

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BRUNA RODRIGUES DOS SANTOS

**A INFLUÊNCIA DO CONVÍVIO INTERGERACIONAL NO CUIDADO
AO IDOSO COM DEMÊNCIA**

**SÃO CARLOS
2017**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

BRUNA RODRIGUES DOS SANTOS

**A INFLUÊNCIA DO CONVÍVIO INTERGERACIONAL NO CUIDADO
AO IDOSO COM DEMÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientação: Prof^a Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini

**SÃO CARLOS
2017**

Relatório de Defesa de Dissertação
Candidato(a): BRUNA RODRIGUES DOS SANTOS

Aos 23/02/2017, às 08:30, realizou-se na Universidade Federal de São Carlos, nas formas e termos do Regimento Interno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, a defesa de dissertação de mestrado sob o título: **A INFLUÊNCIA DO CONVÍVIO INTERGERACIONAL NO CUIDADO AO IDOSO COM DEMÊNCIA**, apresentada pelo(a) candidato(a) **BRUNA RODRIGUES DOS SANTOS**. Ao final dos trabalhos, a banca examinadora reuniu-se em sessão reservada para o julgamento, tendo os membros chegado ao seguinte resultado:

Participantes da Banca	Função	Instituição	Resultado
Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini	Presidente	PPGE _{nf} /UFSCar	Aprovada
Profa. Dra. Bruna Moretti Luchesi	Titular	DGero/ UFSCar	Aprovada
Profa. Dra. Márcia Maria Pires Camargo Novelli	Titular	DGCS/UNIFESP	Aprovada

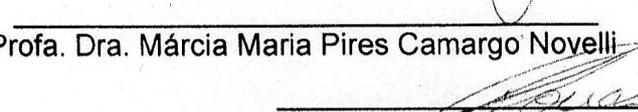
Resultado Final: aprovada

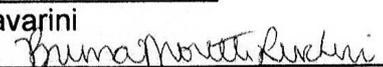
Parecer da Comissão Julgadora*:

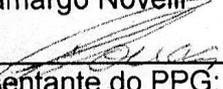
Candidata demonstrou domínio do tema na sua defesa, respondendo com propriedade as arguições da banca. Pesquisa inédita de relevância científica e social, com delineamento adequado para responder a pergunta de pesquisa.

Encerrada a sessão reservada, o presidente informou ao público presente o resultado. Nada mais havendo a tratar, a sessão foi encerrada e, para constar, eu, **Tiago Silva Corrêa** representante do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei o presente relatório, assinado por mim e pelos membros da banca examinadora.

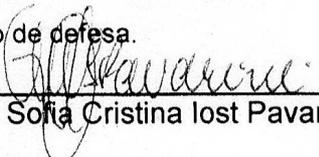

Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini

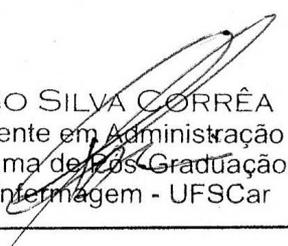

Profa. Dra. Márcia Maria Pires Camargo Novelli


Profa. Dra. Bruna Moretti Luchesi


Representante do PPG: Tiago Silva Corrêa

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do membro **Profa. Dra. Marcia Maria Pires Camargo Novelli** e, depois das arguições e deliberações realizadas, a participante à distância está de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.


Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini


TIAGO SILVA CORRÊA
Assistente em Administração
Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem - UFSCar

() Não houve alteração no título da dissertação () Houve. O novo título passa a ser:

Observações:

- Se o candidato for reprovado por algum dos membros, o preenchimento do parecer é obrigatório.
- Para gozar dos direitos do título de Mestre em (Ciências da Saúde), o(a) candidato(a) ainda precisa ter sua dissertação homologada pelo Conselho de Pós-Graduação da UFSCar.
- Nesta ata não são necessárias as assinaturas dos componentes da banca.
- Homologação da dissertação aprovada na reunião da CPG de

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha vida. Pelo que me ensinaram e transmitiram. Pelo apoio incondicional e incessante. Pelo que sou.

Aos meus pais, Renato e Cristiane

Ao meu irmão, Gustavo

Ao meu namorado, Thiago

AGRADECIMENTOS

À **Deus** por sempre me abençoar, colocando no meu caminho pessoas e oportunidades tão especiais.

Aos **meus pais**, Renato e Cristiane, e ao **meu irmão**, Gustavo, pelo amor em todos os momentos e por sempre estarem ao meu lado, dando apoio em todas minhas decisões. São de vocês os sorrisos ao qual eu não sei dormir sem, e são eles, que embalam meu sono, minha vida e minha vontade de voltar. E são por eles que eu luto tanto, porque se essa vitória é minha, o mérito é todo de vocês. Não há palavras no mundo para agradecer tudo.

À **minha família**, pela torcida. E em especial aos **meus avós**, Leninha, José e Odete, principais motivos da minha formação.

À **meu avô**, Elmo (*in memoriam*), por trilhar meus caminhos, por me abençoar, por cuidar de mim lá do céu. Ainda, por saber que vem dele uma ajuda essencial para realizar um dos muitos sonhos que dividíamos.

Ao **Aaronzinho**, o anjo sem asas, por fazer meus dias mais felizes desde que chegou a terra, por me fazer entender o verdadeiro sentido da palavra saudade. Também, por me fazer acreditar novamente que basta uma capa para ter super-poderes, que os brinquedos podem entender o que você diz e que tapar os olhos deixa você invisível. Pelo amor verdadeiro que apenas uma criança é capaz de nos dar.

À **Prof^ª. Dra Sofia Cristina Iost Pavarini**, pela confiança, presença, apoio e amizade. Ainda, principalmente, pelas imensas contribuições acadêmicas e pessoais. Também pela oportunidade de conhecer alguém com mente brilhante e espírito nobre. Por acreditar em meu sonho e deixa-lo tão fácil de se tornar realidade, minha eterna gratidão.

À **Prof^ª. Dra. Liliana Xavier Marques de Sousa** e ao **Prof. Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale** por terem acreditado em minha pesquisa e pelas excelentes contribuições em minha qualificação, que muito aprimoraram a qualidade final desta dissertação.

Ao **Ambulatório de Neurologia Cognitiva e Comportamental (ANEU)**, pela oportunidade de trabalho e pelo comprometimento com os idosos, com seus cuidadores e com a ciência.

À **CAPES** e à **FAPESP** (Processo 2015/11608-5) pelo financiamento e apoio, para a realização deste trabalho.

Aos **cuidadores de idosos com demência**, incentivo primordial da pesquisa, pelas palavras doces e pelo carinho.

E por fim, a ele, ao **Thiago**, pelo amor, apoio e compreensão em todos os momentos. Ainda, pelos conselhos e críticas, como sempre e em tudo na vida. Por me fazer encontrar o amor, aquele tão lindo e verdadeiro, que eu procurei a vida inteira. Obrigada por fazer parte da minha vida, graças a sua presença foi mais fácil transpor os dias de desânimo e cansaço. Cada fase ruim, cada dia bad, cada diferente ciclo, eu só consigo porque tenho você do meu lado, aguentando minhas crises, segurando minha mão e dizendo 'vai que dá!'. Eu te amo.

Assim, espero continuar tendo a mesma sorte durante toda a vida, de continuar fazendo o que eu amo fazer, cercada por pessoas tão especiais.

*"Que rosto lindo eu vi hoje, rugoso. Tão fascinante qual o duma criança!
Continha o mesmo brilho radioso(...) É como se o amanhã unisse o dia d'
ontem. É como se o amanhã fosse a nossa essência! (...) Pois, uma ruga é
prêmio incontestável"*

(Eugênio de S. Vicente)

*"Enquanto tiver perguntas e não houver respostas, continuarei a
escrever"*

(Clarice Lispector)

RESUMO

Estudos mostram que cuidadores de idosos com demência apresentam altos índices de estresse e sobrecarga, além de dificuldades no enfrentamento de situações relacionadas ao cuidado. A hipótese desta pesquisa é a de que o convívio com idosos durante a infância traga experiências positivas para o cuidador quando adulto. O objetivo principal deste estudo é comparar a sobrecarga, o estresse percebido e o enfrentamento de cuidadores de idosos diagnosticados com algum tipo de demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e comparativo de caráter quantitativo. A pesquisa foi realizada com cuidadores informais de idosos com demência (n=102) cadastrados em um ambulatório de uma universidade federal brasileira. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: questionário de caracterização dos cuidadores, Inventário de Estratégias de Enfrentamento, Inventário de Sobrecarga do Cuidador de Zarit e Escala de Estresse Percebido. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, correlacional e comparativa. As avaliações foram previamente agendadas e realizadas no domicílio do cuidador. Todos os cuidados éticos foram respeitados e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (Parecer nº 1.225.763/2015). Os resultados mostraram que: 1- A maioria dos cuidadores informais de idosos com demência são mulheres, casadas, com idade média de 57,1 ($\pm 3,9$) anos. 2- Em relação aos aspectos do cuidado, a maioria cuida dos pais, residem no mesmo domicílio que o idoso e são cuidadores primários. 3- A pontuação obtida no Inventário de Estratégias de Enfrentamento apresentou relação forte e inversamente proporcional com a pontuação obtida na Escala de Sobrecarga de Zarit ($\rho = -0,747$, $p < 0,01$) e com a pontuação obtida na Escala de Estresse Percebido ($\rho = -0,850$, $p < 0,01$). 4- O grupo de cuidadores de idosos com demência que conviveram com idoso(s) durante a infância apresentou melhor enfrentamento, menor estresse e menor sobrecarga do que o grupo de cuidadores informais de idosos com demência que não conviveram com idosos na infância, com diferenças estatisticamente significativas. Portanto, para esta amostra de participantes, conviver com idoso na infância teve influência positiva na experiência de cuidar de um parente idoso no futuro, confirmando a hipótese estudo.

