TALITA CRISTINA BARBOSA REZENDE

IMPACTO DO ATO DE CUIDAR NA VIDA DE CUIDADORES PRIMÁRIOS DE IDOSOS DEPENDENTES

CAMPINAS

Unicamp

2008

TALITA CRISTINA BARBOSA REZENDE

IMPACTO DO ATO DE CUIDAR NA VIDA DE CUIDADORES PRIMÁRIOS DE IDOSOS DEPENDENTES

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para Obtenção do título de Mestre em Clínica Médica, área de concentração Clínica Médica.

ORIENTADOR: PROF DR IBSEN BELLINI COIMBRA

CAMPINAS

Unicamp

2008

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

R339i

Rezende, Talita Cristina Barbosa
Impacto do ato de cuidar na vida de cuidadores primários de idosos dependentes / Talita Cristina Barbosa Rezende. Campinas, SP : [s.n.], 2008.

Orientador : Ibsen Bellini Coimbra
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Cuidadores. 2. Idosos. 3. Impacto Psicossocial. 4. Saúde da Familia. I. Coimbra, Ibsen Bellini. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : The impact of caring on primary caregivers of dependent elderly

Keywords:
- Caregivers
- Elderly
- Psychosocial Impact
- Family Health

Titulação: Mestre em Clínica Médica
Área de concentração: Clínica Médica

Banca examinadora:

Prof. Dr. Ibsen Bellini Coimbra
Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri
Profa. Dra. Maria Alice Amorim Garcia

Data da defesa: 22 - 04 - 2008

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Talita Cristina Barbosa Rezende

Orientador: Prof. Dr. Ibsen Bellini Coimbra

Membros:

1. Prof. Dr. Ibsen Bellini Coimbra
2. Profª. Drª. Anita Liberalesso Neri
3. Profª. Drª. Maria Alice Amorim Garcia

Curso de Pós-Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 22/04/2008

DEDICATÓRIA

A Deus que me inspirou, capacitou e sustentou: o meu amor e minha eterna gratidão.

"Porque Dele e por meio Dele e para Ele são todas as cousas. A Ele, pois, a glória eternamente. Amém."

Rm 11.36

AGRADECIMENTOS

Aos meus queridos pais Benedito e Zely, pelo incentivo e entusiasmo incansável.

À minha irmã Priscila e ao meu cunhado Reginaldo, pelo apoio incondicional, dedicação e companhia em cada etapa do desenvolvimento deste estudo.

Ao meu sobrinho Gabriel, por promover momentos alegres de descanso em sua companhia.

Ao querido Marcelo, pela solidariedade, apoio e pelas valiosas participações na confecção deste trabalho.

Às minhas amadas avós Benedita e Zenaide, pelas orações e apoio.

Ao Dr. Ibsen Bellini Coimbra, pela orientação e apoio fundamentais para realização deste trabalho.

À Dra. Arlete Maria Valente Coimbra, por partilhar seus conhecimentos, bem como pela atenção e paciência dispensadas.

À querida Tuca, pela dedicação constante e pelo auxílio durante todo meu trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Amparo, por facilitar minha inserção no campo e permitir a realização deste trabalho.

Aos amigos do Programa de Saúde da Família (UNICAMP), pelo carinho e incentivo nesta nova etapa.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste árduo trabalho.

SUMÁRIO

PÁG.

RESUMO..... *xiii*

ABSTRACT..... *xv*

1- INTRODUÇÃO..... 17

1.1- Cuidador..... 23

1.2- Idoso Dependente..... 26

2- OBJETIVOS..... 29

2.1- Objetivo Primário..... 30

2.2- Objetivos Secundários..... 30

3- MATERIAL E MÉTODOS 31

3.1- Descrição da Amostra..... 32

3.2- Caracterização do Município de Amparo..... 34

3.3- Critérios de Inclusão..... 35

3.4- Critérios de Exclusão..... 35

3.5- Protocolos de Investigação..... 35

3.5.1- Questionário Sócio-Demográfico..... 36

3.5.2- História de Saúde..... 36

3.5.3- Caregiver Burden Scale..... 36

3.5.4- Self-Reporting Questionnaire..... 37

3.5.5 Avaliação da Capacidade Funcional..... 37

3.5.6- Escala de Depressão Geriátrica..... 38

3.6- Análise dos Resultados..... 38

4- RESULTADOS..... 40

4.1- Cuidadores..... 41

4.1.1- Análise comparativa entre a CB Scale e as variáveis de interesse do idoso dependente..... 43

4.2- Idosos Dependentes..... 46

4.2.1- Análise comparativa entre a CB Scale e as variáveis de interesse do idoso dependente..... 51

5- DISCUSSÃO..... 57

6- CONCLUSÃO..... 67

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 69

8- ANEXOS..... 78

9- APÊNDICES..... 88

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVDs	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVDs	Atividades da Vida Diária
CB Scale	Caregiver Burden Scale
EDG-15	Escala de Depressão Geriátrica
NOB	Norma de Operação Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
SRQ-20	Self Reporting Questionnaire

LISTA DE TABELAS

PÁG.

Tabela 1- Características dos Cuidadores dos Idosos dependentes em relação aos dados sócio-demográficos e pontuação no Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)..... 42

Tabela 2- Escores médios global e individuais do CB Scale aplicado aos cuidadores dos idosos dependentes..... 43

Tabela 3- Correlação entre a variável "tempo que o cuidador cuida do paciente" e os domínios do Caregiver Burden Scale..... 44

Tabela 4- Associação entre a variável "grau de escolaridade do cuidador" e os domínios do Caregiver Burden Scale..... 44

Tabela 5- Associação entre a variável "presença de distúrbios psicoemocionais no cuidador pelo SRQ-20" e os domínios do Caregiver Burden Scale..... 45

Tabela 6- Características sócio-demográficas dos idosos entrevistados..... 47

Tabela 7- Análise descritiva das variáveis da História Médica e Comorbidades dos Idosos Dependentes..... 49

Tabela 8- Características dos Idosos Dependentes em relação ao número de Atividades da Vida Diária com dependência..... 51

Tabela 9- Correlação entre as variáveis apresentadas pelo idoso dependente e os domínios da Caregiver Burden Scale..... 52

Tabela 10- Associação entre a variável "presença de depressão no idoso" segundo a Escala de Depressão Geriátrica e os domínios do Caregiver Burden Scale..... 53

Tabela 11- Associação entre a variável “presença incontinência no idoso” e os domínios do Caregiver Burden Scale..... 54

Tabela 12- Resultados da análise de regressão linear múltipla para escore total da CB Scale, com modelo completo..... 55

Tabela 13- Resultados da análise de regressão linear múltipla para escore total da CB Scale, com critério Stepwise de seleção de variáveis..... 56

LISTA DE FIGURAS

PÁG.

Figura 1- Principal causa que levou o idoso à limitação..... 50

LISTA DE GRÁFICOS

PÁG.

Gráfico 1- Correlação entre o escore total da Caregiver Burden Scale e escore total do SRQ-20..... 45

Gráfico 2- Comparação do escore total da CB Scale e os grupos com presença (<=7) e ausência (>=8) de distúrbios psicoemocionais medidos pelo SRQ-20..... 46

Gráfico 3- Comparação entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica quanto a presença (<=5) e ausência (>=6) de depressão e o escore total da Caregiver Burden Scale..... 54

RESUMO

Objetivo: Este estudo tem como objetivo caracterizar cuidadores primários de idosos que vivem na comunidade com algum grau de dependência e identificar quais são os fatores de maior impacto em sua vida. **Métodos:** Foram entrevistados 127 cuidadores em relação a dados sócio-demográficos, presença de ansiedade/depressão através do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) e avaliação do impacto subjetivo do cuidado pela Caregiver Burden Scale (CB Scale). Os dependentes foram questionados quanto a dados sócio-demográficos, história de saúde, presença de limitação nas Atividades da Vida Diária (Básicas e Instrumentais) e presença de depressão pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15). **Resultados:** A média de idade dos cuidadores foi 55.09 (±13.32) anos, a maioria mulheres, filhas, com até 4 anos de escolaridade. A média de tempo que eram responsáveis pelo idoso foi 86.51 (±96.29) meses; 56% dividem a responsabilidade do cuidado e 28.23% tem outra ocupação. Através do SRQ-20, 32.26% dos cuidadores apresentaram doença psico-emocional. Tiveram maior impacto subjetivo do cuidado os cuidadores que eram há mais tempo responsáveis pelo idoso, com menor grau de escolaridade e aqueles com distúrbios psico-emocionais. Em relação às características dos idosos, número de atividades com dependência, presença de depressão e incontinências promoveram maior impacto no cuidador. Renda pessoal e número de visitas que o idoso recebe apresentaram corelação negativa com a CB Scale. **Conclusão:** Alguns fatores causam maior impacto na vida do cuidador. Sua identificação facilita a abordagem dos profissionais do Programa de Saúde da Família, o que poderá promover melhor qualidade de vida para o cuidador e conseqüentemente para o idoso dependente.

Palavras-Chave: Cuidadores, Idosos, Impacto Psicossocial, Saúde da Família

ABSTRACT

Objetive: This study has as objective to characterize primary caregivers of elderly people in the community with some degree of dependence and identify which are the factors of higher impact in their life. **Methods:** It had been interviewed 127 caregivers about socio-demographic characteristics, presence of anxiety/depression through Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) and burden of care trough Caregiver Burden Scale (CB Scale). The dependents were questioned about socio-demographic data, history of health, degree of dependence in the Activities of the Daily Living and presence of depression trough Geriatric Depression Scale (EDG-15). **Results:** The age average of the caregivers was 55,09 (±13.32) years, the majority women, daughters , with up to 4 years of school. The time average that is responsible for the aged one was 86,51 (±96.29) months, 56% divide the responsibility of the care and 28,23% have another occupation. Through SRQ-20, 32,26% of the caregivers have psycho-emotional illness. Suffered higher impact the caregivers that were more time responsable for the elderly, with less level of education and with psycho-emocional disease. According to the aged one: number of activities with dependence, presence of depression and incontinences showed higher impact in the caregivers. Personal income and number of visits that the aged one receives has a negative correlation with CB Scale. **Conclusion:** Some factors cause higher impact in the caregivers' life. This identification facilitates the approach of the professionals of the Family Health Program, what can promote a better quality of life to the caregivers and to the elderly.

Keywords: Caregivers, Elderly, Psychosocial Impact, Family Health

1- INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, cresceu o interesse de vários profissionais em relação ao bem-estar físico e psicológico de indivíduos que cuidam de idosos dependentes. Este interesse é decorrente principalmente da mudança do perfil demográfico da população. Sabidamente a população de idosos foi a que mais cresceu em todo o mundo. Nos Estados Unidos, em 1990, 13% da população tinha idade superior a 65 anos; em 2050 esta proporção poderá atingir cerca de 23% (US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, 1989). No Brasil existem 15 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos de idade, o que representa 8,6% do total de indivíduos, segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - 2002).

À medida que o ser humano envelhece, muitas tarefas do cotidiano vão de maneira imperceptível e progressivamente tornando-se de difícil execução, até que o indivíduo perceba que já depende de outra pessoa. Cançado e Horta (2002) referem que com o avanço da idade as chances de manter-se independente estão reduzidas e estima-se que 60% dos idosos entre 65 e 70 anos sejam independentes e 40% dependentes; acima de 80 anos, ocorre uma inversão, encontrando-se 40% de idosos independentes e 60% de dependentes.

Na velhice, o espaço social tende a ser limitado, sendo comum a maior permanência do idoso em seu próprio domicílio.

Nesse contexto, tem destaque um novo segmento da população: aqueles que são responsáveis pelos idosos e que fornecem assistência aos mesmos.

Um dos papéis da família é o cuidado de seus membros através do tempo.

As relações de cuidado envolvem a obrigação moral de cuidar, sentimentos de solidariedade e amor e a motivação para retribuir experiências gratificantes de cuidado (Perracini e Neri, 2002). Parece existir uma hierarquia familiar em relação a quem exercerá a função de cuidar a qual é baseada em valores culturais fortemente presentes nas relações familiares.

O custo da doença para o indivíduo e a sociedade foi acrescido do custo para o cuidador familiar, que passou a sofrer as conseqüências físicas e, principalmente, psicológicas (Medeiros et al., 1998a). A literatura mostra que os cuidadores que vivem com os indivíduos alvo do cuidado experimentam níveis mais altos de tensão e sobrecarga (Schulz et al., 1995).

Schulz e Beach (1995) investigaram a relação entre a atividade de cuidar e o risco de morte entre 392 cuidadores idosos. Este estudo encontrou um maior risco de morte entre os cuidadores que assistiam seus (suas) esposos(as) dependentes e que se sentiam sobrecarregados pelos cuidados administrados. Após ajuste dos fatores sócio-demográficos e do *status* de saúde física dos cuidadores (doenças prevalentes e doenças subclínicas), o risco de morte foi 63% maior entre os cuidadores de esposos (as) com dependência que se sentiam onerados pelo ato de cuidar (IC: 1,00-2,65; RR: 1,63).

Lee et al. (2003) investigaram a relação de risco de desenvolvimento de doença coronariana fatal e não-fatal (infarto do miocárdio) entre 54.411 enfermeiras, entre 46 e 71 anos, que prestavam cuidados aos maridos, aos pais ou a outras pessoas, doentes ou dependentes. Este estudo encontrou um maior número de casos de infarto não-fatal e fatal entre as mulheres que prestavam cuidados aos seus maridos por nove ou mais horas por semana.

Diante do exposto, percebe-se que delegar à família a função de cuidar necessita de clareza sobre a estrutura familiar, o tipo de cuidado a ser executado, o tempo necessário, as características da doença e acompanhamento profissional.

Os cuidadores enfrentam desafios e dificuldades próprias, na maioria das vezes sem nenhuma ajuda formal sistemática ou informal, o que pode tornar o ato de cuidar um tanto penoso. A falta de habilidades pode comprometer a saúde do idoso e aumentar as pressões sobre o cuidador (Sommerhalder e Neri, 2002). As demandas do cuidado excedem os limites do esforço físico, mental psicológico, social e econômico (Yuaso, 2002).

No entanto, muitos cuidadores relacionam a experiência do cuidado com sentimentos positivos ou de um retorno prático para sua vida com a percepção que a tarefa tem significado existencial (Sommerhalder e Neri, 2002)

Segundo Sommerhalder e Neri (2002), quando nos referimos aos cuidadores dos idosos de alta dependência, as relações que se estabelecem entre o cuidar e o ser cuidado estão mais sujeitas a situações de desgaste e sobrecarga, pois não existem possibilidades de grande melhora ou de retribuição do cuidado dispensado, o que pode provocar o desgaste físico e psicológico do cuidador familiar.

