobrecarga de Zarit utilizada obteve *Alpha de Cronbach de 0,72*, representando um índice de valor moderado referente à consistência interna da escala para essa amostra, e inferior ao valor apresentado em estudos maiores com populações de cuidadores de idosos com depressão e participantes do PSF por Scazufca¹⁴(2002) e por Amêndola²⁰(2008), com valores do *Alpha de Cronbach de 0,87 e 0,86*, respectivamente.

Considerando as análises das perguntas inseridas na Escala de Sobrecarga de Zarit, seguido de suas frequências, foi possível observar que quanto às respostas “*nunca se sentem sobrecarregados*”, encontrou-se uma frequência maior de respostas (> 50% na tabela) dos cuidadores em relação a sentir-se envergonhado com o comportamento do idoso, sentir-se irritado quando está junto com seu familiar, não sentir vontade de receber visitas em casa, achar que não vai ser capaz de cuidar do seu familiar por muito tempo, e não querer entregar o cuidado do seu familiar a outra pessoa. Já em relação a uma maior sobrecarga (> 30% na tabela), quando os cuidadores responderam que “*quase sempre se sentem sobrecarregados*”, observou-se uma relação com situações como: sentir que o idoso depende do cuidador, sentir receio pelo futuro que aguarda do familiar, não dispor de dinheiro suficiente para cuidar do familiar, e ser a única pessoa com quem o familiar pode contar. Em relação à frequência

com que *se sentiram sobrecarregados ao ter que cuidar do familiar*, muitos cuidadores (48,3%) responderam às vezes (anexo 6).

Luzardo et al² (2006), em um estudo, observaram que, em relação às respostas “nunca se sentem sobrecarregados”, 58,3% dos cuidadores relataram que seus familiares nunca pediam ajuda além do necessário, 80,6% dos cuidadores relataram nunca se sentirem envergonhados, 61,1% ficavam irritados ou tensos quando o familiar estava por perto, e 61% sentiam que o idoso não afetava negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos. Adicionalmente, 63,9% dos cuidadores relataram que nunca se sentiam pouco à vontade para receber visitas em casa, 47,2% afirmaram que nunca sentiram que não tinham privacidade com o seu familiar dementado, e 5,6% dos cuidadores nunca se sentiram incapazes de cuidar do seu familiar por muito mais tempo. Em relação à resposta “sempre se sente sobrecarregado”, 75% dos cuidadores relataram que seus familiares sempre dependiam deles, e que sentiam que o idoso esperava ser sempre cuidado por eles, como se o cuidador fosse a única pessoa com que ele pudesse contar. Quando questionados sobre a frequência com que, “de maneira geral, se sentiram sobrecarregados por cuidar do dementado”, os cuidadores dividiram-se entre os extremos da escala: 21 (42,8%) responderam “nunca ou raramente” e 19 (38,7%) “frequentemente ou sempre”.

Esse estudo não encontrou relatos de sobrecarga severa, apenas leve e moderada, provavelmente porque pessoas muito sobrecarregadas não

participam de grupos de apoio. Esses valores foram observados em categorias de sobrecarga associadas às características dos cuidadores, em estudos de Amendola et al ²⁰ e Luzardo et al ², com 66 cuidadores participantes do PSF e com 36 em um serviço de neurogeriatria, respectivamente.

A chance das cuidadoras aposentadas terem sobrecarga moderada é maior do que nas cuidadoras que trabalhavam fora, pois, apesar da idade, elas são consideradas como pessoas mais disponíveis, estando mais “aptas” para cuidar do familiar dementado, que geralmente é o cônjuge ou um dos pais. Além da maior idade, a sobrecarga tende a se tornar maior diante do despreparo para desempenhar novos papéis e da falta de informação sobre como entender e enfrentar a doença, e também pela falta de ajuda de outras pessoas, pelas condições financeiras e pela execução das tarefas numa fase em que os aposentados estão querendo desfrutar mais da vida. Por outro lado, em um estudo, o ato de cuidar é considerado por algumas cuidadoras como uma “missão”, “destino”, algo que deve ser desempenhado individualmente, então elas acabam não compartilhando os cuidados com outros familiares, gerando a sobrecarga.⁶

Houve uma associação significativa entre a prática de esportes e a sobrecarga, em que aqueles que praticavam mais esporte apresentavam maior sobrecarga, dado contrário ao da literatura, pois é sabido que o lazer e a prática de esportes são atividades que contribuem para a nossa saúde física e mental.²⁹ Devido ao desenho transversal, podemos observar o efeito de causalidade reversa, ou seja, por se tratar de uma população com alta escolaridade e

acesso, as cuidadoras com maior sobrecarga foram as que procuraram, no esporte, uma válvula de escape para as suas atividades de cuidar.

As pessoas que apresentaram sobrecarga moderada podem ter a religião como uma forma de enfrentamento, a fim de dar conta dessa nova fase de vida como cuidadoras. A fé pode ser um atributo necessário, que proporciona apoio e alívio nas tensões, encorajando, dando apoio e esperanças. Artigos internacionais consideram importante o suporte familiar e a religiosidade para diminuir o estresse e os sintomas de depressão dos cuidadores, e melhorar a autoestima, o autocuidado e a consequente preservação da saúde mental dos mesmos.^{30,31} Um estudo verificou que os cuidadores aumentaram sua participação em atividades religiosas para se aproximarem de outras pessoas com valores semelhantes e aceitarem o cotidiano e os sentimentos que afloram.³² Esses sentimentos podem ser ambíguos, do tipo positivo, como amor, consideração e carinho, e/ou negativo, como insegurança, raiva, culpa, solidão, medo e compaixão.