Palavras-chaves: Cuidadores. Idoso. Demência.

ABSTRACT

Studies show that caregivers of elderly people with dementia present high levels of stress and overload, as well as difficulties in coping with situations related to care. The hypothesis of this research is that the conviviality with the elderly during childhood brings positive experiences to the caregiver as an adult. The main objective of this study is to compare the overload, perceived stress and coping of caregivers of elderly people diagnosed with some type of dementia who lived and did not live with the elderly during their childhood. It is a cross-sectional, descriptive and comparative quantitative study. The research was conducted with informal caregivers of elderly people with dementia (n=102) enrolled in an outpatient clinic of a Brazilian federal university. The instruments used to collect data were: characterization questionnaire, Coping Strategies Inventory, Zarit Burden Scale and Perceived Stress Scale. Data were analyzed through descriptive, correlational and comparative statistics. Evaluations were previously scheduled and performed at the caregiver's home. All ethical care was respected and the research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of São Carlos. The results showed that: 1- Most informal caregivers of elderly people with dementia are women, married, with a mean age of 57,1 (± 3.9) years. 2- Regarding aspects of care, the majority take care of the parents, reside in the same household as the elderly and are primary caregivers. 3 - The score obtained in the Coping Strategies Inventory presented a strong relation and inversely proportional to the score obtained in the Zarit Burden Scale ($\rho = -0,747$, $p < 0.01$) and with the score obtained in the Perceived Stress Scale ($\rho = -0,850$, $p < 0.01$). 4- The group of caregivers of elderly people with dementia who lived with the elderly during childhood presented better coping, less stress and less overload than the group of informal caregivers of elderly people with dementia who did not live with the elderly in childhood, with differences Statistically significant. Therefore, for this sample of participants, living with the elderly in childhood had a positive influence on the experience of caring for an elderly relative in the future, confirming the hypothesis study.

Key-words: Caregivers. Aged. Dementia.

LISTA DE FIGURA

Figura 1	Prevalência de demência nas diversas regiões do mundo (OMS, 2012)	17
----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência, segundo as variáveis sexo, faixa etária, estado civil e escolaridade. São Carlos-SP, 2017	32
Tabela 2	Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência, que trabalham fora, segundo as profissões/ocupações relatadas. São Carlos-SP, 2017	33
Tabela 3	Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência, segundo os problemas de saúde autorreferidos. São Carlos-SP, 2017	33
Tabela 4	Distribuição dos idosos com demência, segundo as variáveis sexo, faixa etária, tipo de demência e tempo de diagnóstico. São Carlos-SP, 2017	34
Tabela 5	Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência, segundo as variáveis parentesco com o idoso, classificação do cuidado, tempo de cuidado, horas diárias de cuidado e dias da semana que cuida. São Carlos-SP, 2017	35
Tabela 6	Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência, segundo a necessidade de ajuda do idoso para realização das atividades diárias. São Carlos-SP, 2017	36
Tabela 7	Distribuição das atividades em que os cuidadores informais de idosos com demência recebem ajuda de terceiros para a realização do cuidado. São Carlos-SP, 2017	37
Tabela 8	Distribuição dos idosos cuidadores, segundo o tipo de ajuda que recebem ou procuram em entidades assistenciais. São Carlos-SP, 2017	37
Tabela 9	Distribuição dos cuidadores, segundo a classificação de sobrecarga. São Carlos-SP, 2017	38
Tabela 10	Análise descritiva da Escala de Estresse Percebido e do Inventário de Estratégias de Enfrentamento. São Carlos-SP, 2017	38
Tabela 11	Análise correlacional entre as variáveis enfrentamento, sobrecarga e estresse. São Carlos-SP, 2017	39

Tabela 12	Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência que conviveram com idosos durante a infância, segundo a faixa etária desta convivência, a frequência e o julgamento do relacionamento com esse(s) idoso(s). São Carlos-SP, 2017	40
Tabela 13	Análise descritiva da Escala de Sobrecarga de Zarit, Escala de Estresse Percebido e do Inventário de Estratégias de Enfrentamento do grupo de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram com idoso(s) na infância (n=66) (G1) e do grupo de cuidadores informais de idosos com demência que não conviveram com idoso(s) na infância (n=36) (G2). São Carlos-SP, 2017	40
Tabela 14	Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência que conviveram com idoso(s) na infância (G1) e do grupo de cuidadores informais de idosos com demência que não conviveram com idoso(s) na infância (G2), pareados por faixa etária, sexo, grau de escolaridade e tipo de demência do idoso cuidado. São Carlos-SP, 2017	42
Tabela 15	Análise descritiva e comparativa da Escala de Sobrecarga de Zarit, Escala de Estresse Percebido e Inventário de Estratégias de Enfrentamento do grupo de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram com idoso(s) na infância (G1) e do grupo de cuidadores informais de idosos com demência que não conviveram com idoso(s) na infância (G2), pareados por faixa etária, sexo, grau de escolaridade e tipo de demência do idoso cuidado. São Carlos-SP, 2017	43

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Transição demográfica e epidemiológica no Brasil	14
1.2. O cuidado ao idoso com demência	17
1.3. A sobrecarga e o estresse percebido do cuidador	18
1.4. Estratégias de enfrentamento no cuidado	20
1.5. Intergeracionalidade e o cuidado	20
2. OBJETIVOS	22
2.1. Objetivo geral	23
2.2. Objetivos específicos	23
3. MÉTODO	24
3.1. Delineamento do estudo	25
3.2. Procedimentos éticos	25
3.3. Local do estudo	25
3.4. Participantes	25
3.5. Procedimentos de coleta dos dados	26
3.6. Análise dos dados	27
3.7. Instrumentos de coleta de dados	27
4. RESULTADOS	29
4.1. Caracterização sociodemográfica e de saúde dos cuidadores informais de idosos com demência	30
4.2. Perfil dos idosos com demência e contexto de cuidado	33
4.3. Sobrecarga, estresse e enfrentamento dos cuidadores informais de idosos com demência	37
4.4. Sobrecarga, estresse percebido e enfrentamento de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância	38
4.5. Análise pareada da sobrecarga, estresse percebido e enfrentamento de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância	40
5. DISCUSSÃO	43
5.1. Caracterização sociodemográfica e de saúde dos cuidadores informais de idosos com demência	44

5.2. Perfil dos idosos com demência e contexto de cuidado	45
5.3. Sobrecarga, estresse e enfrentamento dos cuidadores informais de idosos com demência	47
5.4. Sobrecarga, estresse percebido e enfrentamento de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância	49
6. CONCLUSÕES	51
7. REFERÊNCIAS	54
8. ANEXOS	64
1. Autorização do coordenador do Ambulatório de Neurologia Cognitiva e Comportamental (ANEU) para desenvolvimento da pesquisa	65
2. Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar (Parecer nº1.225.763/2015)	66
3. Inventário de estratégias de enfrentamento	69
4. Escala de sobrecarga de Zarit	71
5. Escala de estresse percebido	73
9. APÊNDICES	75
1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76
2. Questionário de identificação sociodemográfica e de saúde do cuidador e de aspectos relacionados ao cuidado	78

1 – INTRODUÇÃO

1.1. Transição demográfica e epidemiológica no Brasil

O envelhecimento, antes utópico, hoje faz parte da realidade da maioria dos países. A Organização das Nações Unidas classifica como idoso as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento (UNITED NATIONS, 2013).

Estima-se que, atualmente, cerca de 1 milhão de pessoas cruzam a barreira dos 60 anos de idade a cada mês, em todo o mundo. Estudos apontam que, de 1990 a 2025, a população idosa mundial crescerá 2,4% ao ano, contra 1,3% de crescimento anual da população em sua totalidade. Na América Latina entre 1980 e 2025 prevê-se um aumento de 217% da população total, enquanto o aumento da população acima de 60 anos deverá ser de 412% (OLIVEIRA, 2013).