Para muitos, ser cuidador é muito mais um estágio da vida ao invés de uma tarefa. Este novo “estágio da vida” é associado com riscos à saúde e requer uma atenção especial. Aconselhamento, educação, suporte e encaminhamento para recursos médicos e sociais apropriados são necessários (Lantz, 2004). Além disso, melhorar a qualidade de vida dos cuidadores possibilita-lhes oferecer melhor assistência aos pacientes, influenciando positivamente o curso da doença crônica.

Esta nova realidade tem exigido respostas das políticas de saúde e políticas sociais dirigidas especificamente para esta população de idosos, com o intuito de preservar sua saúde e qualidade de vida, bem como de atendê-los em suas doenças (Cerqueira e Oliveira, 2002).

A literatura é extensa em relatos que revelam a carência da rede assistencial para o atendimento dessa população e apoio às famílias que, por desejo ou obrigação, se propõem a cuidar dos seus idosos (Maffioletti et al., 2006).

Em países onde o envelhecimento populacional se deu mais lentamente do que no Brasil, os cuidados e os cuidadores familiares são objeto de políticas e programas de Saúde Pública (Karsch, 2003).

Segundo o Estatuto do Idoso, cap. I , Art. 3.º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação,à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2003).

Isto porque atualmente a saúde é entendida como algo muito maior do que a ausência de doença, encerrando a possibilidade de uma vida saudável, participativa, com contato entre gerações, em busca de melhoria de qualidade de vida do indivíduo, da sua família e da comunidade onde vive (Gomes e Loures, 2004).

A atenção à saúde da família é uma atividade em franca expansão em todo o mundo. Implantada no Brasil em 1998, trata-se de uma estratégia inovadora no cenário dos serviços de saúde que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias de forma integral, contínua e participativa (Oliveira e Canesqui, 2002; Oliveira, 2002). Portanto, esta estratégia valoriza o contexto familiar dos idosos dependentes sendo o bem-estar da família e do indivíduo responsável pelo cuidado parte das ações desenvolvidas.

A Estratégia de Saúde da Família tem suas ações centradas numa Atenção Básica bem estruturada, com equipes multiprofissionais, que procuram aliar uma eficiente prática clínica a uma prática comunitária, com ações de promoção da saúde, prevenção e o enfrentamento das doenças mais comuns, além de uma melhor racionalização no uso dos recursos públicos (Brasil, 1997b). Por ter como diretrizes a universalidade e a eqüidade, busca acolher as necessidades de todo o núcleo familiar (Amorim et al., 2006).

No Brasil, os anos 1990 foram marcados pela criação do Sistema Único de Saúde e conseqüente expansão dos serviços públicos de saúde. A primeira metade da década assistiu a uma forte crise, ocasionada por múltiplos fatores, que foram das formas de financiamento à dificuldade de acesso ao sistema público, passando por dificuldades na construção dos sistemas municipais de saúde e,

mudanças importantes no perfil da população brasileira, que está se urbanizando, envelhecendo, tendo mais doenças degenerativas e crônicas e, com isso, gerando novas demandas para os serviços de saúde.

A NOB 96, implantada a partir de 1998, marca uma importante reforma no SUS, no sentido de fortalecer a Atenção Básica à Saúde, através, da adoção do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esta estratégia estabelece um vínculo e responsabilização entre um determinado número de famílias (600 a 1000), moradoras de uma região, e uma equipe de trabalho, que conta com um médico generalista, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de consultório dentário, um técnico de higiene dentária, dois auxiliares de enfermagem, e 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde – ACS. (Brasil, 1997b; Brasil, 2002).

Esta estratégia vem de encontro às necessidades de diminuição da morbidade e da mortalidade prematura na população idosa, através da sistematização de ações que possibilitem intervenções e que proporcionem ao idoso uma melhor qualidade de vida. A literatura sugere que em comunidades que incluam grupos de suporte, e lideranças da própria comunidade, tais intervenções têm mais chances de sucesso. No Programa da Saúde da Família o Agente Comunitário além de membro da comunidade é a ponte entre a equipe de saúde e a sua comunidade; conhecendo profundamente seus problemas, visitando regularmente as casas, atento aos fatores de risco à saúde, orientando, encaminhando e solicitando a presença de outro membro da equipe, quando necessário (Lopes et al., 2002; Brasil, 2000).

Ou seja, nesta nova forma de prestar assistência à saúde, passam a ser centrais a educação em saúde, a mobilização comunitária, a articulação de vários setores da administração pública e o estabelecimento de parcerias, instalando-se uma nova ética nos serviços: a solidariedade. As pessoas passam a ser atendidas em suas necessidades, sempre pela mesma equipe, só indo ao especialista ou ao hospital, quando a equipe responsável pela saúde da sua família julgar necessário e, voltando sempre aos seus cuidados para dar

seqüência ao tratamento (Lopes et al., Brasil, 2000). Daí a importância da incorporação de conhecimentos quanto à saúde e qualidade de vida do idoso e de seu cuidador, dentro do seu ambiente físico e social.

No nosso meio, são escassos os estudos que retratam o perfil dos brasileiros que prestam cuidados a idosos. A falta de conhecimento sobre as características desse grupo, bem como suas necessidades, torna difícil uma abordagem eficaz, estimulando a realização de estudos nesta área.

1.1- Cuidador

A prevalência dos cuidadores primários varia de 4,8 a 5,3% da população e dos cuidadores em geral de 17,5% (Howe et al., 1997).

Vários conceitos de cuidador já foram formulados. Um conceito amplo considerado por Winogrond et al. (1987) é o de cuidador como a pessoa responsável pelo ato de cuidar da casa, trabalho físico, companhia ou supervisão ou ainda aquele que promove cuidados de assistência pessoal.

A definição feita por Stone et al. (1987) subdivide o termo em cuidador primário e secundário. O primeiro é aquele que tem a principal ou total responsabilidade no fornecimento da ajuda à pessoa necessitada. O conceito de cuidador secundário está relacionado às demais pessoas que também fornecem assistência ao paciente, mas não têm o mesmo nível de responsabilidade, podendo revezar com o cuidador primário ou prestar ajuda doméstica.

Encontramos ainda o conceito de cuidadores terciários que são coadjuvantes e não têm responsabilidade pelo cuidado. Às vezes podem substituir o cuidador primário por curtos períodos fazendo companhia para o idoso ou fazendo atividades especializadas, como fazer compras, pagar contas, sem contato direto com o idoso (Neri e Sommerhalder, 2002a).

No Brasil, o Ministério da Previdência e Assistência Social e a Secretaria de Estado de Assistência Social, por sua vez, classificam o cuidador em duas categorias: o cuidador profissional que engloba pessoas com educação formal que as capacita para o cuidado e o cuidador informal, referindo-se àqueles que não têm formação prévia voltada para o cuidado, no entanto, cuidam de pessoas em suas casas com ou sem vínculo familiar e não são remunerados (Brasil, 1997a).

As várias definições nos levam a supor que tanto os pesquisadores quanto os profissionais de saúde ainda não têm claro como ocorre o processo de cuidar de um idoso dependente e de como a dinâmica familiar irá definir o cuidador principal. Estes conceitos não podem se basear exclusivamente em classificações padronizadas. Cada cuidador vivencia as atividades de forma diferente, dependendo de uma série de fatores: da dinâmica familiar, dos valores culturais, das condições econômicas, etc (Ceschini, 2002).

O cuidado é transmitido para outros membros com o passar dos anos, sendo que muitas vezes ocorre uma inversão de papéis entres as gerações mais novas e as mais antigas (Perracini e Neri, 2002). Tanto o cuidador quanto o dependente terão que se adaptar a essa nova situação.

Geralmente o cuidador passa a assumir múltiplas funções tornando-se o maior responsável, eventualmente auxiliado em tarefas menores por outros membros da família (Neri e Carvalho, 2002b; Perracini e Neri, 1994).

Geralmente o cuidado ao idoso é visto como algo oneroso. No entanto, isso vai depender de vários fatores como recursos pessoais, disponibilidade de redes de apoio formal e informal, estratégias de enfrentamento empregadas, qual o significado de cuidar para os envolvidos, como as pessoas manejam o estresse e como buscam o conforto emocional, como foi a história pessoal de relacionamento entre os membros da família, quais são as habilidades dos cuidadores para lidar com situações novas e também fatores relacionados à própria personalidade do cuidador (Yuaso, 2002).

A literatura internacional indica por vários trabalhos que cuidar de idosos dependentes traz uma variedade de efeitos adversos, e reconhece o impacto emocional vivido por familiares que cuidam de pessoas com doença mental ou outros problemas decorrentes do envelhecimento (George e Gwyther, 1986; Zarit, 1994; Zarit, 1997).

Pavarini et al. (2000) resumiram alguns elementos críticos à avaliação das dificuldades inerentes às tarefas de cuidar de idosos com alto grau de dependência:

- as tarefas acarretam ônus físico e financeiro, que tende a se agravar com a evolução da doença,
- os cuidadores não possuem informações suficientes para exercer o cuidado, há poucos recursos sociais de apoio, escassez de pessoas especializadas que possam lhes dar suporte e poucas fontes de apoio emocional,
- a tarefa de cuidar rivaliza com o trabalho profissional ou mesmo com o papel familiar desempenhado anteriormente pelos cuidadores,
- a dinâmica cuidar-ser cuidado pode fazer aflorar sentimentos negativos que estavam guardados e a situação pode ficar de difícil manejo.

O aumento na expectativa de vida resultando em um maior número de idosos com doenças crônicas, juntamente com o maior número de mulheres na força de trabalho, a redução da taxa de natalidade, o maior índice de separação por divórcios, a tendência para retardar os casamentos e a diminuição do tamanho das famílias, resultaram na “crise do cuidador”. Enquanto cresce o número de pessoas com algum grau de limitação física e/ou mental necessitando de cuidados domiciliares, reduz-se o “pool” de cuidadores disponíveis (WHO, 2005).

Nesse universo, um conceito importante é o de redes de apoio social que podem ser classificadas em formal e informal. A rede de apoio formal é aquela representada por hospitais, ambulatórios, consultórios médicos e de outras especialidades, casas de repouso, asilos. Sua característica é presença de contratos profissionais subordinados a códigos de ética e a remuneração é direta pelos interessados ou indireta pelo governo ou iniciativas privadas. A rede informal funciona nas bases dos princípios da solidariedade e reciprocidade entre as gerações, representados principalmente pelos familiares. A diferença é que esta última rede de apoio está na base voluntária e não remunerada (Neri e Sommerhalder, 2002a).

"Quando há provisão de cuidados formais adequados, a assistência informal permanece como o principal aliado" (WHO, 2005).

1.2- Idoso Dependente

Em gerontologia, dois conceitos são de grande importância: o de autonomia e de independência. A autonomia é definida como a capacidade de tomar decisões enquanto independência refere-se à capacidade de realizar algo sozinho, de não estar sujeito a alguém e ter seus próprios meios de subsistência (Pavarini,1996).

Dentre os tipos de dependência, dois têm importância para a população idosa: a dependência física e a dependência comportamental. A primeira está associada à incapacidade funcional para a realização atividades da vida diária (AVDs). O grau dessa dependência varia de acordo com a quantia e complexidade das atividades submetidas à avaliação funcional. Já a dependência comportamental pode ser explicada sob dois paradigmas: a dependência como resultado do desamparo aprendido, ou seja, o comportamento dependente específico sofreu estímulos discriminativos ou reforçadores, a fim de que houvesse modificação; e a dependência como instrumento de controle passivo,

isto é, o ambiente das instituições para idosos tende a ignorar a independência dos mesmos e quando estes idosos apresentam comportamento dependente recebem respostas positivas do ambiente (Seligman, 1975; Baltes, 1988).

Existem várias escalas e índices para avaliar a capacidade funcional do idoso que tem a finalidade de constatar o grau de independência para as AVDs. A independência significa que a função é realizada sem supervisão, direção ou ajuda, sendo que esta avaliação é baseada na situação real e não na capacidade do sujeito.

Segundo Orem (1991), os idosos requerem cuidados e assistência integral quando “o declínio das capacidades físicas e mentais limitam a seleção e o desempenho de ações de autocuidado”.

A independência na execução das AVDs é extremamente importante para a auto-estima e bem estar dos idosos, pois quando a pessoa encontra-se dependente, altera potencialmente a dinâmica familiar e os papéis que cada um desempenha nessa estrutura.

Estudos epidemiológicos mostram que doenças e limitações não são conseqüências inevitáveis do processo de envelhecimento, e que o uso de serviços preventivos, com a eliminação de fatores de risco e a adoção de hábitos de vida saudáveis são importantes para um envelhecimento saudável (Costa e Barreto, 2003).

Esta nova realidade tem exigido respostas das políticas de saúde e políticas sociais dirigidas especificamente para esta população de idosos, com o intuito de preservar sua saúde e qualidade de vida, bem como de atendê-los em suas doenças (Cerqueira e Oliveira, 2002). Os idosos necessitam mais dos serviços de saúde, permanecem mais tempo internados e freqüentemente suas doenças são crônicas e múltiplas, exigindo um acompanhamento prolongado (Yuaso, 2002).

Esta realidade é particularmente importante quando nos referimos aos idosos, pois os aspectos físicos e emocionais são fatores que afetam diretamente a saúde e o bem-estar desses indivíduos. Sendo assim, o apoio social, emocional e material têm efeito favorável na saúde (Aging..., 2005).

Envelhecer com qualidade é um privilégio, que envolve mudanças na sociedade e, de modo abrangente, em concepções generalizadas sobre saúde, educação, justiça e direitos sociais. Nesse aspecto, o envelhecimento saudável é assim entendido como a interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (Motta e Aguiar, 2007).

Diante disso, é preciso que existam ações não só dos profissionais da área da saúde, para transformação da realidade, não apenas enfocando a velhice, mas todas as fases da vida, nas suas diferentes abrangências: habitação, educação, saneamento, previdência, dentre outras (Haddad, 1993).

Pouco se sabe sobre as condições e fatores de risco relacionados à nossa população de idosos e muito menos ainda sobre seus cuidadores. O aumento da população idosa e seu impacto nas políticas de saúde apontam para a necessidade de maior conhecimento neste campo.

Schulz e Beach (1999) afirmam que médicos da Atenção Primária que cuidam de idosos residentes na comunidade podem estar na melhor posição para identificar cuidadores de risco.