Quanto à tarefa de cuidar, foi possível observar que as participantes da pesquisa que tinham uma tendência a um maior tempo na função de cuidadora (≥ 60 meses) apresentaram mais chance de ter sobrecarga moderada. Em um estudo com 25 octogenários e seus respectivos cuidadores sobre a qualidade de vida, o tempo médio como cuidador foi de dois anos e oito meses.²¹ Cassis et al, em seu estudo, observaram que o tempo de cuidado teve uma média de dois anos e três meses, e que o tempo de evolução da doença foi de dois anos

e meio, sugerindo que o aumento no impacto emocional é proporcional ao tempo de evolução da doença e ao tempo de convívio.²⁸

A não associação da sobrecarga ao grau de dependência do idoso, a transtornos mentais comuns e a queixas de memória, nos leva a refletir que apesar dos idosos serem altamente dependentes, os cuidadores tinham apoio de outros familiares, cuidavam, na medida do possível, da saúde, faziam uso de medicamentos, como também freqüentavam os grupos de apoio.

Os transtornos mentais foram frequentemente relatados, assim como o uso de ansiolíticos e antidepressivos. A escala utilizada (SRQ) revelou um bom grau de fidelidade, apesar de menor que o encontrado em outro estudo ($\alpha = 0,62$ x $\alpha = 0,80$),¹⁶

As associações relevantes foram dores nas costas, esporte e tempo de cuidado diário. Aquelas que apresentaram dores nas costas tiveram mais chance de ter transtornos mentais comuns. De acordo com Goldenberg (2003)³³, a dor nas costas está diretamente relacionada a uma série de fatores como: idade, sexo, tabagismo, erros posturais do dia-a-dia, sedentarismo, obesidade, hereditariedade e, principalmente, depressão. Se mais de 80% da população brasileira sofre de dores nas costas, podemos dizer que mais de 70% das pessoas com quadro de depressão têm o mesmo problema.

A prática de esporte apresentou uma associação com os transtornos mentais comuns, em que aqueles que não praticavam esportes apresentaram mais

chance de ter transtornos mentais comuns, o que é esperado, pois pessoas que praticam esporte tendem a apresentar menos problemas emocionais. Matsudo & Matsudo (2000)³⁴ apontam como aspectos positivos da atividade física: a melhora do autoconceito, da autoestima e da imagem corporal; a diminuição do estresse e da ansiedade; a melhora da tensão muscular e do sono; a diminuição do consumo de medicamentos; e a melhora das funções cognitivas e da socialização. Além disso, o exercício físico também induz a liberação de neurotransmissores, como a serotonina, noradrenalina e a dopamina, que auxiliam na redução do estresse, ansiedade e depressão.²⁸

As cuidadoras que cuidavam parcialmente (<24 horas) apresentaram maior chance de ter transtornos mentais comuns. Em um estudo que busca avaliar o impacto subjetivo da doença de Alzheimer na vida de 29 cuidadores primários, observou que a maioria afirmou dedicar de 19 a 24 horas por dia aos cuidados.²³ Em outra pesquisa qualitativa com 14 familiares, 10 cuidadores afirmaram que a carga horária diária era acima de 12 horas, e que alguns membros da família se sentem abatidos pela demanda nas 24 horas de cuidados diários, podendo levar até ao rompimento de suas atividades como cuidadores.³⁵

Foi também observada uma grande frequência de queixas de memória, com apenas uma associação significativa ao uso de antidepressivos. O instrumento de aferição da memória apresentou uma boa confiabilidade interna ($\alpha=0,74$), semelhante à literatura.¹⁰ O uso de medicamentos de ação central, como os

anti-hipertensivos e os antidepressivos, podem causar sintomas depressivos e queixas de memória, devido à dificuldade de atenção.²⁸ Um estudo relatou que as queixas de memória estão associadas à memória em idosos e, principalmente, em adultos jovens, devido à depressão e à ansiedade.¹¹

3.7 Conclusão

O estudo de cuidadoras que frequentam grupos de apoio mostrou uma maior participação de filhas adultas e de alta escolaridade, com menores graus de sobrecarga, mas com presença de co-morbidades, uso de medicamentos, grande frequência de transtornos mentais comuns e queixas de memória.

O fato das cuidadoras terem uma vida ativa e não serem cuidadoras únicas, assim como a participação em grupos de apoio, pode ter contribuído para minimizar essa sobrecarga. Essa participação deve ser incentivada, pois os cuidadores têm no grupo de apoio um suporte social, no sentido de aprender mais sobre a doença e como conviver melhor com o familiar, de compartilhar sentimentos e experiências e de conscientizar-se da importância de se cuidar para cuidar bem do outro, se adaptando melhor à função de cuidador.