No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos anos 70, aproximadamente 5% da população era considerada idosa. Em 2010, essa porcentagem quase dobrou (9,2%) e estima-se que, em 2050, o crescimento chegue a 123%. Até 2025, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil, que atingiu a expectativa de vida de 75,2 anos em 2014 (IBGE, 2015), será o sexto país do mundo em número de idosos.

Este processo, que acontece notoriamente de forma rápida no país, iniciou-se, segundo evidências da literatura, a pouco mais de meio século, com alguns fatos importantes que marcaram a transição demográfica brasileira (MYRRHA *et al.*, 2014).

No período de 1940 a 1970, devido, principalmente, aos avanços da medicina e à melhoria sanitária, houve um rápido declínio da taxa bruta de mortalidade, em relação à taxa bruta de natalidade, acelerando o crescimento populacional do Brasil. A partir da década de 1970, o nível de fecundidade passou por uma rápida e generalizada redução, entretanto, a taxa de crescimento populacional continuou a aumentar, pois um número crescente de mulheres de coortes anteriores à queda da fecundidade ainda chegava à idade reprodutiva (MOREIRA; CARVALHO, 1992; MYRRHA *et al.*, 2014). Um declínio mais significativo na taxa de crescimento da população foi observado somente entre 1980 e 1991 (CARVALHO, 2004; VASCONCELOS; GOMES, 2012), porém, segundo Wong e Carvalho (2006), com base no Censo Demográfico de 2000, durante o período, a mortalidade continuou caindo em todas as idades, havendo uma redução maior nas idades mais avançadas (DIAS JÚNIOR; COSTA, 2006; MYRRHA, 2009; MYRRHA *et al.*, 2014).

Diante disto, a proporção de pessoas com mais de 65 anos para cada 100 jovens com menos de 15 anos sofreu um constante crescimento no país. Em 1960, eram 6,4 idosos para cada 100 jovens, em 2010 esse número aumentou para 30,7 e estimativas apontam que no ano de 2050, o Brasil terá cerca de 172 idosos para cada 100 jovens (IBGE, 2010).

Associada a essa transição demográfica, presenciamos também uma modificação no cenário das doenças e agravos mais prevalentes na população. Em 1930, as doenças infecciosas e parasitárias representavam 45,7% do total de óbitos do país. Em 2000, esse número caiu para 5,9%. Enquanto isto, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aumentaram sua participação de 11,8% para 31,3% do total de óbitos ocorridos no mesmo período (SILVA-JUNIOR, 2009; JÚNIOR; OLIVEIRA; SILVA, 2014). Estas se caracterizam por apresentarem: curso longo (maior que três meses), início e evolução lentos, tendência de serem definitivas e permanentes, múltiplas causas e ausência de padrões regulares ou previsíveis (MENDES, 2012).

No Brasil, estima-se que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, e destes, no mínimo, 10% com comorbidades (FERREIRA *et al.*, 2010).

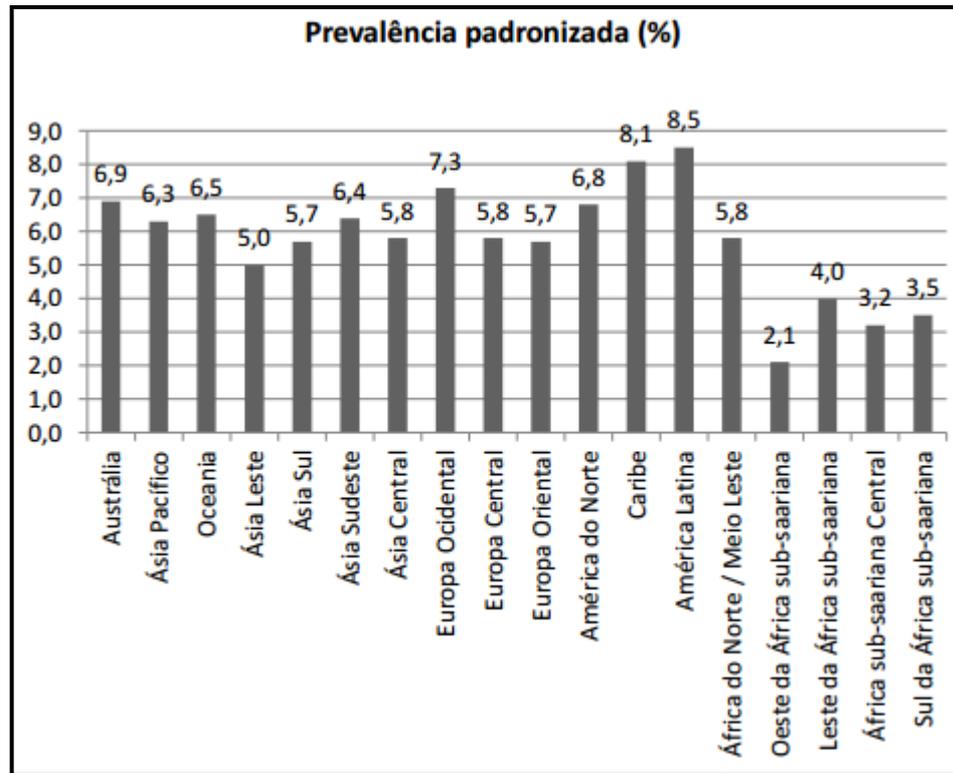
Dentre as DCNT, podemos citar a demência, uma síndrome que cresce em número e importância e é caracterizada pelo comprometimento de numerosas funções corticais superiores – tais como a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento – acompanhado, habitualmente, por uma deterioração do controle emocional, do comportamento social e da motivação (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Em 2010 foi estimado que 35,6 milhões de pessoas no mundo tivessem demência, valor 45,5% superior à estimativa realizada em 2005. Nessa proporção, o número de pessoas acometidas com esta síndrome dobraria a cada 20 anos, atingindo, assim, cerca de 81,1 milhões de indivíduos em 2040 (WHO, 2012; FERRI, 2012).

A grande maioria dos trabalhos sobre a prevalência de demência foi realizada em países desenvolvidos, com realidades socioeconômicas diferentes da brasileira. Em uma revisão publicada por Ferri *et al.* em 2005, na qual foi utilizada a divisão das regiões do mundo proposta pela OMS, foi encontrada prevalência de demência variando entre 1,6% na África a 6,4% na América do Norte em pessoas com 60 anos ou mais de idade.

Em 2012, a OMS revisou esses dados, com base em artigos mais recentes e a prevalência continuou sendo mais baixa na África, mas a região com a taxa mais elevada de demência em indivíduos idosos foi a América Latina com 8,5% (Figura 1).

Figura 1 – Prevalência de demência nas diversas regiões do mundo



Fonte: WHO, 2012

A prevalência de demência no Brasil encontrada no estudo realizado na cidade de Catanduva por Herrera Júnior *et al.* (2002) foi de 7,1% nas pessoas com idade de 65 anos ou mais. Neste estudo, de acordo com a faixa etária, a prevalência dobrou aproximadamente a cada 5 anos: entre 65 a 69 anos a prevalência de demência encontrada foi de 1,3%, entre 70 a 74 anos, de 3,4%, entre 75 a 79 anos, de 6,7%; entre 80 a 84 anos, de 17%; e, a partir dos 85 anos, a prevalência foi de 37,8%.

Burlá *et al.* (2013), com o objetivo de projetar o número de idosos demenciados no Brasil, utilizou medidas de prevalência por grupos de idade enumerada pelo Censo Demográfico de 2010, e apontou que projeções para a população brasileira indicam um pequeno crescimento na taxa de prevalência de demência na população com 65 anos e mais, de 7,6% para 7,9% entre 2010 e 2020, o que equivale a 55.000 novos casos por ano.

Dependendo da causa e do estágio do quadro demencial, a doença não afeta apenas o paciente, mas traz repercussões também para a estrutura familiar, uma vez que o idoso com demência acaba necessitando que sua família assuma a responsabilidade de seu cuidado em domicílio, devido às limitações trazidas pela patologia.

1.2. O cuidado ao idoso com demência

O cuidado é uma prática inerente à condição humana que permeia a relação entre os seres vivos durante todo o ciclo da vida, sendo transmitida de geração para geração, por meio da cultura e educação (POTTER; PERRY, 2004).

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação (BRASIL, 2008).

No contexto brasileiro, este cuidado é culturalmente realizado pela família, sendo esta a fonte primária de apoio. A literatura gerontológica define o cuidador como a pessoa da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa que não tenha mais possibilidade de realizar algumas tarefas, que vão desde a higiene pessoal até a administração financeira da família; com ou sem remuneração (CRUZ; HAMDAN, 2008; NOVELLI; NITRINI; CARAMELLI, 2010; BAUAB; EMMEL, 2014).