A atenção centrada na família, a identificação de suas crenças e de seus valores favorece não só a compreensão ampliada do binômio saúde/doença como também promove a maior participação do indivíduo e de sua comunidade.

Neste estudo discorreremos sobre o impacto subjetivo do cuidado em cuidadores de idosos que vivem na comunidade e os fatores que estiveram relacionados com maior ônus sobre o cuidador.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo Primário

Medir o impacto do ato de cuidar de idosos dependentes na comunidade em cuidadores primários

2.2- Objetivos Secundários

1- Descrever quem são os cuidadores primários de idosos dependentes da comunidade com relação aos dados sócio-demográficos, tempo de cuidado, presença de distúrbios psico-emocionais e avaliação do impacto subjetivo do cuidado através da Caregiver Burden Scale (CB Scale).

2- Definir quais os fatores de maior impacto na vida do cuidador, correlacionando a CB Scale com as características do próprio cuidador e as do idoso dependente (dados sócio-demográficos, capacidade funcional, história de saúde, presença de distúrbios psico-emocionais.

3- MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com base populacional que foi desenvolvido no município de Amparo, São Paulo. A metodologia utilizada na pesquisa foi quantitativa por meio de estudo epidemiológico não experimental, controlado e analítico.

Todos os sujeitos da pesquisa foram estudados segundo os preceitos das Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade de Campinas (UNICAMP) e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Amparo. Os sujeitos da pesquisa ou responsáveis dessas pessoas permitiram a realização do trabalho por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

3.1- Descrição da Amostra

Nossa amostra foi constituída de 127 cuidadores primários e os respectivos idosos dependentes. Estes foram selecionados a partir do Projeto de *PREVENÇÃO DE QUEDAS E "DESABILIDADES" EM IDOSOS DE COMUNIDADE (NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA)*, que é um estudo transversal, randomizado, de base populacional, com 2209 idosos (≥ 60 anos) que procurou verificar os fatores relacionados a quedas em idosos e que está sendo desenvolvido no município de Amparo, São Paulo, o qual foi financiado pela FAPESP. Os participantes deste estudo foram selecionados com base nos dados obtidos através do processo de territorialização das Unidades da Saúde da Família, constantes no SIAB (banco de dados sobre a unidade) de 31/08/2004.

Os moradores com idade igual ou superior a 60 anos, foram selecionados aleatoriamente para o estudo e convidados a participar. Utilizamos esta faixa etária respeitando a definição da Organização Mundial de Saúde, que determinou essa idade cronológica para definir pessoa idosa nos países em desenvolvimento como o Brasil (OMS, 1984).

O tamanho da amostra inicial para proporção de idosos foi calculado considerando-se como base uma estimativa de prevalência de quedas acidentais em pacientes idosos de 35%. Com um nível de segurança em número de desvios (S^{2}) de 95%, e um erro de estimação ($E^{2)}$ de 2%, chegou-se ao número de 2178 entrevistados.

As entrevistas iniciaram em agosto de 2005 e concluídas em janeiro de 2006. No total foram realizadas 2209 entrevistas (30 entrevistas foram realizadas como margem de segurança).

Foram utilizados dois tipos de questionários: um para idosos independentes e um segundo para idosos dependentes, não necessariamente acamados, mas que estão cadastrados na unidade como necessitando de acompanhamento na residência ou necessitam de um cuidador para realizar suas atividades básicas, quer por transtornos cognitivos quer por transtornos motores.

Para os idosos que foram caracterizados como dependentes, aplicou-se o questionário específico juntamente com um questionário para os indivíduos responsáveis diretamente pelo ato de cuidar.

As entrevistas foram realizadas durante visita domiciliar, através de questionários estruturados e pré-codificados. Foram realizadas quatro reuniões de capacitação para as equipes locais, com a participação do grupo de pesquisadores do Programa de Saúde da Família da FCM-UNICAMP.

O principal enfoque da capacitação foi sensibilizar a equipe local de saúde da relevância de sua participação no levantamento de dados de sua comunidade.

Houve a apresentação resumida dos dados obtidos no estudo piloto, que foi desenvolvido anteriormente com a aplicação dos questionários pelos pesquisadores da Unicamp e alguns agentes comunitários a 57 idosos dependentes e seus cuidadores. Nesta ocasião, os agentes comunitários tiveram

a oportunidade de expressar suas experiências na participação da pesquisa e finalmente foi elaborado um plano de capacitação para a próxima fase.

Participaram da aplicação dos questionários ... agentes comunitários.

Os entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e orientados a responderem as perguntas que quiserem podendo parar em qualquer momento da entrevista.

Todos os 127 indivíduos caracterizados como dependentes e seus cuidadores concordaram em participar da pesquisa; no entanto, alguns optaram por não responder o questionário completo.

3.2- Caracterização do Município de Amparo

O município de Amparo foi escolhido por tratar-se de uma das áreas de atuação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, desde 2001, através da Residência em Saúde da Família além da facilidade de acesso, por ser de médio porte, com uma população diversificada, e por ter um sistema local de saúde com tradição histórica no desenvolvimento da atenção básica, particularmente na implementação do programa de Saúde da Família.

Consideramos que a organização do sistema local de saúde - Programa de Saúde da Família - da maneira como está implementada no município de Amparo é um facilitador do processo de trabalho. As equipes de saúde receberam a iniciativa do projeto com facilidade, reconhecendo a parceria da Universidade Estadual de Campinas como importante e indispensável para o desenvolvimento da área de atenção ao idoso.

Segundo dados do IBGE de 2005, a população total do município de Amparo era constituída por 66421 habitantes dentre os quais 7703 com mais de 60 anos de idade (11.59%), sendo que cerca de 94%, desta população é dependente do sistema público de saúde.

3.3- Critérios de inclusão

Dentre os 2209 idosos, nossa amostra incluiu aqueles que necessitavam de visita domiciliar segundo os critérios da própria equipe de saúde da USF ou os que necessitavam de auxílio para ir à Unidade de Saúde e que responderam afirmativamente à seguinte pergunta: “O idoso necessita de ajuda de alguém para ir à Unidade de Saúde da Família?” e os indivíduos responsáveis diretamente pelo ato de cuidar.

3.4- Critérios de exclusão

Foram excluídos os idosos ou os cuidadores que se recusaram em participar, inexistência de um cuidador baseado na definição utilizada e presença de deficiência cognitiva acentuada no cuidador (conforme avaliação do entrevistador).

3.5- Protocolos de investigação

Os protocolos foram aplicados durante a visita domiciliar:

Questionário sócio-demográfico: para o idoso dependente e o cuidador

História de saúde: para o idoso dependente

Caregiver Burden Scale: para o cuidador

Self-Reporting Questionnaire: para o cuidador

Avaliação da Capacidade Funcional: para o idoso dependente

Escala de Depressão Geriátrica: para o idoso dependente

3.5.1- Questionário sócio-demográfico

Os seguintes dados sócio-demográficos foram coletados dos participantes nesse estudo:

A) Idosos: sexo, idade, raça e estado civil, escolaridade, renda mensal, grau de parentesco com quem vive, renda mensal individual/familiar, características da residência em que vive (número de cômodos e de residentes).

B) Cuidadores: sexo, idade, raça, estado civil, ocupação atual, número de pessoas em casa, anos de escola, grau de parentesco com o idoso, recebe ajuda de outras pessoas, tempo de cuidado (meses)

3.5.2- História de Saúde

Os dependentes foram questionados quanto ao diagnóstico médico de doenças cardiovasculares, neurológicas, pulmonares crônicas, osteoarticulares, entre outras, presença de incontinências (fecal e urinária), uso de medicação, hospitalização no último ano e consultas médicas de rotina ou não.

3.5.3- Caregiver Burden Scale (CB Scale)

É um instrumento que avalia aspectos gerais da qualidade de vida relacionada à saúde em uma população específica, a dos cuidadores de pacientes com doenças crônicas. Desenvolvida pelo sueco Oremark (1988) posteriormente modificada por Elmstahl et al. (1996) e validada no Brasil por Medeiros et al (1998), o CB Scale é um instrumento de medida do impacto subjetivo das doenças crônicas na vida dos cuidadores. Considerado um instrumento simples e de fácil compreensão, é composto de 22 questões, distribuídas em cinco dimensões: tensão geral, isolamento, decepção, envolvimento emocional e ambiente. Os valores de cada questão variam de um a quatro (de modo algum, raramente, algumas vezes ou freqüentemente). O escore para cada dimensão é obtido através da média aritmética dos

valores de cada item que compõe aquele índice e o escore global é obtido calculando-se a média aritmética dos 22 itens, podendo variar de um a quatro, sendo tanto maior o escore quanto maior o impacto (Medeiros et al., 1998b).

3.5.4- Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)

Instrumento designado para triagem de doença mental (ansiedade e depressão) na atenção primária (Harding,1980). A versão completa do questionário contém 24 perguntas, com repostas do tipo sim ou não: as 20 primeiras para triagem de psicopatia (excluindo-se a psicose) e 4 questões que permitem detectar psicose. No Brasil, as 20 primeiras questões que compõem o SRQ-20 foram traduzidas e adaptadas culturalmente por Busnello et al. (1983) e validado por Mari e Williams (1985, 1986).

3.5.5- Avaliação da Capacidade Funcional (Atividades Básicas - AVDs e Instrumentais da Vida Diária - AIVDs)

Estes são instrumentos validados nos E.U.A. para pesquisa em geriatria (Newton,1999). As questões incluem informações sobre o nível de independência de paciente. Nas AVDs, os pacientes foram questionados quanto à dificuldade/facilidade para tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se ou cuidar de sua aparência. Nas AIVDs os pacientes foram questionados se tinham dificuldade/facilidade para caminhar determinada distância, ir ao supermercado, preparar sua própria alimentação, cuidar da limpeza da casa, lavar suas roupas, tomar a sua medicação, contar dinheiro, usar o transporte público e o telefone. Optamos por não utilizar um instrumento pronto e sim criar um instrumento que fosse mais simples e de fácil aplicação por parte dos agentes comunitários com a opção dos entrevistados responderem afirmativamente ou negativamente sobre a realização das principais atividades básicas e instrumentais da vida diária presentes na literatura.

3.5.6- Escala de depressão geriátrica (GDS-15: Geriatric Depression Scale)

É um dos instrumentos mais utilizados para triagem de depressão no idoso. Foi escrita na língua inglesa por Yesavage et al (1983), inicialmente com 30 itens. A EDG-15 é uma versão da escala original, criada por Sheikh e Yesavage (1986) com os 15 itens que estiverem mais fortemente correlacionados com o diagnóstico de depressão. Traduzida e validada no Brasil por Almeida & Almeida (1999), consiste num questionário de indicação de presença ou ausência de sintomas referentes à mudança do humor e sentimentos específicos (desamparo, inutilidade, desinteresse, aborrecimento e felicidade). Foi utilizado o ponto de corte de 5/6 (sem doença/com doença) (Yesavage, 1983).

3.6- Análise dos Resultados

Para análise dos questionários e da ficha clínica, as variáveis foram divididas da seguinte forma:

- Variáveis categóricas: sexo, raça, estado civil, quem é o cuidador primário, tem outra ocupação, é alfabetizado, divide a responsabilidade do cuidado com alguém;

- Variáveis numéricas: Idade (anos), renda pessoal, renda familiar, número de cômodos, número de pessoas que vivem na casa, anos de estudo, tempo que é responsável pelo paciente.

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de freqüência das variáveis categóricas (sexo, estado civil,...), com os valores de freqüência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis contínuas (idade, escores das escalas, ...).

Para comparar as variáveis numéricas entre 2 grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney, e entre 3 ou mais grupos foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Para analisar a relação entre variáveis numéricas foi utilizado o

coeficiente de correlação de Spearman. Estes testes foram usados devido à ausência de distribuição Normal de algumas variáveis.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p<0.05$.

4- RESULTADOS

4.1- Cuidadores

A média de idade dos 127 cuidadores entrevistados foi de 55.09 anos (DP=13.32), predominantemente feminina, constituída por filhas, com até 4 anos de escolaridade.

A média de tempo que é responsável pelo idoso foi de 86.51 meses (DP=96.29), 56% dividem a responsabilidade do cuidado com outra pessoa e 28.23% tem outra ocupação.

O SRQ-20 mostrou que 32.26% dos cuidadores foram classificados como tendo doença psico-emocional (Tabela 1).

Tabela 1- Características dos Cuidadores dos Idosos dependentes em relação aos dados sócio-demográficos e pontuação no Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)

Característica	N	Freqüência %
Idade (anos) (n=123)		
<39	11	8.94
40-49	34	27.64
50-59	35	28.46
60-69	22	17.89
>70	21	17.08
Sexo (n=123)		
Feminino	94	76.42
Masculino	29	23.58
Parentesco (n=127)		
cônjuge	27	21.26
filho	74	58.27
Outros familiares	21	16.54
Não familiar	5	3.94
Escolaridade (n=121)		
Analfabeto	14	11.57
0-4 anos	65	53.72
5-8 anos	21	17.36
Colegial	14	11.57
Superior	7	5.79
Tem outra ocupação	35	28.23
Divide a responsabilidade do cuidado	70	56.00
Pontuação SRQ-20 (n=124)		
<=7	84	67.74
>=8	40	32.26

.

No presente estudo, o escore médio do impacto total medido através da CB Scale foi de 1.76. Os maiores escores ocorreram nas dimensões “tensão geral” (2.18) e “decepção” (1.91) e o menor na dimensão “envolvimento emocional” (1.45). (Tabela 2)

Tabela 2- Escores médios global e individuais do CB Scale aplicado aos cuidadores dos idosos dependentes (N=125)

Escore	Média	DP	Valor mínimo	Valor máximo
Tensão Geral	**2.18**	0.85	1.00	4.00
Isolamento	1.85	0.92	1.00	4.00
Decepção	**1.91**	0.77	1.00	4.00
Envolvimento Emocional	**1.45**	0.66	1.00	4.00
Ambiente	1.76	0.66	1.00	4.00
CBS total	1.92	0.64	1.00	3.36

DP= desvio padrão

4.1.1- Análise comparativa entre a CB Scale e as variáveis de interesse do cuidador

Em relação ao cuidador, idade, sexo, presença de outra ocupação, divisão da responsabilidade do cuidado com outra pessoa não se correlacionaram com a CB Scale.

Houve correlação positiva com tempo que o cuidador é responsável pelo idoso (tabela 3), escolaridade do cuidador (maior escore na dimensão isolamento para os com menor escolaridade) (tabela 4) e distúrbios psico-emocionais do cuidador (maiores escores de todos os domínios e total para cuidadores com distúrbios psicoemocionais) (tabela 5).