Diante disso, faz-se necessário o apoio a esses indivíduos, por meio de programas de atendimento domiciliar, serviços de cuidador substituto para aliviar a sobrecarga, mais informações, orientações, encaminhamento e apoio dos profissionais da área da saúde.

Considerando os quadros ansiosos e depressivos que comprometem a cognição, essas queixas de memória merecem atenção, sugerindo que esses sintomas devem ser investigados e tratados.

3.8 Referências Bibliográficas

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico,2010. Rio de Janeiro <http://www.ibge.gov.br>
2. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APSS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm.* 2006 out-dez;15(4):587-94.
3. Lima-Costa MF, Guerra HL, Barreto MS, Guimarães RM. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS 2000 jan-mar; 9(1):23-41.*
4. Resende MCF, Dias EC. Cuidadores de Idosos: um novo/velho trabalho *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 2008;18(4):785-800.
5. Karch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 2003 mai-jun;19(3): p.861-866.
6. Caldeira APS, Ribeiro RCHM. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arq. Ciênc Saúde* 2004 abr-jun;11(2):2-6.
7. O'Brien J. Caring for caregivers. *American Academy of Family Physicians*, 2000 December Disponível em URL:<<http://www.aafp.org/afp/AFPprinter/20001215/editorials.html>>
8. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*: 2004.6(2) : p.254-271. Disponível em URL: <[http:// www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)>
9. Aguglia E, Onor ML, Trevisiol M, Negro C, Saina M, Maso E. Stress in the caregivers of Alzheimer's patients: an experimental investigation in Italy. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias.* 2004 July-aug; v.19 (4):248-52.
10. Benites D. Auto-eficácia geral e auto-relato de falhas de memória prospectiva e retrospectiva em adultos e idosos. [Dissertação] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS, 2006.
11. Paulo DLV, Yassuda MS. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Rev.Psiq.Clin.* 2010; 37(1): 23-6.
12. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev.Saúde Pública* 2004;38(6):835-41.

13. Palma KAXA. Efeitos do envelhecimento e do estresse crônico sobre a memória declarativa. [Tese]. PUCRS Porto Alegre (RS); 2004.
14. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illness. *Rev Bras Psiquiatr*, 2002; 24(1):12-7.
15. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *British Journal of Psychiatry*, 1986; 148: p. 23-26.
16. Santos KOB, Araújo TM, Oliveira NF. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em população urbana. *Cad. Saúde Pública*, 2009 jan; 25(1):214-222.
17. Aquino et al. Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto, ELSA BRASIL 2011. Disponível em URL: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/decit_10anos.pdf>
18. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Jr. MA, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*. 1982; 37(3):p.323-329.
19. Argimon JM, Limon E, Vila J, Cabezas C. Health-related quality of life in caregivers of patients with dementia. *Family Practice*, 2004 Aug; 21(4):454-7.
20. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família, 2008 Abr-Jun; 17(2):266-72.
21. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto contexto enferm*, 2008, abr-jun; 17(2):350-7.
22. Giacomini KC, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fenômenos associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad. Saúde Pública* 2005 jan-fev; 21(1):80-91.
23. Lemos ND, Gazzola JM, Ramos LR. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde e Sociedade* 2006 set-dez ; 15(3), p.170-179.
24. Etters L, Goodall, D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008: 423-428.

25. Nakatani AYK, Souto CCS, Paulette L M, Melo TS, Souza MM. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2003; 5(1):15-20. Disponível em URL:<<http://www.fen.ufg.br/revista>>
26. McCurry SM, Logsdon RG, Teri L, Vitiello MV. Sleep disturbances in caregivers of persons with dementia: contributing factors and treatment implications. *Sleep Med Rev.*2007, April; 11(2): 143-153
27. Karsh UMS (org.). Envelhecendo com dependência: revelando cuidadores. São Paulo:EDUC;1998.
28. Stella F, Gobbi S, Corazza DI, Costa JLR . Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*,2002, ago/dez; 8(3): pp.91-9.
29. Zunzunegui M-V Béland F, Liácer A, Keller I. Family, religion, and depressive symptoms in caregivers of disabled elderly. *J Epidemiology Community Health*,1999 ;53:p 364-369.
30. Murray-Swank AB, Lucksted, A, Medoff DR, Yang Y, Wohlheiter K, Dixon LB. Religiosity, psychosocial adjustment and subjective burden of persons who care for those with mental illness. *Psychiatric services*, 2006 march; 57(3):361-365
31. Travençolo CF, Karsh UMS. Qualidade de vida de um grupo de cuidadores familiares de portadores de doença de Alzheimer. *Revista Kairós*. 2004 dez.; 7(2): p.241-258.
32. Cassis SVA, Karnakis T, Moraes TA, Curiati JAE, Quadrante ACR, Magaldi RM. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. *Rev. Assoc. Médica Bras* 2007.53(6):497-501.
33. Goldenberg E. Dor nas costas: uma auto-avaliação pode ajudar muito [citado em 10/01/2006] Disponível em URL:<<http://www.hospitalar.com/opiniao/opiniao1180.html>>.
34. Matsudo SM, Matsudo VKR, Neto TLB. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2000;5(2):p.60-76.
35. Santos SSC, Pelzer MT, Rodrigues MCTR. Condições de enfrentamento dos familiares de cuidadores idosos portadores de doença de Alzheimer, *RBCEH*,2007 jul-dez v.4(2):p.114-126.