Quanto à tipologia, dependendo do vínculo com o idoso, os cuidadores podem ser classificados como formais ou informais. Os cuidadores formais são profissionais que prestam cuidados remunerados, utilizando de habilidades e competências originadas em treinamentos específicos; e os informais, são geralmente familiares, amigos próximos ou vizinhos, que prestam cuidado de maneira voluntária, sem vínculo empregatício e sem remuneração (BRAGA *et al.*, 2016). O cuidador também pode ser classificado de acordo com o tipo de cuidado que exerce, podendo ser primário, secundário ou terciário. Tal categorização depende do grau de envolvimento ou do período em que esse cuidado é prestado. (NERI, 2008; SANTOS, 2010).

Estudos nacionais mostram que o cuidador do idoso brasileiro é predominantemente familiar, do sexo feminino, esposa ou filha, com idade entre 50 e 60 anos, que reside na mesma casa e não recebe ajuda para realizar o cuidado (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2013; PAIVA *et al.*, 2015; ARAUJO; GERZSON; OLIVEIRA, 2016). No contexto internacional, o perfil também é semelhante (ROBERTO; JARROTT, 2008; FREEDMAN; SPILLMAN, 2014).

Uma meta-análise norte-americana, com 168 estudos publicados em 30 anos sobre cuidadores de idosos, observou que os cuidadores eram mulheres, com idade mais avançada, baixa renda e que moravam junto com o idoso cuidado. Verificou também que o comportamento de idosos com alterações cognitivas são considerados como estressantes e vistos como efeitos negativos do cuidado, principalmente para cuidadoras esposas, as quais

apresentam maior sobrecarga física e financeira, pior saúde física e maior presença de sintomas depressivos (PINQUART; SÖRENSEN, 2011).

Portanto, cuidar de um idoso com demência pode causar cansaço, sobrecarga e estresse para o cuidador e afetar sua saúde física e mental (SOMMERHALDER; NERI, 2012; GRATÃO *et al.*, 2013; BARP; VILELA, 2015).

1.3. Sobrecarga e estresse percebido do cuidador

Cuidar de um idoso doente pode acarretar, em alguns momentos, angústia no cuidador, especialmente, por não saber como lidar com algumas situações decorrentes do processo de envelhecimento ou da doença do idoso, o que pode gerar maior sobrecarga e estresse (NERI, 2008; SANTOS, 2010).

Soares e Munari (2007) caracterizam a sobrecarga como problemas ou dificuldades verificáveis e observáveis causadas pelo comportamento do paciente, também relacionada aos sentimentos pessoais sobre o ato de cuidar.

Quando está relacionada à tarefa do cuidar, a sobrecarga é definida como a quantidade ou qualidade da demanda que vai além da capacidade de desempenho do cuidador, seja por falta de tempo ou de preparo, que ocasionam exaustão, despersonalização e ineficácia no desempenho do papel do cuidador (SOUZA *et al.*, 2015).

Gratão *et al.* (2012), com o objetivo de identificarem a dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador, por meio de um estudo epidemiológico e transversal com 574 idosos e 124 cuidadores, concluíram que a dependência do idoso foi fator de risco para a sobrecarga do cuidador.

Barbosa *et al.* (2011) ressaltam que o cuidado a idosos demenciados está associado a elevados níveis de estresse e insatisfação, devido à grande dependência e frequentes distúrbios comportamentais que acompanham a doença. De acordo com Guerrer e Bianchi (2008) o estresse pode ser definido como um estado em que ocorre um desgaste anormal do corpo humano, ocasionado basicamente por uma incapacidade prolongada do indivíduo tolerar, superar ou se adaptar às exigências existentes no seu ambiente de vida.

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

Desta forma, vivenciar o cuidado de um idoso dependente pode ser um fator de risco para doenças caso o cuidador perceba essa situação como estressante.

Méndez *et al.* (2010) avaliaram, entre outras variáveis, a sobrecarga e o estresse em cuidadores familiares de pessoas com Doença de Alzheimer e encontraram relação entre essas duas variáveis, sendo que quanto maior a sobrecarga, maior o estresse percebido e vice-versa.

Pesquisas a respeito do estresse e sobrecarga dos cuidadores têm sido conduzidas e achados interessantes a esse respeito tem contribuído para que esta linha de investigação tenha se tornado clássica na gerontologia (MARIM *et al.*, 2013; SOUZA *et al.*, 2015; LINO *et al.*, 2016). Por outro lado, estudos sobre os benefícios da tarefa de cuidar ou o aprofundamento de variáveis associadas aos modelos teóricos de estresse e sobrecarga que mostrem possibilidades de intervenção podem trazer contribuições importantes para esta área do conhecimento.

Nesse sentido, estudos tem mostrado que os cuidadores podem enfrentar a situação de cuidado com menos estresse e sobrecarga, uma vez que é uma experiência singular que decorre de processos adaptativos que são o reflexo de diferentes estratégias individuais utilizadas pelos cuidadores (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012; GARCES *et al.*, 2012; MOTA; REGINATO, 2015). Entre os benefícios reconhecidos pelos cuidadores estão o aumento da capacidade de enfrentar desafios, sentimentos de orgulho, solidariedade, realização, retribuição, redefinição no sentido da vida, melhora no relacionamento com idoso e continuidade da tradição familiar (DUARTE; DIOGO, 2011).

Para Sequeira (2007), o ato de cuidar pode ser encarado como um ato de amor, uma relação de afetividade entre quem cuida e quem recebe o cuidado, proporcionando, deste modo, ao cuidador certo sentido de vida.

Barbosa *et al.* (2011) apresentam a percepção dos cuidadores sobre o lado positivo da prestação de cuidados ao idoso com demência e apontam a manutenção da dignidade; o sentimento de estar contribuindo para o bem-estar da pessoa com demência; o cuidado como uma fonte de aprendizagem e enriquecimento pessoal e o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências como fatores positivos do ato de cuidar.

Estudos têm apontado que uma orientação otimista na vida estaria relacionada ao bem estar psicológico e físico, melhorando a capacidade para o enfrentamento de situações estressantes e a manutenção da saúde (FERNÁNDEZ-LANSAC *et al.*, 2012). Para Nascimento e Nunes (2010) o enfrentamento tem sido importante no sentido de entender a adaptação do indivíduo a diferentes fases do desenvolvimento e a situações consideradas estressantes.

1.4. Estratégias de enfrentamento no cuidado

O enfrentamento, também designado como *coping* na literatura científica, refere-se às respostas comportamentais e/ou cognitivas das quais um indivíduo emprega para gerenciar, adaptar-se ou admitir um evento oneroso (FORTES, 2005). Representando, assim, as maneiras como as pessoas lidam com situações estressantes (e não no controle bem-sucedido de situações-problema, como comumente se pensa).

De acordo com Neri (2014), as estratégias de enfrentamento provêm de processos aos quais as pessoas alteram seu ambiente ou “regulam o próprio comportamento quando expostos a estresses da natureza biológica, psicológica ou social, ou quando antecipam que vão sofrer desafios a seus recursos adaptativos” (NERI, 2014, p.144).

Uma forma de considerar as estratégias de enfrentamento é conceituando-as como “o estilo” ou “os estilos”, relativamente invariáveis, por meio dos quais as pessoas lidam com situações que impõem forte demanda aos seus recursos emocionais. Ou seja, são interativas, situacionais (FORTES, 2005) e consideradas um fator de proteção dos indivíduos, que têm como finalidade atuar na redução, supressão ou manejo de situações desgastantes (SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001).

Simonetti e Ferreira (2008) com o objetivo de detectarem as estratégias de *coping* utilizadas por cuidadores familiares de idosos com doenças crônicas por meio de um estudo qualitativo, constataram que as estratégias mais utilizadas estavam centradas na emoção, por meio do apego à religião, renúncia e minimização dos impactos negativos.

Desta forma, identificar aspectos positivos, que possam auxiliar na compreensão da melhor adaptação para o papel de cuidador, parece ser um caminho de investigação gerontológica importante, em um cenário em que o cuidado ao idoso com demência começa a se tornar um grave problema de saúde pública.

1.5. Intergeracionalidade e o cuidado

Paralelamente ao envelhecimento populacional, constata-se uma transformação na constituição, na dinâmica e organização das famílias. Entretanto, essas transformações não aboliram o convívio entre as gerações no cotidiano característico de muitas famílias, em que se destaca o cuidado intergeracional. A literatura mostra que os mais velhos cuidam dos mais jovens em certos momentos, e em outros serão por eles cuidados (BUDÓ, 2004; FLORES *et al.*, 2011).

Caracteriza-se o cuidado intergeracional como aquele em que todos cuidam e são cuidados, conforme suas singularidades e diversidades, dependendo da fragilidade em que se encontra, no momento, a pessoa a ser cuidada.

De acordo com Flores *et al.* (2011) compreender e vivenciar o envelhecimento populacional, de forma positiva ou negativa, está relacionado ao olhar das outras gerações, isto é, à forma como as demais gerações interpretam e vivenciam o processo de envelhecer, mesmo fazendo parte de outras faixas etárias.

Marconi e Oliveira (2010) investigaram as relações intergeracionais de avós que cuidavam de seus netos adolescentes de diferentes camadas sociais do Distrito Federal e concluíram que o papel de avós cuidadores estava frequentemente associado a sentimentos de gratidão.