Tabela 3- Correlação entre a variável "tempo que o cuidador cuida do paciente" e os domínios do Caregiver Burden Scale

Variável	Domínios	Correlação de Pearson* r-valor	Significância P-valor*
Tempo cuidador cuida do paciente	Tensão Geral	**0.21890**	0.0150
	Isolamento	**0.21077**	0.0193
	Decepção	**0.22629**	0.0118
	Envolvimento Emocional	0.01171	0.8977
	Ambiente	0.11322	0.2125
	Total	0.22837	0.0111

Tabela 4- Associação entre a variável "grau de escolaridade do cuidador" e os domínios do Caregiver Burden Scale

Domínios	Médias e Desvio Padrão segundo o Grau de Escolaridade do Cuidador (KRUSKAL-WALLIS)			P- valor
	Analfabeto (n=14)	**0-8 anos** (n=86)	**Colegial/superior (n=21)**	
Tensão Geral	2.16 ± 1.00	2.21 ± 0.83	2.08 ± 0.86	0.775
Isolamento	1.95 ± 0.94	1.94 ± 0.93	1.40 ± 0.76	**0.022***
Decepção	2.03 ± 0.90	1.90 ± 0.78	1.86 ± 0.74	0.876
Envolvimento Emocional	1.43 ± 0.89	1.48 ± 0.64	1.38 ± 0.64	0.360
Ambiente	1.76 ± 0.79	1.76 ± 0.68	1.70 ± 0.59	0.996
CBS total	1.95 ± 0.78	1.94 ± 0.63	1.79 ± 0.61	0.589

*COMPARAÇÕES MÚLTIPLAS/TESTE DE DUNN): ANALFAB≠COL/SUP.

Tabela 5- Associação entre a variável "presença de distúrbios psicoemocionais no cuidador pelo SRQ-20" e os domínios do Caregiver Burden Scale

Domínios	Presença de Distúrbios Psicoemocionais no cuidador pelo SRQ-20 (MANN-WHITNEY)		P- valor
	Sim (n=40)	Não (n=84)	
Tensão Geral	2.68 ± 0.78	1.95 ± 0.78	**<0.001**
Isolamento	2.27 ± 0.96	1.66 ± 0.85	**<0.001**
Decepção	2.35 ± 0.77	1.70 ± 0.69	**<0.001**
Envolvimento Emocional	1.78 ± 0.88	1.30 ± 0.47	**0.002**
Ambiente	1.99 ± 0.78	1.64 ± 0.58	**0.016**
CBS total	2.33 ± 0.59	1.72 ± 0.57	**<0.001**

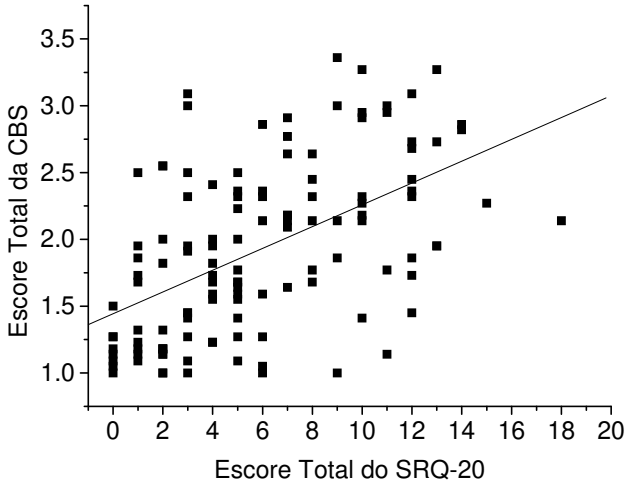

Gráfico 1- Correlação entre o escore total da Caregiver Burden Scale e escore total do SRQ-20

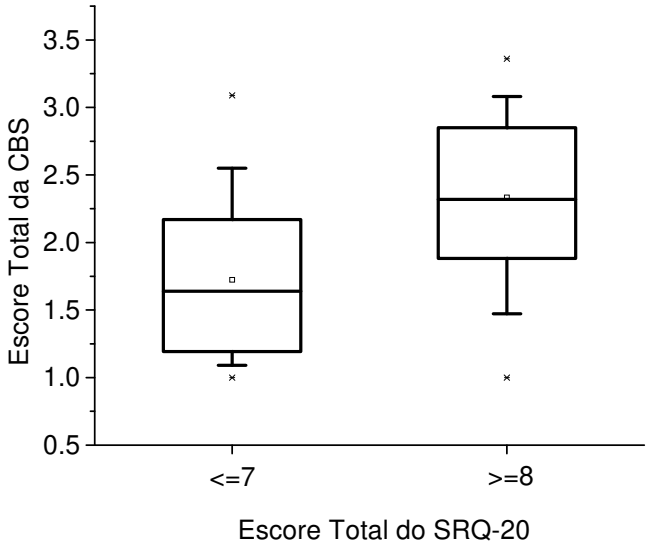

Gráfico 2- Comparação do escore total da CB Scale e os grupos com presença (<=7) e ausência (>=8) de distúrbios psicoemocionais medidos pelo SRQ-20

4.2- Idosos Dependentes

A média das idades dos idosos dependentes entrevistados foi de 80.17 anos (DP= 9.31). Houve um predomínio do sexo feminino (66,93%) e caucasóide (88,80%), a maioria com até 4 anos de escolaridade.

Quanto ao estado civil foi observado que 41,6% dos idosos eram casados, 8.0 % solteiros e 49,6% viúvos. Apenas 7.87%, dos idosos moram sozinhos, sendo que 44.44% com o esposo (a), 63.25% com filho (s). A média de pessoas que moravam em uma mesma casa foi de 2.80 (DP =1.96).

A renda média familiar foi de 989.17 reais (DP = 649.45), da renda pessoal foi de 405.08 reais (DP = 253,82), sendo que a média de dependentes financeiros por residência foi de 0.50 (DP = 0.87).

Quanto às características domiciliares, a média de cômodos por residência foi de 5,70(1,72) e a média de residentes por domicílio foi de 2.80 (1.96) indivíduos. (Tabela 6)

Tabela 6 - Características sócio-demográficas dos idosos entrevistados (n =127)

Característica	N	Média ou %
Média de idade (DP)	127	80.17 (DP= 9.31)
Sexo Feminino (%)	85	66.93
Caucasóides (%)	111	88.80
Estado Civil (%)		
Casado	52	41.60
Solteiro	10	8.00
Viúvo	62	49.60
Outros	1	0.80
Escolaridade (%)		
Analfabeto	48	39.02
0-4 anos	66	53.66
5-8 anos	2	1.63
Colegial	4	3.25
Faculdade	3	2.44
Média da Renda Mensal R$ (DP)		
Renda Familiar	121	989.17 (649.45)
Renda pessoal	106	405.08 (253.82)
Média de dependentes (DP**)**	125	0,5 (0,87)
Grau Parentesco com quem vive (%)		
Sozinho	10	7.87
Esposo /a	52	44.44
Filhos	74	63.25
Características da Residência (%)		
Média de cômodos (DP)	127	5,70 (1,72)
Média de residentes (DP)	124	2,80 (1,96)
Número de visitas/semana	100	3.23 (DP= 2.22)
Recebe visitas?		
Sempre	69	54.33
Às vezes	49	38.58
Nunca	9	7.09
Faz alguma atividade para se divertir?		
Sempre	29	23.02
Às vezes	28	22.22
Nunca	69	54.76

Pela tabela 7, observamos que a média de doenças referidas foi de 5.91 (DP=2.55), sendo as mais freqüentes: Hipertensão Arterial Sistêmica (66%), doença cardíaca (41%) e catarata (40%).

Quanto às queixas percebidas pelos usuários contatamos que 56.59% referiram dificuldades visuais; 48.82% dificuldades auditivas; 47.62% dificuldade no controle urinário; 27.78% dificuldade no controle fecal. A história de fraturas ocorreu em 35.71% dos entrevistados e amputações em 3.15%.

Quanto ao uso de medicação 47.20% dos entrevistados refere tomar mais de 4 tipos diferentes de medicações.

Observamos que 77.95% dos idosos entrevistados referiram ter realizado consultas médicas de rotina no último ano, 43.31% teve necessidade de procurar atendimento médico fora da consulta de rotina e 52.38% refere pelo menos uma internação hospitalar.

A avaliação de depressão pelo EDG-15 (escala de depressão geriátrica) é mostrada na tabela 7. A média de pontuação obtida em 115 idosos dependentes foi de 8.40 (3.35) (de 12 usuários não foram obtidas informações completas); desse total, 26 (22.61%) estão na faixa de 0 a 5 pontos, sugerindo ausência de depressão e 89 (77.39%) apresentando sintomas depressivos.

Tabela 7- Análise descritiva das variáveis da História Médica e Comorbidades dos Idosos Dependentes

Presença de Doenças diagnosticadas pelo médico	**N**	**%**
Hipertensão arterial	83	65.87
Doença cardiovascular	50	40.65
Labirintite	26	21.14
Catarata	48	39.34
Reumatismo	36	29.03
Diabetes	32	25.60
Doença Pulmonar	26	20.80
Acidente Vascular Cerebral	42	33.87
Neoplasia	6	4.76
Doença de Parkinson	7	5.56
Doença de Chagas	0	0.00
Queixas		
Auditiva	62	48.82
Visual	72	56.69
Dificuldade no controle urinário	60	47.62
Dificuldade no controle fecal	35	27.78
Uso de mais de quatro tipos e medicações	59	47.20
Hospitalização no último ano	66	52.38
Consulta de rotina no último ano	99	77.95
Consulta fora da rotina no último ano	55	43.31
Média de comorbidades (DP)	127	5.91 (2.55)
Pontuação EDG-15		
<=5	26	22.61
>=6	89	77.39

A causa principal que levou à limitação foi o Acidente Vascular Cerebral (AVC) referido por 26% dos entrevistados. (Figura 1)

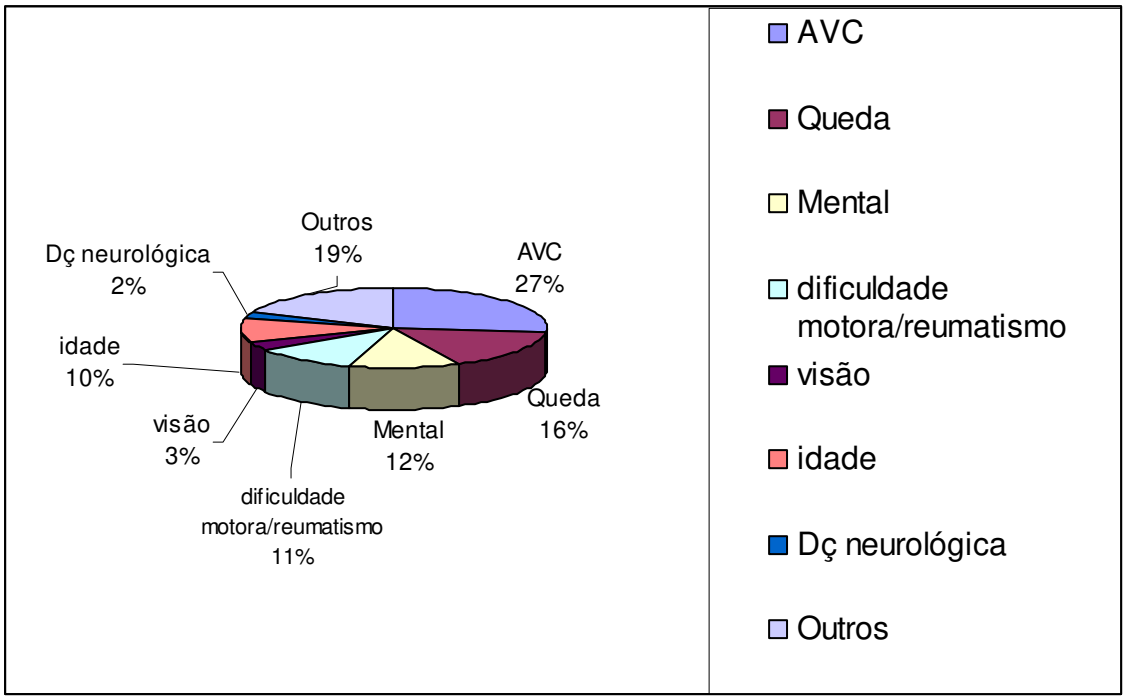

Figura 1- Principal causa que levou o idoso à limitação

Em relação às AVDs observa-se que a maioria dos idosos apresentou limitação em mais de três atividades (64.58%) e 69.29% apresentaram dificuldade em todas as AIVDs (tabela 8).

Tabela 8- Características dos Idosos Dependentes em relação ao número de Atividades da Vida Diária com dependência

Característica	N	Freqüência %
AVDs com dificuldades		
0	21	16.54
1-2	24	18.90
>=3	82	64.58
AIVDs com dificuldades		
0-2	0	0
3-5	7	5.51
6-8	32	25.20
9	88	69.29

Encontramos 47.52% dos dependentes com incontinência urinária e 27.78% com incontinência fecal, sendo que 64.71% das mulheres e 35.29% dos homens referiram ambas as incontinências.

4.2.1- Análise comparativa entre o CB Scale e as variáveis de interesse do idoso dependente

Em relação às variáveis numéricas, não houve diferença estatisticamente significativa na correlação da CB Scale com renda familiar, número de cômodos da casa, número de pessoas que vivem e número de pessoas que dependem financeiramente do idoso, tempo que o idoso depende de um cuidador e número de doenças do idoso dependente.

Houve correlação negativa com a renda pessoal do idoso e número de visitas que o idoso recebe por semana; e correlação positiva com o grau de dependência nas AVDs e IAVDs (tabela 9).

Tabela 9- Correlação entre as variáveis apresentadas pelo idoso dependente e os domínios da Caregiver Burden Scale

		Correlação de Pearson*	Significância
Variável	**Domínios**	**r-valor**	**P-valor***
Renda Pessoal do idoso	Tensão Geral	**-0.22975**	0.0190
N=104	Isolamento		NS
	Decepção	**-0.28602**	0.0032
	Env Emocional	**-0.30540**	0.0016
	Ambiente		NS
	Total	**-0.24419**	0.0125
Nº Visitas que o idoso recebe/semana	Tensão Geral	**-0.19939**	0.0490
	Isolamento		NS
N=98	Decepção		NS
	Env Emocional		NS
	Ambiente		NS
	Total		NS
AVD	Tensão Geral	**0.24139**	0.0067
N=125	Isolamento	**0.19202**	0.0319
	Decepção	**0.25406**	0.0043
	Env Emocional		NS
	Ambiente		NS
	Total	**0.24314**	0.0063
AIVD	Tensão Geral	**0.26353**	0.0030
N=125	Isolamento	**0.18560**	0.0382
	Decepção	**0.18362**	0.0404
	Env Emocional		NS
	Ambiente		NS
	Total	**0.22413**	0.0120

Em relação às variáveis categóricas, não houve correlação entre a CB Scale e a idade, escolaridade e sexo do idoso dependente.