4.0 Considerações Finais

Apesar das limitações quanto ao tamanho da amostra e das perdas, o presente estudo tentou trazer alguma contribuição sobre como cuidadores de pacientes com demência que participam dos grupos de apoio percebem a sobrecarga, os transtornos emocionais e as queixas de memória.

Muitas vezes, os cuidadores se tornam responsáveis pelo cuidado, sem qualquer treinamento prévio, tendo que aprender na prática diária. Esse desgaste físico e emocional do cuidador é uma realidade, mesmo ele tendo informações e orientações sobre a atividade de cuidar nos grupos de apoio, pois não podemos esquecer que, por traz desse cuidado, existe um laço afetivo e uma consanguinidade.

A atividade de cuidar de pacientes com demência com alto grau de dependência costuma gerar um aumento de sobrecarga no cuidador. Além disso, o cuidado diário ininterrupto por um longo período de tempo, mesmo com a ajuda de outras pessoas, contribuiu ainda para que os cuidadores apresentassem uma sobrecarga leve e desconfortos emocionais, como dormir mal, sentir-se nervosa, tensa, preocupada, ter dificuldades de pensar com clareza e depressão. A presença de co-morbidades, transtornos mentais comuns e o uso de medicamentos reforçam a necessidade de um trabalho preventivo, de orientação e tratamento para os cuidadoras familiares.

Por outro lado, o cuidar pode se tornar gratificante quando o cuidador vê que

sua prática tem contribuído para a melhora do idoso e, ao mesmo tempo, é reconhecido pela família. A gratificação e satisfação em cuidar podem estar associadas ao relacionamento prévio do cuidador com o idoso, na intenção de retribuir cuidados e carinhos recebidos no passado. Surgem sentimentos positivos, como sensações de prazer e conforto, quando o idoso se envolve no cuidar²⁷, ajudando os cuidadores a enfrentarem melhor a rotina do dia-a-dia, que é muitas vezes exaustiva, minimizando os sentimentos de depressão, sobrecarga e a piora da saúde.²⁸

A legislação e a sociedade atribuem a serviços públicos, a familiares e à comunidade a responsabilidade pelo cuidado ao idoso. É fundamental que os profissionais de saúde “assistam” os familiares, para que eles possam assumir com maior segurança os cuidados a serem prestados ao idoso; caso contrário, os familiares se tornarão os doentes, ficando impossibilitados de cuidar de seus entes queridos, o que irá gerar mais gastos para o sistema público de saúde.

Estudos longitudinais com um maior número de participantes são necessários para obterem-se dados mais significativos, principalmente em relação à evolução das queixas de memória associadas a exames objetivos, assim como para descobrir quais outras estratégias de enfrentamento são utilizadas pelas cuidadoras, além da religião, para auxiliá-las na tarefa do cuidar.

27) Moreira MD, Caldas CP. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. *Esc Anna Nery. R. Enferm.* 2007, set; 11(3): 520-5.

28) Travensolo CF, Karsh UMS. Qualidade de vida de um grupo de cuidadores familiares de portadores de doença de Alzheimer. *Revista Kairós.* 2004 dez.; 7(2): p.241-258.

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FREQUÊNCIA E REPERCUSSÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA

CONVIDAMOS SRº/SRª _____

PARA PARTICIPAR DE NOSSA PESQUISA

A SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda este termo. Este descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e riscos do estudo e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento.

O objetivo desta pesquisa é verificar por meio de entrevistas, até que ponto existe uma sobrecarga ao cuidar do idoso com demência e se esta sobrecarga interfere na memória do cuidador. Dizemos que uma pessoa tem sobrecarga quando ela apresenta **problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam significativamente a vida das pessoas que são responsáveis pelo idoso**. As informações obtidas poderão ajudar a melhorar a qualidade de vida dos cuidadores.

Esta pesquisa se propõe a caracterizar o nível de sobrecarga e das alterações de memória dos cuidadores e poderá contribuir para o estabelecimento de medidas de prevenção e de estratégias de reabilitação dos mesmos. Caso você concorde, **responderá a perguntas sobre sua vida, seus hábitos de vida, sua tarefa de cuidar e como ela afeta seu humor**.

Esta pesquisa poderá ter o benefício de detectar a presença de alterações de memória devido a uma maior sobrecarga no cuidar . Ao participar

você também estará nos ajudando a ter informações para que outros cuidadores sejam ajudados futuramente.

As informações serão mantidas em sigilo e estarão restritas à equipe responsável pelo projeto. A publicação dos resultados não terá nome ou qualquer possibilidade de identificação do participante da pesquisa.

A sua participação é voluntária e, portanto, você não receberá qualquer bem, quantia em dinheiro ou indenização por sua participação

Você pode recusar ou desistir de participar e isto não lhe trará penalidades, perda de benefícios ou interrupção de um tratamento médico que esteja fazendo

Você poderá solicitar qualquer esclarecimento antes e durante a pesquisa aos pesquisadores.

Durante a pesquisa, se você tiver qualquer dúvida ou apresentar qualquer problema, contate a Fonoaudióloga e Psicóloga Claudia Fernandes nos telefones 99771587 ou 32847761 ou a Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP): (31)3409-4592 e 3409-4027.