Geurts, Tiburg e Poortman (2012) em uma pesquisa longitudinal de 13 anos (1992-2005) com 394 avós holandeses e 1594 netos concluíram que idosos que mantêm relações mais próximas com seus netos promovem a continuidade destas quando os netos estão em fase adulta, sendo que estes se tornam importantes fontes de cuidado para os avós.

As trocas intergeracionais representam um importante recurso para as famílias (FERRIGNO, 2007), logo, especial atenção deve ser dada a qualidade das relações que são estabelecidas neste contexto. Ramos (2011) ressalta que é na infância que as relações intergeracionais tendem a se formar com maior intensidade, visto que é nesta fase que as crianças passam mais tempo com os avós e são cuidados por eles com maior frequência.

Desta forma, será que a convivência intergeracional pode ajudar a explicar diferenças entre sobrecarga, estresse e enfrentamento de cuidadores de idosos? Nossa pergunta de pesquisa é, portanto, se há diferença nos níveis de sobrecarga, estresse e enfrentamento de cuidadores de idosos com demência que conviveram com idosos em sua infância. O fato de ter convivido na infância com idosos trazem diferenças nos grupos com relação a sua sensibilidade e vulnerabilidade para enfrentar certos acontecimentos, assim como para interpretar e reagir diante de eventos estressores?

Se os dados indicarem positivamente para esta direção, talvez possamos exaltar o maior convívio com os idosos na atualidade, provocado pela longevidade da população, como um fator positivo para as crianças, que poderão no futuro desempenhar o cuidado a seus pais idosos, com desfechos mais positivos em relação a sua saúde física e psicológica.

OBJETIVOS

2 – OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Analisar a relação entre a sobrecarga, o estresse percebido e o enfrentamento de cuidadores de idosos com demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sócio demográfico, a sobrecarga, o estresse percebido e o enfrentamento de cuidadores de idosos diagnosticados com algum tipo de demência.
- Descrever o perfil sócio demográfico e o contexto de cuidado de uma amostra de idosos diagnosticados com algum tipo de demência.
- Identificar a relação entre as variáveis enfrentamento e sobrecarga de cuidadores de idosos diagnosticados com algum tipo de demência.
- Identificar a relação entre as variáveis enfrentamento e estresse percebido de cuidadores de idosos diagnosticados com algum tipo de demência.
- Comparar a sobrecarga, o estresse percebido e o enfrentamento de cuidadores de idosos diagnosticados com algum tipo de demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância.

3 – MÉTODO

3.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e comparativo de caráter quantitativo. A pesquisa quantitativa considera que tudo possa ser contável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. É focada na mensuração de fenômenos, envolvendo a coleta e análise de dados numéricos e aplicação de testes estatísticos (COLLIS; HUSSEY, 2005).

3.2. Procedimentos éticos

Foram respeitadas todas as recomendações da Resolução 466/2012 regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Os participantes da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e os procedimentos para a coleta de dados. As entrevistas e avaliações foram realizadas apenas após o esclarecimento e consentimento prévio dos cuidadores, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O projeto foi aprovado pelo coordenador do Ambulatório de Neurologia Cognitiva e Comportamental da UFSCar (ANEU) (ANEXO 1) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (Parecer nº 1.225.763/2015) (ANEXO 2).

3.3. Local do estudo

O estudo foi realizado com cuidadores de idosos com demência cadastrados no Ambulatório de Neurologia Cognitiva e Comportamental da UFSCar (ANEU), sediado no Centro Municipal de Especialidades de São Carlos-SP (CEME). O ANEU é um ambulatório médico especializado, que atende pessoas com transtornos cognitivos e comportamentais associados a doenças neurológicas e não neurológicas, destacando-se as demências. A coleta de dados ocorreu no domicílio dos cuidadores.

3.4. Participantes

O estudo foi realizado com cuidadores informais de idosos diagnosticados com algum tipo de demência, confirmada após avaliação clínica pelo médico neurologista responsável pelo ANEU.

Foram considerados cuidadores familiares, com 18 anos ou mais, que prestam cuidados à pessoa com demência há, no mínimo, 6 meses, podendo residir ou não com o idoso e que aceitaram participar da pesquisa.

Do total de idosos cadastrados no ambulatório (n=114), 102 cuidadores foram entrevistados (10 cuidadores não atenderam ao telefone por três vezes em dias e horários diferentes para o agendamento da visita e foram excluídos da pesquisa; e, 2 cuidadores relataram falecimento dos idosos que prestavam cuidado)

Os participantes da pesquisa foram divididos em dois grupos: cuidadores que conviveram com idosos durante a sua infância (n=66) e cuidadores que não conviveram com idosos durante a sua infância (n=36), que, posteriormente, foram pareados por faixa etária, sexo, grau de escolaridade e tipo de demência do idoso.

Foi realizada uma estimativa amostral, a priori, utilizando o Software G Power (FAUL F., 1992-2014): tamanho do efeito=0,4, $\alpha=0,05$, $\beta=0,8$, para 2 grupos. Após o cálculo, obteve-se o valor mínimo de 42 indivíduos, sendo dois grupos de 21 pessoas cada.

3.5. Procedimentos para a coleta dos dados

Foram realizadas as seguintes etapas para a coleta de dados:

Contato com ANEU e seleção da amostra: Inicialmente, foi solicitada aprovação do coordenador responsável pelo ANEU para a realização da pesquisa. Após esta ser concedida, foram identificados os idosos com demência cadastrados no ambulatório, por meio de dados dos prontuários individuais.

Utilizando-se dos telefones cadastrados, um contato prévio foi feito com os familiares desses idosos para verificar a presença de um cuidador familiar e agendamento da entrevista.

Entrevistas: As entrevistas foram individuais, realizadas no domicílio do cuidador e somente eram iniciadas após o esclarecimento sobre a pesquisa, aceite de participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). O cuidador que não se encontrava no domicílio ou não atendeu ao telefone após três tentativas, foi excluído da pesquisa. As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora e tinham duração de, aproximadamente, 30 minutos. Foi garantida a privacidade do participante durante todo o procedimento de coleta de dados. Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados: questionário de identificação sociodemográfica e de saúde do cuidador e de aspectos relacionados ao cuidado (APÊNDICE 2); Inventário de Estratégias de Enfrentamento (ALDWIN; SUTTON; LACHMAN, 1996) (ANEXO 3), para avaliar as maneiras como os cuidadores lidam com problemas ou emoções negativas; Escala de Sobrecarga de Zarit (“Zarit

Burden Scale”) (ZARIT *et al.*, 1980; SCAZUFCA, 2002) (ANEXO 4), para avaliação da sobrecarga dos cuidadores; e, Escala de Estresse Percebido (COHEN; KARMARCK; MERMELSTEIM, 1983; LUFT *et al.*, 2007) (ANEXO 5), para mensuração do grau no qual os cuidadores percebem as situações como estressantes.

3.6. Análise dos dados

Os dados foram inseridos em uma planilha do *Microsoft Office Excel*TM, com realização de dupla digitação, validação e conferência dos dados. Posteriormente, estes foram transportados para o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 19,0, para as análises estatísticas.

As análises descritivas foram apresentadas no formato de tabelas com frequência e medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão - DP). O teste de *Shapiro-Wilk* foi utilizado para verificar a normalidade nos dados com amostras menores que 50 elementos e o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, para amostras maiores que 50 elementos.

Foi utilizado o *Teste Correlacional de Spearman* para análise de correlação entre os dados não paramétricos; o *Teste de Mann-Whitney* para comparação não paramétrica das médias dos instrumentos entre os grupos; o *Teste “t” para amostras independentes* para comparação pareada dos dados paramétricos; e, o *Teste de Wilcoxon* para comparação pareada dos dados não paramétricos.

Os níveis de confiança e significância adotados foram, respectivamente, 95% e 5% ($p \leq 0,05$).

3.7. Instrumentos de coleta de dados

3.7.1. Questionário de caracterização: Foi construído um instrumento para identificação dos cuidadores participantes da pesquisa, sendo composto por *informações pessoais* (idade, sexo e estado civil); *perfil social* (escolaridade, profissão/ocupação e horas de trabalho); *informações sobre o contato com idosos na infância* (quanto tempo e com quem); *condições de saúde*; e, *aspectos do cuidado* (funções exercidas, número de dias e horas de cuidado, informações do cuidador)

3.7.2. Inventário de Estratégias de Enfrentamento: Foi elaborado por Aldwin, Sutton e Lachman em 1996 para investigar as formas como as pessoas reagem a situações que exigem recursos adaptativos, requerendo a adoção de estratégias para exigências internas e externas

do cotidiano. De acordo com Aldwin e Gilmer (2004), as estratégias de enfrentamento podem ser agrupadas em cinco categorias básicas: enfrentamento focalizado no problema, enfrentamento focalizado da emoção, enfrentamento por meio de suporte social, enfrentamento religioso e enfrentamento ligado à busca de um significado para o problema. O instrumento corresponde a esse raciocínio e consiste em 19 questões escalares de quatro pontos indicativas da frequência do uso das estratégias (1=nunca, 2=raramente, 3=quase sempre e 4=sempre). Quanto maior a pontuação no instrumento, melhor o nível de enfrentamento.