A tabela 10 mostra que a correlação foi positiva em relação a presença depressão no idoso (maior escore nos domínios tensão geral, isolamento e decepção e total para os idosos com depressão). A presença de incontinências (fecal e/ou urinária) apresentou maior impacto no domínio decepção da CB Scale (p=0.018) (tabela 11).

Tabela 10- Associação entre a variável "presença de depressão no idoso" segundo a Escala de Depressão Geriátrica e os domínios do Caregiver Burden Scale

	Presença de Depressão		**Teste-T**
Domínios	Sim (n=87)	Não (n=26)	**P-valor***
Tensão Geral	2.31 ± 0.84	1.81 ± 0.82	**0.006**
Isolamento	1.99 ± 0.95	1.42 ± 0.64	**0.005**
Decepção	2.04 ± 0.78	1.52 ± 0.57	**0.002**
Envolvimento Emocional	1.48 ± 0.71	1.26 ± 0.36	0.320
Ambiente	1.84 ± 0.69	1.65 ± 0.56	**0.217**
CBS total	2.03 ± 0.64	1.59 ± 0.54	**0.002**

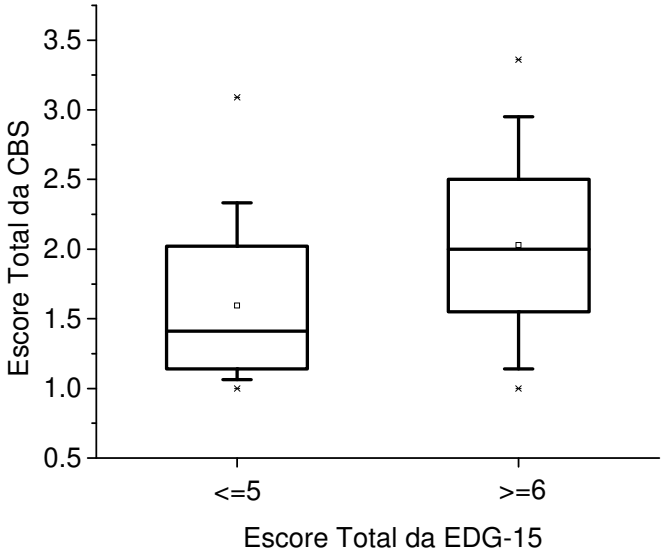

Gráfico 3- Comparação entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica quanto a presença (<=5) e ausência (>=6) de depressão e o escore total da Caregiver Burden Scale

Tabela 11- Associação entre a variável "presença incontinência no idoso" e os domínios do Caregiver Burden Scale

	Presença de Incontinências		**Teste-T**
Domínios	Sim (n=59)	Não (n=66)	**P-valor***
Tensão Geral	2.33 ± 0.90	2.05 ± 0.78	0.124
Isolamento	1.93 ± 0.92	1.78 ± 0.93	0.325
Decepção	2.08 ± 0.80	1.76 ± 0.71	**0.018**
Envolvimento Emocional	1.49 ± 0.68	1.41 ± 0.65	0.482
Ambiente	1.73 ± 0.63	1.78 ± 0.70	0.836
CBS total	2.02 ± 0.66	1.83 ± 0.61	0.122

Não houve diferença significativa de pontuação da CB Scale para nenhuma das razões principais da limitação tais como queda, doença mental, dificuldade motora ou reumatismo, diminuição da acuidade visual, idade, doença neurológica, entre outras causas. Houve uma tendência ($p<0.10$) a piores escores de tensão geral, decepção e escore total para os dependentes que referiram Acidente Vascular Cerebral como a principal causa da limitação.

As tabelas 12 e 13, a seguir, apresentam os resultados dos modelos múltiplos da análise de regressão linear para os valores do escore total da CB Scale, usando o modelo completo ou saturado com todas as variáveis selecionadas, e usando o critério *Stepwise* de seleção de variáveis, respectivamente. As variáveis numéricas sem distribuição Normal foram transformadas em logaritmo. Pelos resultados, verifica-se influência conjunta significativa de AVDs, SRQ-10 e EDG-15 sobre o escore total da CB Scale: os com maior escore da CB Scale são os com mais restrições nas AVDs , maior escore de SRQ-20 e na EDG-15.

Tabela 12- Resultados da análise de regressão linear múltipla para escore total da CB Scale, com modelo completo

Variável Dependente	**Variáveis Independentes**	**Beta (EP)**	**Valor-P**	**R^2 Parcial**
Escore Total da CB Scale (n=94)	Intercepto	2.15 (1.00)	**0.034**	
	AVDs	0.07 (0.04)	0.065	0.0562
	AIVDs	-0.01 (0.06)	0.987	0.0000
	Escore Total SRQ-20	0.06 (0.01)	**<0.001**	0.2371
	Escore Total EDG-15	0.03 (0.02)	0.052	0.0339
	Renda Pessoal*	-0.40 (0.30)	0.178	0.0143

* Variável transformada em logaritmo (log_{10}). EP=Erro Padrão. R^2=coeficiente de determinação. R^2 Total: 0.3415.

Tabela 13- Resultados da análise de regressão linear múltipla para escore total da CB Scale, com critério Stepwise de seleção de variáveis

Variável Dependente	Variáveis Independentes Selecionadas	Beta (EP)	Valor-P	R^2 Parcial
	Intercepto	1.08 (0.17)	**<0.001**	
Escore Total da CB Scale	AVDs	0.07 (0.03)	**0.021**	0.0562
(n=94)	Escore Total SRQ-20	0.07 (0.01)	**<0.001**	0.2371
	Escore Total EDG-15	0.04 (0.02)	**0.036**	0.0339

* Variável transformada em logaritmo (log_{10}). EP=Erro Padrão. R^2=coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R^2 Total: 0.3272.

5- DISCUSSÃO

O grande desafio deste trabalho foi caracterizar as necessidades dos cuidadores. Freqüentemente encontramos dados relacionados a necessidades específicas de cuidadores de idosos com determinadas doenças.

No entanto, encontramos na comunidade cuidadores de idosos com diferentes características e necessidades. Uma abordagem geral, sem esquecer as peculiaridades de cada caso, é um desafio a ser vencido pelos serviços de saúde.

Em relação aos cuidadores, o predomínio de mulheres, cônjuges do idoso que recebe os cuidados ou então filhas, na faixa de 45 a 50 anos está de acordo com a literatura (Neri e Sommerhalder, 2002; Silveira et al., 2006). Mais raramente este papel é exercido por uma nora, outro parente, ou um homem (Neri, 2000).

Isto justifica a atribuição de papéis e tarefas de cuidar que segue normas culturais, pois esperam do homem o sustento da sobrevivência material da família e a autoridade moral e, da mulher, os cuidados com a vida familiar, o com filhos, com os idosos e com a casa (Neri e Sommerhalder, 2002). O cuidador passa então a ser responsável pelo cuidado, além de suas obrigações profissionais, conjugais e familiares, o que pode sobrecarregá-lo física e psicologicamente.

Um fato interessante, é que embora tenha aumentado a participação das mulheres no mercado de trabalho, ainda existe a predominância feminina de cuidadoras. Essas mulheres assumem a tarefa do cuidado além do trabalho, com diminuição das atividades de descanso e lazer. Mesmo assim, nosso estudo não encontrou correlação entre maior impacto do cuidado e o sexo do cuidador.

O impacto do cuidado na vida do cuidador pode ser dividido em dois componentes: subjetivo e objetivo (Seltzer e Li, 1996). O componente objetivo é usado em relação aos problemas práticos da vida diária do cuidador (falta de privacidade, relações familiares conflituosas, alterações no emprego e estado de

saúde, problemas financeiros, redução das atividades sociais, uso de medicamentos). Já o impacto subjetivo é referente à reação emocional do cuidador, incluindo a percepção física e emocional do estresse (Medeiros et al., 1998).

O instrumento escolhido por nós para avaliar o impacto do cuidado na vida do cuidador foi a Caregiver Burden Scale por ser uma escala validada no Brasil, de fácil aplicação e que avalia o impacto subjetivo no cuidador.

Outros trabalhos também usaram a mesma escala: na Suécia, cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral (média do escore total: 1.81) (Elmstahl et al, 1996); no Brasil, cuidadores de pacientes com insuficiência renal crônica (média do escore total: 2.07) (Belasco e Sesso, 2002), artrite reumatóide (média do escore total: 1.82) (Medeiros et al, 2000) e paraplegia (média do escore total: 1.71) (Blanes et al.,2007). Na tese de Bruns (2003), esta escala foi aplicada em cuidadores primários de pacientes com artrite reumatóide juvenil (média do escore total: 1.6).

No presente estudo, a média do escore total foi de 1.92, sendo menor somente do que o resultado encontrado nos cuidadores de pacientes com insuficiência renal. Isso mostra que cuidar de um idoso com dependência pode promover um desgaste do cuidador tão significativo quanto cuidar de pacientes com outras doenças crônicas que geralmente estão associadas a um maior impacto.

Encontramos como domínios mais acometidos “tensão geral” e “decepção”. A identificação dessas áreas permite que a equipe de Saúde da Família desenvolva ações específicas, tornando a abordagem mais efetiva.

A hipótese de que os cuidadores estão sob maior risco para o desenvolvimento de vários problemas de saúde como altos níveis de depressão, ansiedade e queixas físicas foi confirmado neste estudo, pois os distúrbios psico-emocionais medidos pelo SRQ-20 foram encontrados em 32.26%, bem

acima da taxa de 22.7% encontrada em estudo populacional de pessoas normais residentes em Pelotas (RS), em que foi utilizado o mesmo questionário (Lima, 1996).

A alta taxa de ansiedade e/ou depressão encontrada em nosso estudo pode explicar o maior acometimento dos domínios “decepção” e “isolamento”, pois estes parecem estar mais relacionados com a presença de distúrbios psico-emocionais no cuidador.

Esta associação entre depressão no cuidador e impacto em sua vida foi demonstrada neste estudo através da correlação direta do SRQ-20 e o escore da CB Scale, isto é, ocorreu maior impacto do cuidado para aqueles com distúrbios psico-emocionais e essa correlação foi a que esteve mais fortemente associada à maior impacto na vida do cuidador (r=0.53575). A partir da análise de regressão linear múltipla, observamos que quando o SRQ-20 aumenta uma unidade, temos um correspondente aumento na CB Scale de 0.07 (tabela 13).

Não se pode afirmar se a presença de depressão é resultado do estresse do ato de cuidar ou se é um fator anterior, não relacionado com a situação. O que se sabe é que a sua presença promove aumento da percepção do impacto.

Este é um dado importante, pois é onde a equipe de saúde da família pode atuar identificando os cuidadores de risco e desenvolvendo ações que visem a diminuir a presença de depressão no cuidador como apoio psicológico ao cuidador e suas famílias, desenvolvimento de grupos educativos e de vivência, busca de redes de apoio, entre outras.

Em contrapartida, não foi encontrado diferença significante entre a CB Scale e o número de doenças que o idoso apresentava, entre sua idade e o seu grau de escolaridade, confirmando que o fator determinante do impacto não são fatores isolados, mas o quanto eles contribuíram para a perda da autonomia do idoso.

Alguns fatores relacionados ao próprio paciente como o grau de incapacidade funcional (visto pelo grau de dependência nas AVDs e AIVDs) e a presença de depressão no idoso (medido pela EDG-15) proporcionaram um impacto maior na vida dos cuidadores.

A maioria dos idosos apresentou limitação em mais de três atividades (64.58%) nas atividades básicas. Este tipo de dependência indica que há comprometimento no auto cuidado, implicando geralmente na necessidade de auxílio de terceiros.

Já as AIVDs estão relacionadas à participação efetiva do idoso na comunidade (Lebrão e Laurenti, 2005). Quando há dificuldade, isto implica em redistribuição das tarefas domésticas (como fazer compras, limpar a casa) e menos em cuidado direto. Encontramos 69.29% dos idosos com dificuldade em todas as AIVDs. O grande número de atividades da vida diária comprometidas em nosso grupo de estudo pode ser explicado pela média de idade da população em questão (80.17 anos, DP=9.31), pois sabemos que o grau de dependência aumenta proporcionalmente à idade (Cançado e Horta, 2002).

Os cuidadores de idosos com maior nível de dependência nas atividades básicas e instrumentais da vida diária apresentaram maior impacto subjetivo do cuidado medido pela CB Scale ($r=0.25467$ e $r=0.22813$, respectivamente).

Embora os dados sócio-demográficos não possam ser modificados pelo indivíduo, a dependência nas Atividades da Vida Diária é um fator que pode ser mutável com prevenção e reabilitação (Cohen e Willis, 1985), podendo diminuir o ônus sobre o cuidador.

Além da dependência nas AVDs, a incapacidade funcional pode levar ao idoso a uma dependência mental. A depressão, por exemplo, já está entre as principais causa de anos vivido com incapacidade e, quase necessariamente, à perda de autonomia (Yesavage et al., 1983).

Na população de idosos, estudos epidemiológicos indicam que a prevalência de depressão varia de 1 a 16% e essa porcentagem aumenta com a presença de doenças clínicas (Mari e Willians, 1986). Em nossa amostra, através da EDG-15, encontramos 77.39% dos dependentes com transtornos do humor fato que pode estar relacionado, além de outros fatores, à alta média de doenças que apresentam (5.91, DP=2.55). A depressão está associada à perda de autonomia e ao agravamento de quadros patológicos pré-existentes, aumentando a necessidade da presença de um cuidador. Além disso, nosso estudo demonstrou idosos que apresentaram depressão pela EDG-15 promoveram maior ônus sobre seu cuidador. Através da análise de regressão linear múltipla, verificamos que para aumento de 1 unidade da EDG-15, o CB Scale aumenta 0.07.

Portanto, mesmo que o número de doenças do idoso não tenha demonstrado maior impacto direto no cuidador, isto pode ter influenciado a alta taxa de depressão nos nossos idosos a qual, por sua vez, esteve diretamente ligada a um maior impacto no cuidador.