Termo de Aceitação (consentimento) de Sua Participação

Li e entendi as informações precedentes. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando o meu consentimento (aceitação) para participar da pesquisa, até que eu decida o contrário.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do participante _____

Assinatura do pesquisador _____

Anexo 2 – Folha de Adesão à Pesquisa

Nome: _____

Endereço: _____

E-mail: _____

Telefone residencial: () _____

Telefone celular: () _____

Se houver necessidade eu posso te acessar por e-mail? Sim () Não ()

Data nascimento (dia/mês/ano): ____/____/____

Idade (anos): _____

Sexo: Feminino [] Masculino []

Situação Conjugal: casado () solteiro () divorciado () viúvo ()

Ocupação: aposentado () ativo ()

Profissão: _____ **Atual ou anterior:** _____

Raça

O Censo Brasileiro (IBGE) usa os termos “preta”, “parda”, “branca”, “amarela”, e “indígena” para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder o Censo do IBGE hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça?:

Preta [1] Parda[2] Branca[3] Amarela[4] Indígena[5]

Qual seu grau de instrução?

[] Nunca frequentou escola

[] 1º grau incompleto ----- 02. Qual a última série cursada com aprovação? [] 1ª série [] 2ª série [] 3ª série [] 4ª série [] 5ª séri [] 6ª série

[] 7ª série

[] 1º grau completo [] 2º grau incompleto [] 2º grau completo []

Universitário incompleto [] Universitário completo [] Pós-graduação

Você teria disponibilidade para participar de uma pesquisa sobre a sobrecarga do cuidador de pacientes com demência e sua associação com a memória? () Sim () Não

Anexo 3- Entrevista com os Cuidadores

Obrigada por aceitar em participar desta pesquisa.

Como prefere ser chamado, senhor(a) ou você ?

Vamos conversar sobre o ato de cuidar

C1. Qual seu grau de parentesco com o idoso que você cuida?

esposa (o)____, filha (o)____, nora (genro)____, neta(o)_____ Outros:_____

C2. Há quanto tempo que você tem de conhecimento do diagnóstico da demência? _____

C3. Há quanto tempo está na função de cuidador? _____ meses; _____ anos; _____ dias

C4. Qual o tempo de cuidado diário: _____ horas

C5. Você geralmente cuida em qual turno? Manhã () Tarde () Noite ()

C6. Você cuida nos finais de semana? Sim () Não ()

C7. Você é o único cuidador? Sim () Não ()

Se não, quem? _____

C8. Há quanto tempo frequenta o Grupo de Apoio ?

_____ meses

Agora vamos conversar um pouco sobre sua saúde e hábitos de vida

Lazer e Atividade Física / Sono

L1. Você tem alguma atividade de lazer? Sim () Não ()

Se _____ sim, _____ o _____ que _____ gosta _____ de fazer? _____

L2. Em número de horas, qual seu tempo de descanso por semana

_____ horas

L3. Você pratica algum esporte? Sim () Não ()

Qual? _____

L4. Qual a sua média de sono por noite? _____ horas

L5. Na última semana, quantas horas por dia, em média, você dormiu? _____ horas

Fumo

F1. O(a) senhor(a) é ou já foi fumante, ou seja, já fumou pelo menos 100 cigarros (cinco maços de cigarros) ao longo da sua vida?

Não (**pular para a questão F7**)

Sim

F2. Com que idade o(a) senhor(a) começou a fumar?

l_l_l anos de idade

NÃO SABE/ NÃO QUER RESPONDER

F3. O (a) senhor (a) fuma cigarros atualmente?

Não -----> F4. Com que idade o(a) senhor(a) parou de fumar pela última vez?

l_l_l anos

NÃO SABE/ NÃO QUER RESPONDER

Sim (**pular para a questão F5**)

F5. Em geral, quantos cigarros por dia o(a) senhor(a) fuma (ou fumava)?

l_l_l cigarros (**Se menos de 1 cigarro marque 00**)

F6. AO TODO, durante quantos anos o(a) senhor(a) fumou ou fuma ?
(Desconte os períodos em que o(a) senhor(a) deixou de fumar)

l_l_l anos (**Se menos de 1 cigarro marque 00**)

NÃO SABE/ NÃO QUER RESPONDER

F7. O(a) senhor(a) convive com pessoas que fumam no mesmo ambiente (sala de trabalho, em casa, no automóvel)?

Sim -----> Onde? F8. Em casa? Sim Não

F9. No trabalho? Sim Não

F10.No automóvel? Sim Não

Não (**pule para a questão seguinte**)

Uso de Bebida Alcoólica

A1. Você já consumiu bebida alcoólica? () SIM () NÃO

Se não, esta parte do formulário está completa

A2. Que idade você tinha quando começou a consumir bebida alcoólica? _____

Idade em anos, melhor estimativa possível.

A3. Atualmente, você consome bebidas alcoólicas? () SIM () NÃO

Se sim, vá para a questão A7.

A4. Por quantos anos você consumiu/ingeriu bebidas alcoólicas, antes de parar de beber? _____

Resposta em anos, melhor estimativa, não contar períodos que ficou sem beber.