3.7.3. Escala de Sobrecarga de Zarit: Foi desenvolvido por Zarit et al. em 1980, e traduzido e validado para o Brasil por Sczufca em 2002, em um estudo com cuidadores informais de indivíduos com doenças mentais. É composto por 22 itens em que as questões referem-se à relação cuidador-paciente, avaliação da condição de saúde, bem-estar psicológico, finanças e vida social. As respostas variam de 0 a 4, de acordo com a presença ou intensidade de uma resposta afirmativa (0=nunca, 1=raramente, 2=algumas vezes, 3=frequentemente e 4=sempre). A exceção é o último item da escala, que trata-se de uma pergunta com conotação negativa e deve ter sua pontuação invertida. O escore total da escala é obtido adicionando todos os itens e varia de 0 a 88. Quanto maior o escore, maior a sobrecarga do cuidador.

3.7.4. Escala de Estresse Percebido: Proposta por Cohen, Karmack e Mermelsteinm em 1983, a escala foi e traduzida para a língua brasileira e validada para idosos por Luft et al. em 2007, e tem como objetivo medir o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. A PSS possui 14 questões com opções de resposta que variam de 0 a 4 (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre; 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas negativamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56, sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse percebido.

RESULTADOS

4 – RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em cinco partes. A primeira refere-se a uma descrição do perfil sócio demográfico e de saúde dos cuidadores de idosos com demência. A segunda relata sobre o perfil dos idosos e o contexto de cuidado. A terceira demonstra os níveis de sobrecarga, estresse percebido e enfrentamento dos cuidadores de idosos com demência e a relação entre essas variáveis. A quarta descreve e compara sobrecarga, estresse percebido e enfrentamento dos grupos de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância. E, finalmente, a quinta, faz uma análise pareada destes grupos.

4.1. Caracterização sociodemográfica e de saúde dos cuidadores informais de idosos com demência

Foram realizadas entrevistas individuais com 102 cuidadores informais de idosos com demência, cadastrados no ANEU no município de São Carlos, interior do estado de São Paulo.

As características sociodemográficas dos cuidadores, de acordo com sexo, faixa etária, estado civil e escolaridade estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência, segundo as variáveis sexo, faixa etária, estado civil e escolaridade. São Carlos-SP, 2017.

VARIÁVEL	n	%	Média (±dp*)	Mediana	Varição (mínimo-máximo)
Sexo					
Feminino	93	91,2			
Masculino	9	8,8			
Faixa etária (anos)					
			57,1 (±12,7)	55,5	24-87
20-29	1	1,0			
30-39	4	3,9			
40-49	28	27,4			
50-59	27	26,5			
60-69	21	20,6			
70-79	16	15,7			
≥80	5	4,9			
Estado civil					
Solteiro(a)	8	7,8			
Casado(a) / Mora com companheiro(a)	78	76,5			
Divorciado(a) / Separado(a)	7	6,9			
Viúvo(a)	9	8,8			
Escolaridade (anos)					
			7,6 (±3,9)	8,0	3-18
Analfabeto	0	0,0			
1 a 7	45	44,1			
≥ 8	57	55,9			

*dp = desvio padrão

Os dados mostram que os cuidadores informais de idosos com demência são, em sua maioria, do sexo feminino (n=93; 91,2%). A idade média foi de 57,1 (±3,9), com predomínio de cuidadores entre 40 e 49 anos.

Em relação à situação conjugal a maioria dos cuidadores eram casados (n=78; 76,5%). A média de anos de estudo foi de 7,6 (±3,9) anos, sendo que 57 cuidadores (55,9%) estudaram 8 anos ou mais.

Dos entrevistados, 32,4% (n=33) relataram trabalhar fora. A distribuição dos cuidadores de acordo com as profissões/ocupações estão descritas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência, que trabalham fora, segundo as profissões/ocupações relatadas. São Carlos-SP, 2017.

Profissão/ Ocupação*	n	%
Cuidador(a)	6	18,2
Professor(a)	4	12,1
Diarista/ Doméstica/ Cozinheiro(a)	5	15,1
Vendedor(a)	6	18,2
Recepcionista/ Atendente	3	9,1
Engenheiro(a)	3	9,1
Outros**	6	18,2
Total	33	100

*As profissões afins foram agrupadas na mesma categoria.

**Inclui as profissões mencionadas apenas por uma pessoa cada.

Nota-se que entre as profissões/ocupações, 6 (18,2%) eram cuidadores(as) ou vendedores(as). As horas de trabalho variaram entre 4 a 12 diárias, com uma média de 8,15 ($\pm 2,2$) horas. Os dias de trabalho variaram entre 3 a 7 semanais, com uma média de 4,9 ($\pm 1,1$) dias da semana.

Dos que relataram não trabalhar fora, 4 (3,9%) deixaram de trabalhar para serem cuidadores, 6 (5,9%) são pensionistas, 7 (6,9%) são aposentados e 52 (51,0%) são do lar.

Com relação às condições de saúde, os cuidadores participantes deste estudo foram questionados sobre a presença ou não de problemas de saúde e 63,7% (n=65) relataram alguma morbidade presente. A Tabela 3 mostra a distribuição dos cuidadores de acordo com os problemas de saúde autorreferidos.

Tabela 3 – Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência, segundo os problemas de saúde autorreferidos. São Carlos-SP, 2017.

Problemas de saúde*	n	%
Hipertensão arterial sistêmica	35	53,8
Diabetes mellitus	21	32,3
Depressão	9	13,8
Alterações na tireoide	6	9,2
Doenças cardíacas	9	13,8
Problemas de coluna	4	6,1
Enxaqueca/ Cefaleia	5	7,7
Doenças respiratórias	6	9,2
Osteoporose	4	6,1
Labirintite	2	3,0
Fibromialgia	1	1,5
Gastrite	1	1,5
Psoríase	1	1,5

*Categorias não mutuamente exclusivas.

Dentre os problemas de saúde autorreferidos pelos cuidadores, o mais prevalente foi hipertensão arterial sistêmica (n=35; 53,8%), seguido de diabetes mellitus (n=21; 32,3%). É importante ressaltar que os participantes puderam referir mais de um problema de saúde.

4.2. Perfil dos idosos com demência e contexto de cuidado

As características dos idosos com demência cuidados pelos cuidadores estudados, de acordo com sexo, faixa etária, tipo de demência e tempo de diagnóstico estão apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição dos idosos com demência, segundo as variáveis sexo, faixa etária, tipo de demência e tempo de diagnóstico. São Carlos-SP, 2017.

VARIÁVEL	n	%	Média (\pm dp*)	Mediana	Varição (mínimo-máximo)
Sexo					
Feminino	60	58,8			
Masculino	42	41,2			
Faixa etária (anos)					
			75,3 (\pm 7,9)	75,0	60-94
60-69	23	22,5			
70-79	49	48,0			
80-89	28	27,5			
\geq 90	2	2,0			
Tipo de demência					
Doença de Alzheimer	81	79,4			
Demência na Doença de Parkinson	16	15,7			
Demência vascular	0	0,0			
Demência mista	5	4,9			
Tempo de diagnóstico (meses)					
			43,4 (\pm 23,1)	36,0	12-120
0-12	2	2,0			
13-24	27	26,5			
25-36	29	28,4			
37-48	11	10,8			
49-60	12	11,7			
\geq 61	21	20,6			

*dp = desvio padrão

A maioria dos idosos com demência é do sexo feminino (n=60; 58,8%). A idade média foi de 75,3 (\pm 7,9), com predomínio de idosos entre 70 e 79 anos.

Em relação ao tipo de demência, a maioria dos idosos é diagnosticada com Doença de Alzheimer (n=81; 79,4%) e o tempo médio deste diagnóstico é de 43,4 (\pm 23,1) meses.

A Tabela 5 mostra a distribuição dos cuidadores de acordo com a relação de parentesco com os idosos com demência, classificação do cuidado, tempo de cuidado, horas diárias de cuidado e dias da semana que cuida.

Tabela 5 – Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência, segundo as variáveis parentesco com o idoso, classificação do cuidado, tempo de cuidado, horas diárias de cuidado e dias da semana que cuida. São Carlos-SP, 2017.