A literatura demonstra que existe uma relação entre a saúde dos idosos e relacionamentos sociais (House et al, 1998; Ramos, 2002).

Ramos (2002) afirma que o contato com vizinhos demonstrou aumentar o sentimento de utilidade por parte dos idosos dependentes, porque contatos sociais fora da esfera da família parecem ser mais voluntários e menos baseados em obrigações sociais. Talvez por isso a presença de contatos sociais do idoso causaram um menor impacto na vida do cuidador demonstrado por uma menor pontuação na CB Scale para os cuidadores de idosos que recebem visitas (r=-0.19939, p=0.0490).

Embora alguns autores afirmem que com o passar do tempo o nível de estresse diminua ou se mantenha o mesmo devido às adaptações da vida ao ato de cuidar, o tempo que é responsável pelo paciente esteve relacionado diretamente a um maior impacto no cuidador.

A escolaridade também apresentou impacto direto no ato de cuidar. Isto pode ser explicado porque o menor grau de escolaridade geralmente está associado a um baixo nível sócio-econômico, muitas vezes promovendo um ambiente desprovido de meios adequados para o cuidado. Outros estudos também observaram que cuidadores com menor nível educacional apresentaram escores mais altos da CB Scale (Belasco e Sesso, 2002; Medeiros et al, 2000).

Embora alguns estudos demonstrem que cuidar de um idoso com incapacidade mental gere mais problemas relacionados ao estresse do que cuidar de pacientes somente com incapacidades físicas (Baumgarten et al., 1992; Clipp e George, 1993) nosso estudo não encontrou diferença estatisticamente significativa em relação à causa que gerou a dependência e maior impacto na vida do cuidador, o que está de acordo com o estudo de Cattanach e Tebs (1991).

Outro fator que determinou maior impacto na vida dos cuidadores foi a presença de incontinências, pois houve diferença significativa de pontuação da CB Scale nos cuidadores de idosos com incontinência fecal e/ou urinária para o domínio “decepção” (maior impacto nos cuidadores de idosos incontinentes).

A Incontinência urinária é um problema de saúde muito freqüente entre idosos que tem implicações sociais, emocionais e até mesmo econômicas, as quais comprometem a qualidade de vida desses indivíduos e seus cuidadores.

Este problema deve ser sempre abordado pela equipe de saúde, pois a maioria dessas pessoas não procuram ajuda porque muitas vezes consideram o problema como parte do processo normal de envelhecimento.

No entanto, sabe-se que a incontinência urinária é multifatorial, podendo ser causada por fatores permanentes ou modificáveis (Landi et al, 2003).

A incontinência fecal é bem menos descrita na literatura. No entanto, também é responsável por comprometimento da qualidade de vida do idoso e do cuidador, além de promover maior número de institucionalizações. Nos Estados Unidos, sua prevalência estimada em idosos que vivem na comunidade varia de

2-6% (Edwards e Jones, 2001), enquanto que para idosos que necessitam de cuidados domiciliários varia entre 2.9 e 10.3% e idosos institucionalizados entre 4 e 30% (Edwards e Jones, 2001; Phillipe, 1999). Em nosso estudo, 27.78% dos idosos referiram incontinência fecal.

Dos idosos que referiram algum tipo de incontinência, 86.27% apresentam sintomas depressivos; nos idosos sem incontinência, sintomas depressivos foram encontrados em 70.31%.

Sem tratamento adequado, a presença de incontinência pode levar o idoso à depressão, ansiedade, baixa auto-estima e isolamento social e um maior impacto na vida do cuidador. Além dessas implicações, existe associação entre incontinências e mortalidade na população idosa (Nakanishi et al, 1999).

Por isso, a incontinência tem grande impacto na vida do cuidador, não só como fator isolado, mas porque está associada à depressão no idoso o que esteve associado a um maior impacto direto na vida de seu cuidador.

Os pacientes e seus cuidadores devem ser encorajados a procurar tratamento precocemente para melhorar sua qualidade de vida.

Um fato importante ocorre devido às tendências demográficas atuais: o aumento da porcentagem de mulheres sem filhos, mudanças nos padrões de casamento e divórcio, o número menor de filhos dos futuros idosos contribui para a diminuição da rede de apoio da família. Isto está sendo chamado hoje de a "crise do cuidador"; isto é, enquanto existe o aumento do número de pessoas com incapacidades, diminui-se o número de cuidadores familiares (WHO, 2005).

As demandas do cuidado excedem os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico. Quando a família e o cuidador não conseguem encontrar alternativas viáveis, há uma forte tendência para a desorganização interna do indivíduo e de sua família, podendo trazer conseqüências negativas para o cuidado ao idoso e para o bem-estar do cuidador (Yuaso, 2002).

O cuidador deve ser valorizado e também alvo do cuidado. Isto porque é muito positiva a permanência do idoso dependente na comunidade com seus familiares.

De acordo com Veras et al. (1987), o crescimento da população idosa, aumenta a preocupação e o interesse pelas medidas que possam avaliar o valor despendido pelo Estado na manutenção da parcela improdutiva da população.

Este é outro motivo pelo qual o cuidador familiar deve ser valorizado, pois este tem um importante papel social. Ele corresponde não só a uma demanda objetiva e imediata dos idosos cumprindo normas sociais de retribuição, mas também oferece solução para um problema que é de toda a sociedade (Yuaso, 2002). Eles são responsáveis por diminuir os gastos do sistema público visto que pacientes que estariam institucionalizados permanecem no domicílio.

Diante desta nova realidade, os setores público e privado precisam estar atentos a estas novas demandas criadas através da sistematização de ações que possibilitem ao cuidador e ao idoso melhor qualidade de vida. Quando há provisão de cuidados formais adequados, a assistência informal permanece como o principal aliado (WHO, 2005).

Medidas que visem à diminuição do impacto negativo do ato de cuidar na vida dos cuidadores contribuirão para manter o paciente crônico fora dos hospitais e instituições.

O Estatuto do Idoso, no Capítulo 4 Art. 18 diz que “As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda”. O cuidador deve ter acesso a informações sobre como contribuir para a maior independência possível do idoso, cuidados com o doente, sobre a doença em curso e, principalmente apoio psicológico para enfrentar as dificuldades do dia-a-dia.

A função de prevenir perdas e agravos à saúde deverá abranger, igualmente, a figura do cuidador, e para tanto devem ser desenvolvidos programas destinados a prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo que podem afetar a saúde e qualidade de vida de cuidadores de idosos e de outras pessoas dependentes (Cerqueira e Oliveira, 2002).

Na prática assistencial, são válidos os grupos de suporte aos familiares de pacientes com alta dependência. Esses grupos têm como meta ajudar os cuidadores a terem um envolvimento construtivo com o parente que adoeceu, sem abdicar de sua vida pessoal (Silveira et al., 2006).

Levine e Zuckerman (1999) propõem aos gestores e aos profissionais dos programas de assistência domiciliar que enfoquem as questões relativas ao papel, às responsabilidades e ao estresse da família e do cuidador através de um processo educativo e de construção de habilidades junto ao cuidador; do estabelecimento de uma parceria dinâmica com a família, com divisão de responsabilidades; e de um canal de comunicação contínuo com o paciente e sua família, acrescentando que é importante que não se encare as famílias como problemas, mas como potenciais parceiras nos cuidados ao idoso dependente.

O Programa Saúde da Família pode ser uma estratégia eficiente para fazer face a esse desafio, mas seria necessário que a questão do cuidado ao idoso dependente fosse incorporada pelo programa de forma específica, incluindo previsão de financiamento multisetorial das ações e estabelecimento de uma rede de suporte à família cuidadora (Garcia et al. 2006). O cuidador informal poderia e deveria ser visto como um agente de saúde e receber orientações direcionadas para prestar um cuidado adequado ao idoso, incluindo medidas preventivas para evitar a dependência precoce e específicas sobre os cuidados com o idoso dependente que envelhece na comunidade (Caldas, 2003).

Portanto, concluímos que embora a tendência atual é indicar a permanência dos idosos incapacitados na comunidade sob o cuidado da família existe um ônus que recai sobre o cuidador e que vai depender de vários fatores inerentes a ele mesmo e ao idoso dependente.

6- CONCLUSÃO

1. O escore médio do impacto total medido através da CBS foi de 1.76. Os maiores escores ocorreram nas dimensões “tensão geral” (2.18) e “decepção” (1.91) e o menor na dimensão “envolvimento emocional” (1.45).

2. O fator relacionado a maior impacto na vida do cuidador foi a presença de doença mental (ansiedade e/ou depressão) no cuidador medida pelo SRQ-20. Outros fatores também estiveram relacionados a um maior impacto: tempo que o cuidador é responsável pelo idoso, escolaridade do cuidador, renda pessoal do idoso, número de visitas que o idoso recebe por semana, grau de dependência nas AVDs e IAVDs, presença depressão no idoso e presença de incontinências (fecal e/ou urinária).

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aging and health: a shift in the paradigm. Rev Panam Salud Publica [on-line] 2000 Jan [acesso em 09 April 2005]; 7(1):p.60-67. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000100021&lng=en&nrm=iso

Almeida OP, Almeida SA. Short version of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. In J Geriatr Psychiatry 1999;14(10):858-65.

Baltes MM. The etiology and maintenance of dependency in the elderly: three phases of operant research. Behavior Therapy 1988; 19:301-19.

Baumgarten M, Battistta RN, Infante-Rivard C, Hanley JA, Becker R, Gauthier S. The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. J Clin Epidemiol 1992; 45:61-70.

Belasco AG, Sesso R. Burden and Quality of Life of Caregivers for Hemodialysis Patients. American Journal of Kidney Diseases 2002; 39(4):805-12.

Blanes L, Carmagnani MI, Ferreira LM. Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia. Spinal Cord 2007;45(6):399-403.

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social e a Secretaria de Assistência Social. Idosos: problemas e cuidados básicos. Brasília (DF):MPS, SAS;1997a.

Brasil. Ministério da Saúde. Desafios e conquistas do PSF. Revista Brasileira de Saúde da Família 2002; ano II n. 5. p. 6-24.

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília (DF); 2003. 70p.

Brasil. Ministério da Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília (DF); 2000. 119p.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF); 1997b. 36p.

Bruns A. Avaliação da qualidade de vida e do impacto da doença nos cuidadores primários de pacientes com artrite reumatóide juvenil. [Tese – Mestrado]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina; 2003.

Busnello ED, Lima B, Bertolote JM. Aspectos interculturais de classificação e diagnóstico. Jornal Brasileiro de Psiquiatria 1983; 32:207-10.

Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família.Cad. Saúde Pública 2003; 19(3):773-781.

Cançado FAX, Horta M. de L. Envelhecimento cerebral. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM da. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.113-27.

Cattanach L, Tebes JK. The nature of elder impairment and its impact on family caregivers' health and psychosocial functioning. Gerontologist 1991; 31: 246-55.

Cerqueira A T de A R, Oliveira NIL de. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicol USP [online]. 2002, 13(1) [acesso em 09 Abril 2005], p.133-150. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100007&lng=pt&nrm=iso>

Ceschini M. Porque assistência domiciliar. In: Dias E LF, Wanderley JS, Mendes RT (orgs). Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar. Campinas: Editora da Unicamp; 2002. p.17-32.

Clipp EC, George LK. Dementia e cancer: a comparison of spouse caregivers. Gerontologist 1993; 33(4): 534-41.

Cohen S,Willis T. Stress and Social Support and the Buffering hypothesis. Psychological Bulletin 1985; 98:310-57.

Costa MFL, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2003; 12(4):189-201.

Edwards NI, Jones D. The prevalence of faecal incontinence in older people living at home. Age and Aging 2001; 30: 503-507.

Elmstahl S, Malmberg B, Annerstedt L. Cargiver's burden of patients 3 years after stroke assessed by a novel caregiver burden scale. Arch Phys Med Rehabil 1996; 77:177-182.

Garcia MAA, Miyamoto DA, Frigério RM, Merlin SS. A atuação das equipes de Saúde da Família junto aos idosos. Rev. APS 2006; 9(1):4-14.

George LK, Gwyther LP. Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. The Gerontologist 1986; 26:253-259.

Gomes L, Loures MC. Envelhecimento Populacional no Mundo e no Brasil. JBM 2004;87(2):78-9.

Haddad EGM. A velhice em movimento. Gerontologia 1993; 1(1), p.29-30.

Harding TW, Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ignacio LL et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. Psychological Medicine 1980; 10:231-341.

House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh Community Health Study. Am J Epidemiol 1998; 116(1): 123-40.

Howe AL, Schofield H, Herrman H. Caregiving: a common or uncommon experience? Soc Sci Med 1997; 45: 1017-29.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estudos e pesquisas: Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. saúde pública 2003;19(3):861-66.

Lantz MS. Caregiver Burden: when the family needs help. Clinical geriatrics 2004; 12(11):29-32.

Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol 2005; 8(2): 127-41.

Lee S, Colditz GA, Berkman L, Kawachi I. Caregiving and the risk of coronary heart disease in U.S. women: a prospective study. Am J Prev Med 2003; 24: 113-9.

Levine C, Zuckerman C. The trouble with families: toward an ethic of accommodation. Ann Intern Med 1999; 130:148-52.

Lima MS. Epidemiologia do uso de drogas ilícitas e dos transtornos psiquiátricos menores em Pelotas. [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina; 1996.

Lopes BC, Chagas DMNM, Torres ZF. Regulação Profissional do Agente Comunitário de Saúde: natureza do trabalho, qualificação e vínculo. Revista Brasileira de Saúde da Família 2002; Ano II n. 6. p. 28-31.

Maffioletti MLR, Loyola CMD, Nigri F. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. Ciênc saúde coletiva [on-line], 2006 (11):4 [acesso em: 23 Ago 2007]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400029&lng=pt&nrm=iso

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; 148:23-6.

Mari JJ, Williams PA. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SRQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. Psychol Med 1985; 15:651-9.

Medeiros MMC, Ferraz MB, Quaresma MR. Cuidadores: as “vítimas ocultas” das doenças crônicas. Rev Bras Reumatol 1998a; 38 (4):189-92.

Medeiros MMC, Ferraz MB, Quaresma MR. The Caregiver Burden Scale. A Brazilian cultural adaptation and validation. Braz J Rheumatol 1998b; 38: 193-9.

Medeiros MMC, Ferraz MB, Quaresmo MR. The effect of rheumatoid arthritis on the quality of life of primary caregivers. J Rheumatol 2000; 27: 76-83.

Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciência & Saúde Coletiva 2007;12(2): 363-72.