A5. No passado, quais os tipos de bebida alcoólica você consumia (fazia uso)?

Fazer lista com bebidas

A6. Qual era o número usual de drinques por semana, antes de você parar de beber? _____

Resposta em número de drinques por semana, incluindo os fins-de-semana.

A7. SE VOCÊ BEBE ATUALMENTE. Há quantos anos você bebe? (Não conte os anos em que você não bebeu) _____ Resposta em anos, melhor estimativa.

Drinques

1 drinque= 1 lata/garrafinha de cerveja (350ml)
1 copo de vinho (120-150ml)
1 dose de bebida destilada (whisky, cachaça, vodka, etc).

2 drinques= 1 garrafa de cerveja (620ml)
1 dose dupla de bebida destilada (whisky, cachaça, vodka, etc).

A8. Qual é o número usual de drinques por semana? _____

Resposta em número de *drinques* por semana, incluindo os fins-de-semana.

A9. Durante as últimas 24 horas, quantos drinques você bebeu? _____

Resposta em número de drinques.

A10. No último mês, qual foi o maior número de drinques que você tomou em um único dia? _____

Resposta em número de drinques.

Doenças

Alguma vez um médico lhe informou que o Senhor/você teve ou tem alguma das doenças abaixo?

(Eu vou ler para você)

- [S] [N] Pressão alta ou hipertensão arterial
- [S] [N] Diabetes (açúcar alto no sangue ou na urina)
- [S] [N] Insuficiência renal
- [S] [N] Anemia
- [S] [N] Insuficiência cardíaca (coração grande ou dilatado)
- [S] [N] Derrame cerebral
- [S] [N] Colesterol alto
- [S] [N] Dores nas costas ou problemas de coluna
- [S] [N] Dores nas juntas (artrose ou artrite, reumatismo)
- [S] [N] Asma/bronquite
- [S] [N] Cirrose
- [S] [N] Câncer

Medicações de uso até 1 semana antes da entrevista

M.1) O(a) senhor/você tomou alguma medicação de uso regular ou por qualquer outro motivo nos últimos 7 dias?

Considere também como remédio qualquer vitamina ou remédio natural

Sim () Não ()

Informações provenientes de: [] receita/prontuário
[] verbal do paciente

Medicamento	dose	Número x ao dia	Tempo de uso (meses)	Prescrito por médico

Utilização dos Serviços de Saúde

SS.1) Quando você está doente ou precisando de atendimento de saúde, você costuma procurar:

- Rede credenciada ao plano de saúde Sim () Não ()
- Hospital Universitário Sim () Não ()
- SUS Sim () Não ()
- Médico particular Sim () Não ()

SS.2) A qual hospital ou pronto-socorro você recorreria, em caso de uma urgência de saúde? _____

SS.3) Nos últimos 12 meses você consultou um médico? () Sim () Não

Quantas vezes você consultou um médico nos últimos 12 meses? _____ vezes

SS.4) Qual foi o serviço de saúde em que você foi atendido na última consulta que realizou nos últimos 12 meses?

(Eu vou ler os itens e o Senhor(a) você vai me dizer qual(is))

- () Posto ou centro de saúde
- () Consultório médico particular
- () Consultório médico do convênio/plano de saúde
- () Ambulatório ou consultório da universidade
- () Pronto socorro ou outro serviço de emergência

Religião

R.1) Atualmente, o(a) senhor(a) possui alguma religião ou culto?

- () Não () Sim

R.2) Nos ÚLTIMOS 12 MESES (sem contar com situações como casamento, batizado, ou enterro), o(a) senhor (a) compareceu a cultos, missas ou atividades da sua religião ou de outra religião?

Não

Sim -----> R.3) Com que frequência? (LER ALTERNATIVAS)

Mais de uma vez por semana

1 vez por semana

2 a 3 vezes por mês

Algumas vezes no ano

Uma vez no ano

Vou lhe apresentar um conjunto de itens e gostaria de saber quais existem em sua casa. Para cada item que o(a) senhor(a) responder sim, vou lhe perguntar a quantidade

POSSE DE BENS	NÃO	SIM (Quantos?)				
		1	2	3	4	+ de 4
Televisão em cores						
Vídeo-cassete / DVD						
Rádio (não considerar rádio de automóvel)						
Automóvel						
Máquina de lavar roupa						
Geladeira simples						
Geladeira duplex						
Freezer						
Computador (incluindo <i>notebook, laptop</i>)						
Acesso à Internet						
Linha de Telefone convencional fixo						
Telefone celular						
Aparelho de ar condicionado						

Entrevista ZARIT Burden Interview

A seguir encontra-se uma lista de perguntas, sobre como se sentem as pessoas que cuidam de outras pessoas. Eu vou ler cada pergunta e você deve me falar com que frequência elas ocorrem, de acordo com este cartão.

Lembre-se e pense na hora de responder, que não existem respostas corretas ou incorretas, somente a sua experiência.