VARIÁVEL	n	%	Média ($\pm dp^*$)	Mediana	Varição (mínimo-máximo)
Cuida do seu(sua)					
Marido/ Esposa	33	32,3			
Pai/ Mãe	52	51,0			
Sogro(a)	5	4,9			
Irmão(ã)	5	4,9			
Tio(a)	7	6,9			
Mora com o idoso cuidado					
Sim	80	78,4			
Não	22	21,6			
Classificação do cuidador					
Primário	87	85,3			
Secundário	13	12,7			
Terciário	2	2,0			
Tempo de cuidado (meses)					
			43,4 ($\pm 25,8$)	36,0	12-144
0-12	4	3,9			
13-24	25	24,5			
25-36	29	28,4			
37-48	12	11,8			
49-60	14	13,8			
≥ 61	18	17,6			
Horas por dia de cuidado					
			17,4 ($\pm 8,8$)	24,0	2-24
1-4	10	9,8			
5-8	25	24,5			
9-12	2	1,9			
13-16	0	0,0			
≥ 17	65	63,8			
Dias da semana que cuida					
			6,5 ($\pm 1,4$)	7,0	2-7
1-2	7	6,9			
3-4	3	2,9			
5-6	3	2,9			
7	89	87,3			

*dp = desvio padrão

Percebe-se que a maioria dos cuidadores entrevistados cuida de seus pais (n=52; 51,0%), residem no mesmo domicílio que o idoso (n=80; 78,4%) e são cuidadores primários (n=87; 85,3%). O tempo médio de cuidado foi de 43,4 ($\pm 25,8$) meses. O número médio de horas gastas por dia dedicadas ao cuidado foi de 17,4 ($\pm 8,8$), por um período médio de 6,5 ($\pm 1,4$) dias da semana.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos cuidadores de acordo com as atividades realizadas no cuidado ao idoso com demência.

Tabela 6 – Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência, segundo a necessidade de ajuda do idoso para realização das atividades diárias. São Carlos-SP, 2017.

Atividade	Realiza completamente a atividade		Ajuda o idoso a fazer a atividade		Não realiza ou ajuda o idoso a fazer por algum motivo	
	n	%	n	%	n	%
Higiene corporal	22	21,6	20	19,6	60	58,8
Higiene oral	23	22,5	14	13,7	65	63,7
Eliminações fisiológicas	19	18,6	19	18,6	64	62,7
Alimentação	6	5,9	13	12,7	83	81,4
Preparo da alimentação	67	65,7	12	11,8	23	22,5
Medicação	57	55,9	36	35,3	9	8,8
Levar a consulta médica e/ou atividades terapêuticas	78	76,5	24	23,5	0	0,0
Movimentação e transferência	12	11,8	27	26,5	63	61,8
Tarefas domésticas	69	67,6	11	10,8	22	21,6
Fazer compras	80	78,4	21	20,6	1	1,0
Pagar contas	79	77,5	22	21,6	1	1,0
Receber aposentadoria ou pensão	50	49,0	50	49,0	2	2,0

A atividade que os cuidadores mais referiram auxiliar completamente o idoso foi fazer compras (n=80; 78,4%), seguido de pagar contas (n=79; 77,5%) e levar a consultas médicas e/ou atividades terapêuticas (n=78; 76,5%).

As atividades que os idosos com demência menos necessitam de ajuda foram: alimentação (n=83; 81,4%), higiene oral (n=65; 63,7%), eliminações fisiológicas (n=64; 62,7%) e movimentação e transferência (n=63; 61,8%).

Com relação a ajuda recebida para o cuidado, 35,3% (n=36) dos cuidadores relataram que recebem auxílio de alguém para a realização das atividades diárias do idoso, sendo que a quantidade média de pessoas que os ajudam é de 1,5 ($\pm 0,6$).

A Tabela 7 apresenta as atividades relatadas pelo cuidadores em que eles recebem ajuda.

Tabela 7 – Distribuição das atividades em que os cuidadores informais de idosos com demência recebem ajuda de terceiros para a realização do cuidado. São Carlos-SP, 2017.

Atividade	Recebem ajuda		Não recebem ajuda	
	n	%	n	%
Higiene corporal	15	41,7	21	58,6
Higiene oral	10	27,8	26	72,2
Eliminações fisiológicas	13	36,1	23	63,9
Alimentação	8	22,2	28	77,8
Preparo da alimentação	27	75,0	9	25,0
Medicação	25	69,4	11	30,6
Levar a consulta médica e/ou atividades terapêuticas	22	61,1	14	38,9
Movimentação e transferência	20	55,6	16	44,4
Tarefas domésticas	31	86,1	5	13,9
Fazer compras	10	27,8	26	72,2
Pagar contas	13	36,1	23	63,9
Receber aposentadoria ou pensão	11	30,6	25	69,4

É possível visualizar que as atividades que os cuidadores mais recebem ajuda são: tarefas domésticas (n=31; 86,1%), preparo da alimentação (n=27; 75,0%) e administração de medicamentos (n=25; 69,4).

Os cuidadores informais de idosos com demência foram questionados sobre a ajuda que recebem ou procuram em entidades assistenciais para o cuidado ao idoso, o que foi apresentado na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência segundo o tipo de ajuda que recebem ou procuram em entidades assistenciais. São Carlos-SP, 2017.

Entidades assistenciais	Recebem ou procuram ajuda		Não recebem ou não procuram ajuda	
	n	%	n	%
Igreja	79	77,5	23	22,5
Grupo de apoio da comunidade	32	31,4	70	68,6
Grupo de apoio da instituição de saúde	24	23,5	78	76,5
Serviço de assistência social	3	2,9	99	97,1

Nota-se que entre as atividades assistenciais, a mais procurada são as igrejas (n=79; 77,5%) e as menos procuradas os serviços de assistência social (n=3; 2,9%).

Com relação às informações sobre a doença e o cuidado, a maioria dos cuidadores informais de idosos com demência consideram-se poucos, mas suficientemente informados sobre a doença do idoso (n=39; 38,2%) e sobre como cuidar do idoso (n=36; 35,3%).

4.3. Sobrecarga, estresse e enfrentamento dos cuidadores informais de idosos com demência

Para avaliação da sobrecarga relacionada ao cuidado realizado pelos cuidadores informais de idosos com demência foi aplicada a Escala de Sobrecarga de Zarit, cuja pontuação total varia de 0 a 88. Quanto maior o escore, maior a sobrecarga do cuidador.

Neste estudo, os cuidadores apresentaram média de 36,8 ($\pm 13,5$). A Tabela 9 mostra a distribuição dos cuidadores de acordo com a distribuição da sobrecarga. Nota-se que a maioria dos cuidadores avaliados apresenta moderada sobrecarga (n=63; 61,8%).

Tabela 9 – Distribuição dos cuidadores, segundo a classificação de sobrecarga. São Carlos-SP, 2017.

Classificação da sobrecarga	n	%	Média ($\pm dp^*$)	Mediana	Varição (mínimo-máximo)
Ausência ou pequena (0-20)	8	7,8	36,8	33,0	18-67
Moderada (21-40)	63	61,8			
De moderada a severa (41-60)	22	21,6			
Severa (61-88)	9	8,8			

*dp = desvio padrão

Para avaliar o nível de estresse percebido utilizou-se a Escala de Estresse Percebido. O valor total da escala dá-se pela soma das pontuações das 14 questões do instrumento e os escores podem variar de 0 a 56, sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de estresse percebido. Na amostra avaliada, os cuidadores apresentaram média de 30,4 ($\pm 9,3$) (Tabela 10).

No que se refere à avaliação do enfrentamento, foi utilizado o Inventário de Estratégias de Enfrentamento. O instrumento possui 19 questões e o escore global pode variar de 19 a 76, sendo que quanto maior a pontuação no instrumento, melhor o nível de enfrentamento. Neste estudo, os cuidadores apresentaram média de 51,1 ($\pm 10,6$) (Tabela 10).

Tabela 10 – Análise descritiva da Escala de Estresse Percebido e do Inventário de Estratégias de Enfrentamento. São Carlos-SP, 2017.

VARIÁVEIS	Média ($\pm dp^*$)	Mediana	Varição (mínimo-máximo)
Estresse percebido	30,4 ($\pm 9,3$)	29,0	14-53
Enfrentamento	51,1 ($\pm 10,6$)	53,0	19-67

*dp = desvio padrão

Para analisar a relação entre as variáveis enfrentamento e sobrecarga e enfrentamento e estresse utilizou-se o teste correlacional de *Spearman* para amostras não paramétricas. Os resultados da correlação estão descritos na Tabela 11.

Tabela 11 – Análise correlacional entre as variáveis enfrentamento, sobrecarga e estresse. São Carlos-SP, 2017.

	Escore na Escala de Sobrecarga de Zarit		Escore na Escala de Estresse Percebido	
	rho	p-valor	rho	p-valor
Escore no Inventário de Estratégias de Enfrentamento	-0,747	0,000*	-0,784	0,000*

*Associações estatisticamente significativas

A pontuação obtida no Inventário de Estratégias de Enfrentamento apresentou relação forte e inversamente proporcional com a pontuação obtida na Escala de Sobrecarga de Zarit ($\rho = -0,747$, $p < 0,01$) e com a pontuação obtida na Escala de Estresse Percebido ($\rho = -0,850$, $p < 0,01$).