Nakanishi N, Tatara K, Shinshio F, Murakami S, Takatorige T, Fukuda H, Nakajima K, Naramura H. Mortality in relation to urinary and faecal incontinence in elderly people living at home. Age and Aging 1999, 28:301-306.

Neri AL, Carvalho VAML. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM da. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002b. p.778-90.

Neri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri AL (org.). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea; 2002a. p.9-63.

Neri AL. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: Neri AL(org). Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus; 2000. p.237-85.

Newton R. In home safety check. Dept. of Physical Therapy, Temple University, Philadelphia PA 1999

Oliveira AMF, Canesqui AM. Saúde da Família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: Viana ALD, Negri B. (org). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime e Celag; 2002. p.241-69.

Oliveira AMF. Paradigmas de Humanidade. Revista Brasileira de Saúde da Família 2002; ano II n. 4, p. 29-39.

Orem DE. Nursing: concepts of practice. St Louis: Mosby-Year Book; 1991. p. 385.

Oremark I. ABS – en anhorigbelastningsskala [Dependency scale]. In: Proceedings from the IXth Nordic Congress of Gerontology; 1988 jun 5; Bergen, Nporway; 1988.

Organización Mundial de la Salud. Aplicación de la epidemiologia al estúdio de los ancianos: informe de un grupo científico de la OMS. Genebra:OMS; 1984. 90p. (Série de Informes Técnicos, 706).

Pavarini SCI, Neri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YA de O, Diogo MJD'. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p.145-71.

Pavarini SCI. Dependência comportamental na velhice. Uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado [Tese - Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1996.

Perracini MR, Neri AL. Análise multidimensional das tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência. Trajetos 1994; 1:67-80.

Perracini MR, Neri AL. Tarefas de cuidar: com a palavra, mulheres cuidadoras de idosos de alta dependência. In: Neri AL (org.). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea; 2002. p.93-134.

Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. Sociologias [on line] 2002 [acesso em 23 Ago 2007] 7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000100007&lng=pt&nrm=iso

Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. JAMA 1999; 282:2215-19.

Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. Gerontologist 1995; 35:771-91.

Seligman ME. Helplessness: on depression, development and death. San Francisco: Freeman; 1975.

Seltzer MM, Li LW. The transitions of caregiving: subjective and objective definitions. Gerontologist 1996; 36:614-26.

Sheikh LI, Yasavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol 1986; 5: 165-73.

Silveira TM da, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. Cad. Saúde Pública [on line] 2006; 22 (8), [Acesso em: 23 Ago 2007]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800011&lng=pt&nrm=iso

Sommerhalder C, Neri AL. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: Neri AL (org.). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea; 2002. p.93-134.

Stone R, Cafferate GL, Sangl J. Caregivers of the frail elderly: a national profile. Gerontologist 1987; 27:616-26.

US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration. US Bureau of the Census: Projections of the population of the United States by age, sex, and race: 1988 to 2080. Washington, DC: US Bureau of the Census, 1989 (Current population reports; series P-25, no. 1018).

Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Rev Saúde Pública 1987; 21: 225-33.

Winogrond IR, Fisk AA, Kersllng RA, Keyes B. The relationship of caregiver burden and morale to Alzheimer's disease: patient function in a therapeutic setting. Gerontologist 1987; 27:336-46.

World Health Organization.Envelhecimento ativo: Uma política de Saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2005. 60p.

Yesavage JA, Brink TL, Rose T, Lum O, Adey V, Leirer V. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary repot. Journal of Psychiatric Research 1983; 17:37-49.

Yuaso DR. Cuidar de cuidadores: resultados de um programa de treinamento realizado em domicílio. In: Neri AL. (org.). Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea; 2002. p.165-201.

Zarit SH. Interventions with family caregivers. In: Zarit, SH, Knight, BG, ed. A guide to Psychotherapy and Aging. Washington, DC: American Psychological Association; 1997. p.139-159.

Zarit SH. Research perspective on family caregiving. In: Cantor M, ed. Family caregiving: Agenda for the future. San Francisco (CA): American Society for Aging; 1994. p. 9-24

8- ANEXOS

ANEXO 1- Protocolos de Investigação

AVALIAÇÃO DOS IDOSOS DEPENDENTES E SEUS CUIDADORES

Nesta pesquisa estamos entrevistando idosos com algum grau de dependência* E SEUS CUIDADORES. Não há resposta CERTA OU ERRADA. Por favor, sinta-se à vontade para responda como quiser.**

***Paciente impossibilitado de ir à USF, com necessidade de visita domiciliar.**

****Cuidador primário: indivíduo que tem a principal ou total responsabilidade no fornecimento da ajuda à pessoa necessitada.**

Data: ____/____/____ Unidade: _____

Questionário demográfico do idoso dependente **matrícula:_____**
Entrevistado: ..... Entrevistador:. ......
RF. Renda familiar..... RP. Renda pessoal.....
1.Idade: .....
2. Data de nascimento (dia / mês /ano)...../...../.....

Qd1 Sexo: Masculino( ) 1 Feminino( ) 0

Qd2a. Você é casado ou tem companheiro (a) há mais de 1 ano? Não ( ) 0 Sim ( ) 1

Qd2b. Se Não (leia uma das categorias)
Nunca fui casado ( )1 Divorciado ( )2 Viúvo ( )3 Outra ( )4
Qual.....

Qd3a Que tipo de casa você vive?
Casa ( ) 1 Fundos( ) 2 Apartamento( ) 3

Qd3bNúmero de cômodos (especificar) .....

Qd4a Você vive sozinho? Não( ) 0 Sim( ) 1
Se **Não** (leia uma das categorias)

Qd4b1 Esposo (a)( ) 1 **Qd4b2**Filhos ( ) 2 **Qd4b3**Pais( ) 3

Qd4b4 Outros parentes ( ) 4 **Qd4b5**Outras pessoas (não familiares) ( ) 5

Qd4c Ao todo quantas pessoas vivem com você? **.....**

Qd5 Quantas pessoas dependem financeiramente de você? **.....**

Unidade:_____
Matrícula:_____

Qd6a Você sabe ler e escrever? Não ( ) 0 Sim ( ) 1

Qd6b Se Sim Quantos anos você freqüentou a escola? (leia uma das categorias)
0-4 anos(primário)( ) 1 5-8 anos(secundário) ( ) 2 Terminou o colegial/técnico ( ) 3
Terminou a faculdade ( ) 4 Outra (especificar) **.....**

Qd7 Qual a raça que você se considera?
Branco ( ) 1 Negro ( ) 2 Mulato( ) 3 Asiático ( ) 4 Pardo( )5
Outra (especificar)

<u>Cuidador Primário</u>
Qd4aQuem é o cuidador?
Esposo (a)( ) 1 Filhos ( ) 2 Pais( ) 3
Outros parentes ( ) 4 Outras pessoas (não familiares) ( ) 5
Qd4bEspecificar_____
Qd5 Idade do cuidador_____
Qd6 O cuidador tem outra ocupação? Não( ) 0 Sim( ) 1
Se sim especificar_____

Qd7a O cuidador primário sabe ler e escrever? Não ( ) 0 Sim ( ) 1

Qd7b Se Sim Quantos anos você freqüentou a escola? (leia uma das categorias)
0-4 anos( ) 1 5-8 anos ( ) 2 Terminou o colegial/técnico( ) 3
Terminou a faculdade( ) 4
Outra especificar)_____

Qd8 A quanto tempo é o responsável pelo paciente? Especificar_____

Qd9 Divide a responsabilidade do cuidado com alguém?
Não ( ) 0 Sim( ) 1
Especificar_____

Unidade:_____
Matrícula:_____
Determinação da capacidade funcional (Qcf) do Dependente

Qcf1. O Sr(a) **necessita de ajuda para tomar banho?**
Não( ) 0 Sim( ) 1 NSI (não sabe informar) ( ) 9
Qcf2. O Sr(a) necessita de ajuda para **se vestir** ?
Não( ) 0 Sim( ) 1 NSI (não sabe informar) ( ) 9
Qcf3.O Sr(a) necessita de ajuda para **ir ao banheiro** ?
Não( ) 0 Sim( ) 1 NSI (não sabe informar) ( ) 9
Qcf4. O Sr(a) necessita de ajuda para **cuidar de sua aparência**?
Não( ) 0 Sim( ) 1 NSI (não sabe informar) ( ) 9
Qcf5. O Sr(a) necessita de ajuda para **se alimentar**?
Não( ) 0 Sim( ) 1 NSI (não sabe informar) ( ) 9
Qcf6. O Sr(a) necessita de ajuda para **ir a algum lugar fora de casa ou fazer uma caminhada**?
Não ( ) 0 Sim ( ) 1 NSI (não sabe informar) ( ) 9
Qcf7. O Sr(a) necessita de ajuda para **fazer compras**, **ir ao supermercado?**
Não( ) 0 Sim( ) 1 NSI (não sabe informar) ( ) 9
Qcf8. O Sr(a) necessita de ajuda para **preparar sua própria comida?**
Não( ) 0 Sim( ) 1 NSI (não sabe informar) ( ) 9
Qcf9. O Sr(a) necessita de ajuda para **cuidar da limpeza da sua casa?**
Não( ) 0 Sim( ) 1 NSI (não sabe informar) ( ) 9
Qcf10a. O Sr(a) necessita de ajuda para **cuidar do seu dinheiro?**
Não( ) 0 Sim( ) 1 NSI (não sabe informar) ( ) 9
Qcf10b. O Sr(a) necessita de ajuda para **tomar medicação?**
Não( ) 0 Sim( ) 1
Qcf11. O Sr(a) necessita de ajuda para **lavar suas roupas**?
Não( ) 0 Sim( ) 1 NSI (não sabe informar) ( ) 9
Qcf12. O Sr(a) necessita de ajuda para usar o **telefone**?
Não( ) 0 Sim( ) 1 NSI (não sabe informar) ( ) 9
Qcf13. O Sr(a) necessita de ajuda para usar o **transporte público**?
Não( ) 0 Sim( ) 1 NSI (não sabe informar)

Unidade:_____ Matrícula:_____

As questões em seguida são dirigidas à saúde do idoso, podendo ser respondidas pelo próprio idoso ou pelo seu cuidador. Agora vamos relembrar algumas questões médicas. Lembre-se não existem respostas certas ou erradas.

	Sim=1	**Não-0**	**Não sabe informar**
Qm1a. **Alguma vez o seu médico disse que** você teve uma **doença do coração** e/ou você foi hospitalizado por esta causa? **Qm1b Especificar:.....**	1	0	9
Qm 2. Alguma vez o seu médico disse que você teve um **derrame** e/ou você foi hospitalizado por esta causa?	1	0	9
Qm 3a. Alguma vez o seu médico disse que você tinha **câncer** ou um tumor maligno? **Qm 3.b O Sr (a) sabe de qual tipo ou qual o local?** Especificar.....	1	0	9
Qm 4. Fora do período de gestação**,** alguma vez o seu médico disse que você tinha **diabetes** ou açúcar na urina e deu remédio para você por causa disso?	1	0	9
Qm 5. Alguma vez o seu médico disse que você tinha **doença de Parkinson**?	1	0	9
Qm 6a. Alguma vez o seu médico disse que você **quebrou algum** osso? **Qm6b. Especificar: .....**	1	0	9
Qm 7a. Alguma vez o seu médico disse que você tinha **reumatismo ou artrite**? **7.b Sr. (a) sabe de qual tipo e/ou local**? Especificar.....	1	0	9
Qm 8. Alguma vez o seu médico disse que você tinha **Doença de Chagas**	1	0	9
Qm 9. Você já teve que fazer **alguma amputação**?	1	0	9
Qm 10a. Você diria que seu intestino é:	preso	solto	No normal
Qm 10b. Você consegue segurar as fezes	1	0	9
Qm10c. Você perde o controle da urina ou se sente molhado	1	0	9
Qm10d. Necessita usar fralda ou protetor	1	0	9
Qm 11. Alguma vez seu médico disse que você tinha **pressão alta** ou toma medicação para pressão?	1		9
Unidade_____ Matrícula:_____	**Sim=1**	**Não-0**	**Não sabe informar**
Qm 12. Alguma vez o seu médico disse que você tinha **enfisema, bronquite ou outra doença pulmonar?**	1	0	9
Qm 13. Alguma vez o seu médico disse que você tinha **catarata** ?	1	0	9
Qm 14. Alguma vez o seu médico disse que você tinha **labirintite** ?	1	0	9
Qm 15. Você ou as pessoas a sua volta tem observado mudanças na **sua capacidade de escutar**?	1	0	9
Qm 16. Você ou as pessoas a sua volta tem observado mudança na sua capacidade **de enxergar?**	1	0	9

Qm 17. Você **toma** mais de **quatro tipos** de medicações por dia?	1	0	9
Qm 18a. Nos últimos anos você **foi hospitalizado** ou foi na emergência por alguma razão? **Qm18b.**Por que razão?_____	1	0	9

Qm 19a. Nos últimos anos, você teve que consultar o médico ou procurou o agente de saúde por algum problema de saúde que **não as consultas de rotina**? **Qm 19b.** Por que razão?_____	1	0	9
Qm 20. Nos últimos anos, você consultou o médico ou procurou o agente de saúde **para as consultas de rotina?** **Qm 20b.** Por que razão?...,.....	1	0	9
Falando sobre o acamado Sr(a). diria que:	Sempre	Ás vezes	Nunca
Ac1 – Você tem alguma atividade para se divertir? **Ac1b -** Se sim especificar. Qual? _____	1	2	3
Ac2 - Recebe visitas em casa? **Ac2b - Se sim especificar quanto de quem?**_____	1	2	3
Ac3 - Ha. quanto tempo (o idoso) depende da ajuda do cuidador? Especificar em anos/meses			
Ac7 - Qual foi a principal razão que causou a sua limitação? AVC [ ]Queda [ ] Mental [ ] Outros [ ] Se outros Especificar:_____			

Unidade:_____ Matrícula:_____

Caregiver Burden Scale – AVALIAÇÃO DO CUIDADOR

AC1 Tensão geral:	De modo algum	*Raramente*	*algumas vezes*	*freqüentemente*
AC1a Cuidando de seu parente, você acha que está enfrentando problemas práticos, difíceis de resolver?	1	2	3	4
AC1b Você acha que está assumindo responsabilidades demais para o bem estar do seu parente?	1	2	3	4
AC1c Você, às vezes, se sente com vontade de fugir de toda esta situação em que se encontra?	1	2	3	4
AC1d Você se sente cansado e esgotado?	1	2	3	4
AC1e. Você se sente preso pelo problema do seu parente?	1	2	3	4
AC1f Você acha que é emocionalmente muito cansativo cuidar de seu parente?	1	2	3	4
AC1g. Você acha que, a sua própria saúde, tem sido prejudicada pelo fato destar cuidando de seu parente?	1	2	3	4
AC1h Você acha que, passa tanto tempo cuidando do seu parente, que não sobra tempo para você	1	2	3	4