0 = Nunca 1= raramente 2 = Às vezes 3= Com frequência 4 = Quase sempre

1) O Sr/Sra sente que seu familiar pede mais ajuda do que ele(ela) necessita?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

2) O Sr/Sra sente por causa do tempo que gasta com seu familiar é o motivo de não ter tempo suficiente para você mesmo(a)?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

3) O Sr/Sra se sente estressado(a) entre cuidar do seu familiar e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

4) O Sr/Sra se sente envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

5) O Sr/Sra se sente irritado(a) quando seu familiar está por perto?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

6) O Sr/Sra sente que seu familiar afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

7) O Sr/Sra sente receio pelo futuro do seu familiar?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

8) O Sr/Sra sente que seu familiar depende do Sr/Sra?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

9) O Sr/Sra se sente tenso(a) quando seu familiar está por perto?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

10) O Sr/Sra sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com seu familiar?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

11) O Sr/Sra sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa do seu familiar?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

12) O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque Sr/Sra está cuidando do seu familiar?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

13) O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa por causa do seu familiar?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

14) O Sr/Sra sente que seu familiar espera que Sr/Sra cuide dele/dela como se fosse a única pessoa de quem ele poderia depender?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

15) O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de seu familiar, somando-se as suas outras despesas?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

16) O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

17) O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença do seu familiar?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

18) O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse do seu familiar ?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

19) O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que deve fazer com seu familiar?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

20) O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por seu familiar?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

21) O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor do seu familiar ?

- 0 (nunca) 1(raramente) 2 (às vezes) 3(com frequência)
 4 (quase sempre)

22) De uma maneira geral , quanto Sr/Sra se sente sobrecarregado(a) por cuidar do seu familiar?

- 0 (nem um pouco) 1(um pouco) 2 (moderadamente) 3(muito)
 4 (extremamente)

Agora nós vamos conversar um pouco sobre o seu emocional

SRQ 20 - Self Report Questionnaire

PERGUNTAS	SIM	NÃO
1-Você tem dores de cabeça freqüentemente?		
2- Você tem falta de apetite?		
3- Você dorme mal?		
4- Assusta-se com facilidade?		
5- Tem tremores nas mãos?		
6-Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)?		
7- Você tem má digestão?		
8- Tem dificuldades de pensar com clareza?		
9- Tem se sentido triste ultimamente?		
10- Tem chorado mais do que costume?		
12- Tem dificuldades para tomar decisões?		
13- O seu trabalho lhe traz sofrimento?		
14-Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15- Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16- Sente-se inútil em sua vida?		
17- Tem pensado em de acabar com a vida?		
18-Sente-se cansado (a) o tempo todo?		
19- Você se cansa com facilidade?		
20- Você sente desconforto estomacal?		

Perguntas sobre o idoso (Escala de Pfeffer)

Gostaríamos de saber sobre a saúde do idoso que está sob seus cuidados. Quem é o idoso que está sob seus cuidados?_____

1. Ele (a) é capaz de lidar com as finanças, preencher cheques ou pagar contas?

0= Normal, ou nunca fez, mas poderia fazê-lo agora.

1= Nunca fez, mas poderia ter dificuldade agora.

2= Requer assistência.

3= Não é capaz..

2. Ele (a) é capaz de lidar com os negócios e distinguir apólices de seguro ou contratos?

0= Normal, ou nunca fez, mas poderia agora.

1= Nunca fez, mas poderia ter dificuldades agora.

2= Requer assistência.

3= Não é capaz.

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

0= Normal, ou nunca fez, mas poderia agora.

1= Nunca fez, mas poderia ter dificuldades agora.

2= Requer assistência.

3= Não é capaz.

4. Ele (a) é capaz de jogar algum tipo de jogo como cartas ou xadrez?

0= Normal, ou nunca fez, mas poderia agora.

1= Nunca fez, mas poderia ter dificuldades agora.

2= Requer assistência.

3= Não é capaz..

5. Ele (a) é capaz de esquentar água para o café e apagar o fogo?

0= Normal, ou nunca fez, mas poderia agora.

1= Nunca fez, mas poderia ter dificuldades agora.

2= Requer assistência.

3= Não é capaz..

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

0= Normal, ou nunca fez, mas poderia agora.

1= Nunca fez, mas poderia ter dificuldades agora.

2= Requer assistência.

3= Não é capaz..

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

0= Normal, ou nunca fez, mas poderia agora.

1= Nunca fez, mas poderia ter dificuldades agora.

2= Requer assistência.

3= Não é capaz..

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

0= Normal, ou nunca fez, mas poderia agora.

1= Nunca fez, mas poderia ter dificuldades agora.

2= Requer assistência.

3= Não é capaz..

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

0= Normal, ou nunca fez, mas poderia agora.

1= Nunca fez, mas poderia ter dificuldades agora.

2= Requer assistência.

3= Não é capaz..

10. Ele (a) é capaz de passear pelo bairro?

0= Normal, ou nunca fez, mas poderia agora.

1= Nunca fez, mas poderia ter dificuldades agora.

2= Requer assistência.

3= Não é capaz..

PRMQ-10 (versão em português)

Gostaríamos que você nos dissesse com que frequência ocorrem determinados tipos de falhas de memória com você.