Unidade:_____ Matrícula:_____

AC2 - Isolamento	De modo algum	*Raramente*	*algumas vezes*	*freqüentemente*
AC2a- Você evita convidar amigos e conhecidos na sua casa, por causa do problema do seu parente?	1	2	3	4
AC2b - O tempo para sua vida social, por exemplo, com a família e os amigos, diminuiu?	1	2	3	4
AC2c - O problema do seu parente impediu você de fazer o que havia planejado nesta fase da sua vida?	1	2	3	4
AC4 Decepção	1	2	3	4
AC4a - Você acha que a vida tem sido injusta com você?	1	2	3	4
AC4b - Você esperava que a vida, na sua idade, fosse diferente do que é?	1	2	3	4
AC4c - Você se sente sozinho e isolado por causa do problema do seu parente?	1	2	3	4
AC4d Você acha que é cansativo cuidar de seu parente?	1	2	3	4
AC4e- Você tem tido dificuldades financeiras por estar cuidando do seu parente?	1	2	3	4

***AC5* Envolvimento emocional**				
AC5a - Você sente, às vezes, vergonha do comportamento do seu parente?	1	2	3	4
AC5b - Você, alguma vez, já se sentiu ofendido e com raiva do seu parente?	1	2	3	4
AC5c O comportamento do seu parente deixa você sem graça?	1	2	3	4
AC6 **Ambiente**				
AC6a - O ambiente de sua casa torna difícil para você cuidar do seu parente?	1	2	3	4
AC6b - Você se preocupa em não estar cuidando do seu parente	1	2	3	4
AC6c – Existe algo no bairro onde mora seu parente que dificulta você cuidar dele?	1	2	3	4

Unidade: _____ Matrícula: _____

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (EDG): para o dependente

"As próximas questões são sobre como você se sente com relação a sua vida, na última semana . Para cada pergunta existe só uma resposta você precisa escolher entre o sim e o não. Não existe resposta errada ou certa."

	Sim=1	**Não=0**
EDG1- Você se sente satisfeito com a sua vida?	1	0
EDG2- Você diminuiu alguma de suas atividades e interesse?	1	0
EDG3- Você sente que a sua vida é vazia?	1	0
EDG4- Você freqüentemente se sente aborrecido?	1	0
EDG5- Na maior parte do tempo, você se sente de bem com a vida?	1	0
EDG6- Você tem medo que alguma coisa de ruim aconteça com você?	1	0
EDG7- Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
EDG8- Você sente que é uma pessoa que precisa de ajuda?	1	0
EDG9- Você prefere ficar em casa, ao invés de sair para fazer alguma coisa nova?	1	0
EDG10- Tem chorado mais do que de costume?	1	0
EDG11- Você acha que é muito bom estar vivo agora?	1	0
EDG12- **-** Você se sente um pouco pior agora do que antes?	1	0
EDG13 - Você se sente cheio de energia?	1	0
EDG14- Você acha que a sua situação é para dar pena?	1	0
EDG15- Você acha que a maioria das pessoas está numa situação melhor que a sua?	1	0

SELF REPORTING QUESTIONNAIRE – SRQ-20
Unidade:_____Matrícula:_____

Qualidade de Saúde (do cuidador).

O (A) Sr. (a) poderia, por favor, responder às seguintes perguntas a respeito da sua saúde: 0 1

	Sim	***Não***
SRQ1 Tem dores de cabeça freqüentes?		
SRQ2 Tem falta de apetite?		
SRQ3 Dorme mal?		
SRQ4 Assusta-se com facilidade?		
SRQ5 Tem tremores na mão?		
SRQ6 Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?		
SRQ7 Tem má digestão?		
SRQ8 Tem dificuldades de pensar com clareza?		
SRQ9 Tem se sentido triste ultimamente?		
SRQ10 Tem chorado mais do que de costume?		
SRQ11 Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?		
SRQ12 Tem dificuldades para tomar decisões?		
SRQ13 Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?		
SRQ14 É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
SRQ15 Tem perdido o interesse pelas coisas?		
SRQ16 Você se sente uma pessoa inútil em sua vida?		
SRQ17 Tem tido a idéia de acabar com a vida?		
SRQ18 Sente-se cansado(a) o tempo todo?		
SRQ19 Tem sensações desagradáveis no estômago?		
SRQ20 Você se cansa com facilidade?		

UNICAMP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
(0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-7187
www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
cep@fcm.unicamp.br

CEP, 28/06/05.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 306/2005
CAAE: 0131.0.146.000-05

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"AVALIAÇÃO DE IDOSOS DEPENDENTES E SEUS CUIDADORES NO MUNICÍPIO DE AMPARO - SP".**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Talita Cristina Barbosa Rezende
INSTITUIÇÃO: Saúde da Família/UNICAMP
APRESENTAÇÃO AO CEP: 13/06/2005
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 28/06/06

II - OBJETIVOS

Caracterizar idosos fragilizados e dependentes em seus aspectos demográficos, grau de dependência e comorbidades; caracterizar os cuidadores desses indivíduos em seu contexto familiar, eventos estressores, dificuldades e limitações.

III - SUMÁRIO

Serão avaliados 60 idosos (> 60 anos) moradores de Amparos na zona urbana e dependente do SUS, com algum grau de dependência, cadastrados na unidade básicos do Jardim Brasil e seus cuidadores. Pesquisa descritiva com questionários, índice de Katz, avaliação da capacidade funcional, história de saúde, avaliação do cuidados, escala de percepção do suporte social e escala de depressão geriátrica. Critérios de inclusão e exclusão adequados, assim como a metodologia.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Estudo interessante, sem riscos para os pacientes, sem uso de placebo, para caracterizar a população idosa de Amparo e suas necessidades. O termo de consentimento simples, poderia esclarecer aonde será realizada a pesquisa e o tempo aproximada de duração de todo o questionário. Trabalho sem orçamento.RECOMENDAçÃO: Trabalho interessante, sem riscos para as pacientes; sugiro acrescentar no termo de consentimento local e tempo das entrevistas.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de junho de 2005

Profa. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

UNICAMP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
(0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-7187
www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html
cep a fcm.unicamp.br

CEP, 28/06/05.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: Nº 305/2005
CAAE: 0129.0.146.000-05

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: **"PREVENÇÃO DE QUEDAS E" "DESABILIDADES" EM IDOSOS NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA".**
PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Arlete Maria Valente Coimbra
INSTITUIÇÃO: Município de Amparo, Zona Urbana
APRESENTAÇÃO AO CEP: 13/06/2005
APRESENTAR RELATÓRIO EM: 28/06/06

II - OBJETIVOS

Avaliar os fatores relacionados à queda em idosos, determinando incidência e prevalência dos fatores de riscos, visando subsidiar política de assistência aos idosos no Programa de Saúde da Família.

III - SUMÁRIO

Em três fases consecutivas, mediante aplicação de questionário e observação do local onde vivem os idosos, todos os idosos da Zona Urbana do Município de Amparo deverão ser avaliados.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

A pesquisa reunirá informação que certamente permitirá a consecução da Fase III, isto é, a propositura e a verificação da eficácia de métodos de intervenção preventivos de quedas em idosos.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os

anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de junho de 2005

Profa. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 3- Características Demográficas do Município de Amparo

1- População residente em Amparo por faixa etária e sexo no ano de 2005

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	463	482	945
1 a 4 anos	1977	1940	3917
5 a 9 anos	2783	2626	5409
10 a 14 anos	3041	2927	5968
15 a 19 anos	3278	3088	6366
20 a 29 anos	5832	5470	11302
30 a 39 anos	5065	5188	10253
40 a 49 anos	4398	4406	8804
50 a 59 anos	2852	2902	5754
60 a 69 anos	**1975**	**2226**	**4201**
70 a 79 anos	**1076**	**1395**	**2471**
80 anos e mais	**385**	**646**	**1031**
Total	**33125**	**33296**	**66421**

Fonte: IBGE 2005

2- Consolidado das famílias cadastradas no Programa de Saúde da Família em Amparo-SP no ano de 2004

População total	População>60 anos	% de idosos	Masculino	Feminino
59.540	6.564	11.04	2.914	3.650

Fonte: Relatório SIAB 2004

9- APÊNDICES

APÊNDICE 1- Termo de consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PESQUISA EM SERES HUMANOS

Avaliação de idosos dependentes e seus cuidadores em Amparo-SP

Nome do entrevistado_____
RG_____
Data de nascimento___/___/___
Endereço_____

Prezado Sr(a);

Os idosos são o segmento da população que mais tem crescido em todo o mundo.

São escassos os estudos que retratam o perfil dos brasileiros que prestam cuidados a idosos. Torna-se difícil uma abordagem eficaz por não conhecermos as características deste grupo, bem como suas necessidades.

Este trabalho tem como finalidade estudar os idosos com algum grau de dependência e os indivíduos responsáveis diretamente e/ou indiretamente pelo ato de cuidar.

Para isso, serão realizadas entrevistas com algumas pessoas da comunidade. Estas entrevistas serão realizadas por um dos profissionais da equipe da Saúde da Família na qual você está cadastrado (agente de saúde, enfermeiro ou médico).

O entrevistado terá, a qualquer hora, esclarecimento de qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com a pesquisa, bem como poderá deixar de participar em qualquer momento desta.

Pesquisadora: Talita Cristina Barbosa Rezende (019) 37888945 ou 37888858
Dra. Arlete Valente Coimbra (019) 37888945 ou 37888858
Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP (019) 3788-8936

_____ _____
Assinatura do participante Data

_____ _____
Assinatura do entrevistador que conduziu a discussão do consentimento Data

APÊNDICE 2- Associação entre as variáveis "causa de limitação do idoso" e os domínios do Caregiver Burden Scale

Razão da Limitação	Domínios	Sim	Não	Teste-T
		n=36	n=87	P-valor*
AVC	Tensão Geral	2.40 ± 0.81	2.11 ± 0.85	0.062
	Isolamento	2.00 ± 0.92	1.80 ± 0.93	0.200
	Decepção	2.12 ± 0.75	1.84 ± 0.77	0.052
	Env Emocional	1.57 ± 0.82	1.41 ± 0.59	0.502
	Ambiente	1.85 ± 0.77	1.86 ± 0.64	0.541
	CBS Total	2.09 ± 0.62	1.86 ± 0.64	0.051
Queda		**n=22**	**n=101**	
	Tensão Geral	2.12 ± 0.96	2.21 ± 0.82	0.482
	Isolamento	1.67 ± 0.81	1.90 ± 0.95	0.304
	Decepção	1.87 ± 0.75	1.93 ± 0.78	0.780
	Env Emocional	1.23 ± 0.35	1.51 ± 0.71	0.109
	Ambiente	1.79 ± 0.74	1.77 ± 0.65	0.933
	CBS Total	1.83 ± 1.68	1.95 ± 0.63	0.354
Mental		**n=16**	**n=107**	
	Tensão Geral	2.32 ± 0.86	2.18 ± 0.85	0.590
	Isolamento	1.96 ± 0.98	1.84 ± 0.92	0.630
	Decepção	1.91 ± 0.77	1.93 ± 0.77	0.976
	Env Emocional	1.52 ± 0.66	1.45 ± 0.67	0.610
	Ambiente	1.73 ± 0.51	1.78 ± 0.68	0.997
	CBS Total	1.99 ± 0.63	1.92 ± 0.64	0.687
Dificuldade motora/ reumatismo		**n=15**	**n=108**	
	Tensão Geral	1.90 ± 0.77	2.24 ± 0.85	0.176
	Isolamento	1.62 ± 0.90	1.89 ± 0.93	0.245
	Decepção	1.85 ± 0.77	1.93 ± 0.77	0.708
	Env Emocional	1.73 ± 0.94	1.42 ± 0.62	0.262
	Ambiente	1.82 ± 0.63	1.76 ± 0.67	0.749
	CBS Total	1.82 ± 0.66	1.94 ± 0.64	0.506

Razão da Limitação	Domínios	Sim	Não	Teste-T P-valor*
Visão		**n=4**	**n=119**	
	Tensão Geral	2.06 ± 0.56	2.20 ± 0.86	0.819
	Isolamento	2.00 ± 1.41	1.85 ± 0.92	0.988
	Decepção	1.95 ± 0.50	1.92 ± 0.78	0.779
	Env Emocional	1.83 ± 0.84	1.45 ± 0.66	0.220
	Ambiente	2.17 ± 0.58	1.76 ± 0.66	0.168
	CBS Total	2.01 ± 0.55	1.93 ± 0.64	0.786
Idade		**n=14**	**n=109**	
	Tensão Geral	2.19 ± 0.93	2.20 ± 0.84	0.965
	Isolamento	1.62 ± 0.76	1.89 ± 0.95	0.369
	Decepção	1.70 ± 0.66	1.95 ± 0.78	0.277
	Env Emocional	1.52 ± 0.58	1.45 ± 0.66	0.345
	Ambiente	1.64 ± 0.56	1.79 ± 0.67	0.481
	CBS Total	1.83 ± 0.62	1.94 ± 0.64	0.638
Doença Neurológica		**n=3**	**n=120**	
	Tensão Geral	2.42 ± 0.75	2.19 ± 0.85	0.560
	Isolamento	2.56 ± 1.02	1.84 ± 0.92	0.175
	Decepção	2.13 ± 1.03	1.92 ± 0.77	0.643
	Env Emocional	1.33 ± 0.58	1.46 ± 0.67	0.821
	Ambiente	2.22 ± 0.69	1.76 ± 0.66	0.231
	CBS Total	2.20 ± 0.28	1.92 ± 0.64	0.380
Outros		**n=25**	**n=98**	
	Tensão Geral	2.04 ± 0.82	2.24 ± 0.85	0.299
	Isolamento	2.56 ± 1.02	1.87 ± 0.93	0.799
	Decepção	1.81 ± 0.94	1.94 ± 0.75	0.562
	Env Emocional	1.87 ± 0.84	1.50 ± 0.71	0.417
	Ambiente	1.31 ± 0.43	1.81 ± 0.69	0.411
	CBS Total	1.81 ± 0.64	1.96 ± 0.64	0.285

Edição
-2008-