	Quase Sempre	Freqüentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
1-Você decide fazer alguma coisa em alguns minutos e então se esquece de fazê-la?					
2-Você falha em reconhecer um lugar que você já tinha visitado antes?					
3-Você falha em fazer alguma coisa que você deveria fazer daqui a poucos minutos, mesmo que ela esteja lá na sua frente, como tomar um remédio ou apagar o fogo da chaleira?					
4-Você esquece alguma coisa que lhe foi contada alguns minutos antes?					
5-Você esquece de compromissos se não for lembrado por alguém ou por um lembrete, como um calendário ou agenda?					
6-Você falha em reconhecer um personagem em um programa no rádio ou de TV de uma cena para outra?					
7-Você falha ao lembrar de coisas que aconteceram com você nos últimos dias?					
8-Você pretende levar algo com você, antes de sair para a rua, mas minutos depois deixa o que queria levar para trás, mesmo que esteja na sua frente?					
9-Você esquece o que viu na televisão no dia anterior?					
10-Você falha em dar um recado ou um objeto que lhe pediram para entregar a um visitante?					

Escore geral (total) = _____

Anexo 4

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP****Parecer nº. ETIC 0611.0.203.000-09****Interessado(a): Profa. Valéria Maria de Azevedo Passos
Departamento de Clínica Médica
Faculdade de Medicina - UFMG****DECISÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 09 de março de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"A sobrecarga do cuidador de pacientes com demência e sua associação com a memória"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



**Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

Anexo 5

Proporção de respostas do questionário Pfeffer segundo pergunta e categoria da resposta

Pergunta	0	1	2	3
1. Ele (a) é capaz de lidar com as finanças, preencher cheques ou pagar contas?	3,4	1,7	3,4	91,4
2. Ele (a) é capaz de comprar roupas, comida, coisas para casa sozinho (a)?	1,7	5,2	1,7	91,4
3. Ele (a) é capaz de manusear seus próprios remédios?	5,2	1,7	10,3	82,8
4. Ele (a) é capaz de esquentar água para o café e apagar o fogo?	3,4	0,0	8,6	87,9
5. Ele (a) é capaz de preparar uma comida?	1,7	10,3	13,8	74,1
6. Ele (a) é capaz de manter-se em dia com as atualidades, com os acontecimentos da comunidade ou da vizinhança?	1,7	6,9	8,6	82,8
7. Ele (a) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio ou televisão, um jornal ou uma revista?	1,7	8,6	10,3	79,3
8. Ele (a) é capaz de lembrar-se de compromissos, acontecimentos familiares, feriados?	6,9	17,2	13,8	62,1
9. Ele (a) é capaz de passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	1,7	8,6	10,3	79,3
10- Ele (a) pode ser deixado(a) sozinho(a) de forma segura?	10,3	3,4	13,8	72,4
Total	3,8	6,4	9,5	80,3

Anexo 6

Proporção das respostas dadas para as questões do questionário Zarit

Questões do Zarit	nunca	raramente	às vezes	com frequência	quase sempre
1) O Sr/Sra sente que seu familiar pede mais ajuda do que ele(ela) necessita?	20,7	15,5	29,3	20,7	13,8
2) O Sr/Sra sente por causa do tempo que gasta com seu familiar é o motivo de não ter tempo suficiente para você mesmo(a)?	17,2	17,2	32,8	15,5	17,2
3) O Sr/Sra se sente estressado(a) entre cuidar do seu familiar e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	6,9	8,6	41,4	17,2	25,9
4) O Sr/Sra se sente envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?	86,2	5,2	6,9	1,7	0,0
5) O Sr/Sra se sente irritado(a) quando seu familiar está por perto?	50,0	17,2	29,3	3,4	0,0
6) O Sr/Sra sente que seu familiar afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	17,2	5,2	37,9	20,7	19,0
7) O Sr/Sra sente receio pelo futuro do seu familiar?	27,6	5,2	20,7	15,5	31,0
8) O Sr/Sra sente que seu familiar depende do Sr/Sra?	0,0	3,4	6,9	34,5	55,2
9) O Sr/Sra se sente tenso(a) quando seu familiar está por perto?	17,2	22,4	39,7	10,3	10,3
10) O Sr/Sra sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com seu familiar?	15,5	13,8	43,1	12,1	15,5
11) O Sr/Sra sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa do seu familiar?	19,0	13,8	29,3	22,4	15,5
12) O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque Sr/Sra está cuidando do seu familiar?	15,5	13,8	25,9	19,0	25,9

13) O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa por causa do seu familiar?	59,6	8,8	17,5	5,3	8,8
14) O Sr/Sra sente que seu familiar espera que Sr/Sra cuide dele/dela como se fosse a única pessoa de quem ele poderia depender?	3,4	13,8	6,9	27,6	48,3
15) O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de seu familiar, somando-se as suas outras despesas?	20,7	13,8	15,5	17,2	32,8
16) O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	51,7	15,5	15,5	10,3	6,9
17) O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença do seu familiar?	29,3	19,0	34,5	8,6	8,6
18) O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse do seu familiar ?	62,1	8,6	24,1	3,4	1,7
19) O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que deve fazer com seu familiar?	31,0	15,5	32,8	10,3	10,3
20) O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por seu familiar?	34,5	15,5	24,1	8,6	17,2
21) O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor do seu familiar ?	29,3	20,7	20,7	15,5	13,8
22) De uma maneira geral, quanto Sr/Sra se sente sobrecarregado(a) por cuidar do seu familiar?	5,2	8,6	48,3	25,9	12,1