4.4. Sobrecarga, estresse percebido e enfrentamento de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância

Com relação à convivência com idosos durante a infância, 35,3% ($n=36$) dos cuidadores relataram não ter nenhum tipo de convivência com idosos durante a infância e 64,7% ($n=66$) relatam ter convivido com idosos durante a infância. Destes, todos mencionam que esse(s) idoso(s) que convivia(m) era(m) membro(s) de suas famílias.

A tabela 12 descreve a faixa etária desta convivência, a frequência e o julgamento do relacionamento com esse(s) idoso(s).

Tabela 12 – Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência que conviveram com idosos durante a infância, segundo a faixa etária desta convivência, a frequência e o julgamento do relacionamento com esse(s) idoso(s). São Carlos-SP, 2017.

VARIÁVEL	n	%
Faixa etária que conviveu com idosos (anos)		
0-12	35	53,0
0-3	8	12,2
4-10	23	34,8
11-12	0	0,0
Frequência de convivência		
Mora com o(s) idoso(s)	32	48,5
1-2 vezes por semana	20	30,3
3-4 vezes por semana	1	1,5
5-6 vezes por semana	13	19,7
7 vezes por semana	0	0,0
Como julga o relacionamento com esse(s) idoso(s)		
Muito bom	27	41,0
Bom	29	43,9
Regular	9	13,6
Ruim	0	0,0
Péssimo	1	1,5

*dp = desvio padrão

Percebe-se que a maioria dos cuidadores morou com idoso(s) (n=32; 48,5%) durante toda a infância (n=35; 53%) e julga este relacionamento como “bom” (n=29; 43,9%). A análise da sobrecarga, estresse percebido e enfrentamento dos dois grupos está descrita na Tabela 13.

Tabela 13 – Análise descritiva e comparativa da Escala de Sobrecarga de Zarit, Escala de Estresse Percebido e do Inventário de Estratégias de Enfrentamento do grupo de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram com idoso(s) na infância (n=66) (G1) e do grupo de cuidadores informais de idosos com demência que não conviveram com idoso(s) na infância (n=36) (G2). São Carlos-SP, 2017.

VARIÁVEIS	Média (\pm dp*)		Mediana		Variação (mínimo-máximo)		p-valor**
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	
Sobrecarga	32,7 (\pm 12,5)	44,4 (\pm 12,0)	31,0	41,0	18-67	21-65	0,000
Estresse percebido	27,1 (\pm 7,7)	36,3 (\pm 9,0)	26,5	37,5	14-48	18-53	0,000
Enfrentamento	55,3 (\pm 6,8)	43,3 (\pm 12,1)	56,0	42,0	40-67	17-65	0,000

*dp = desvio padrão; **Teste de Mann-Whitney

Para comparar as médias entre os dois grupos utilizou-se o Teste de Mann-Whitney para dados não paramétricos. Percebe-se, pela tabela que, a hipótese nula de igualdade das médias dos dois grupos, em todos os instrumentos utilizados foi rejeitada ($p=0,000$), assim, podemos concluir que o total do grupo de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram com idoso(s) durante a infância apresentam melhores resultados em todos os testes avaliados.

4.5. Análise pareada da sobrecarga, estresse percebido e enfrentamento de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância

Posteriormente à avaliação, os cuidadores informais de idosos com demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância, foram pareados por faixa etária (± 5 anos para mais ou para menos), sexo, grau de escolaridade e tipo de demência do idoso cuidado para uma análise de maior precisão, com uma amostra mais homogênea.

Encontrou-se pareamento entre 42 participantes, sendo 21 em cada um dos grupos. As características dos cuidadores, de acordo com sexo, faixa etária, escolaridade e tipo de demência do idoso cuidado, em cada um dos grupos estão descritas na Tabela 14

Tabela 14 – Distribuição dos cuidadores informais de idosos com demência que conviveram com idoso(s) na infância (G1) e do grupo de cuidadores informais de idosos com demência que não conviveram com idoso(s) na infância (G2), pareados por faixa etária, sexo, grau de escolaridade e tipo de demência do idoso cuidado. São Carlos, 2017.

VARIÁVEIS	n		%		Média ($\pm dp^*$)		Mediana		Variação (mín-máx)		p-valor**
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	G1	G2	
Sexo											
Feminino	21	21	100	100							
Masculino	0	0	0	0							
Faixa etária (anos)					58,8 ($\pm 8,0$)	61,7 ($\pm 8,6$)	57,0	61,0	48-82	51-87	0,266
45-49	2	0	9,6	0							
50-54	3	3	14,3	14,3							
55-59	8	7	38,0	33,3							
60-64	3	4	14,3	19,1							
65-69	4	3	19,1	14,3							
70-74	0	3	0	14,3							
75-79	0	0	0	0							
≥ 80	1	1	4,8	4,8							
Escolaridade (anos)					6,9 ($\pm 2,8$)	7,3 ($\pm 3,1$)	7,0	8,0	3-12	3-14	0,718
1 a 4	6	6	28,5	28,5							
5 a 8	9	10	42,8	47,7							
> 8	6	5	28,6	23,9							
Tipo de demência											
Doença de Alzheimer	18	18	85,7	85,7							
Demência na Doença de Parkinson	3	3	14,3	14,3							

*dp = desvio padrão; **Teste “t” para amostras independentes

O teste “t” para amostras independentes foi aplicado para confirmar se as médias de idade e escolaridade são estatisticamente iguais entre os grupos para garantir a homogeneidade da amostra. Considerando que, em ambos os casos, o valor de “p” foi maior que 0,05, aceita-se a hipótese nula (H0) de igualdade das médias, logo, pode-se concluir que as médias das variáveis idade e escolaridade são significativamente iguais entre o grupo de cuidadores informais de idosos que conviveram com idosos na infância e o grupo de cuidadores informais de idosos que não conviveram com idosos durante a infância.

A análise da sobrecarga, estresse percebido e enfrentamento dos grupos pareados estão descritas na Tabela 15.

Tabela 15 – Análise descritiva e comparativa da Escala de Sobrecarga de Zarit, Escala de Estresse Percebido e Inventário de Estratégias de Enfrentamento do grupo de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram com idoso(s) na infância (G1) e do grupo de cuidadores informais de idosos com demência que não conviveram com idoso(s) na infância (G2), pareados por faixa etária, sexo, grau de escolaridade e tipo de demência do idoso cuidado. São Carlos-SP, 2017.

VARIÁVEIS	Média (\pm dp*)		Mediana		Variação (mínimo-máximo)		p-valor
	G1	G2	G1	G2	G1	G2	
Sobrecarga	34,7 (\pm 13,3)	46,7 (\pm 11,7)	32,0	47,0	18-67	26-65	0,000***
Estresse percebido	27,8 (\pm 8,1)	38,2 (\pm 8,8)	27,0	39,0	16-48	18-53	0,000**
Enfrentamento	54,9 (\pm 7,8)	42,4 (\pm 12,5)	56,0	42,0	40-67	17-64	0,000**

*dp = desvio padrão; **Teste “t” para amostras independentes; ***Teste de Wilcoxon

Para comparar as médias dos escores da escala de enfrentamento e estresse entre os dois grupos, utilizou-se o Teste “t” para amostras independentes, já que se trata de dados paramétricos. Já para comparar as médias dos escores da escala de sobrecarga entre os dois grupos, utilizou-se o teste de Wilcoxon, já que se trata de dados não paramétricos.

Percebe-se, pela tabela que, a hipótese nula de igualdade das médias dos dois grupos em todas as variáveis foi rejeitada ($p=0,000$), o que indica que o grupo de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram com idosos na infância apresentam melhor enfrentamento, menor estresse e menor sobrecarga do que o grupo de cuidadores informais de idosos com demência que não conviveram com idosos na infância. O que nos leva a concluir que a convivência com idosos durante a infância traz uma experiência positiva para o cuidado quanto adulto.

DISCUSSÃO

5 – DISCUSSÃO

5.1. Caracterização sociodemográfica e de saúde dos cuidadores informais de idosos com demência

Participaram deste estudo, 102 cuidadores informais de idosos com demência, cadastrados no ANEU no município de São Carlos, interior do estado de São Paulo. A maioria do sexo feminino (n=93; 91,2%), casados (n=78; 76,5%), com idade média de 57,1 ($\pm 3,9$) anos e uma média de anos de estudo de 7,6 ($\pm 3,9$) anos.

Dados que corroboram com a maioria dos estudos realizados com cuidadores de idosos dependentes que vivem na comunidade das diversas regiões do Brasil, que indicam o perfil do cuidador como predominantemente familiar, do sexo feminino, com idade entre 50 a 60 anos, casadas e com escolaridade média de até 8 anos (GRATÃO *et al.*, 2012; DOS ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014; LOUREIRO *et al.*, 2014; LUCHESI, 2015; PAIVA *et al.*, 2015; LINO *et al.*, 2016).

Um estudo realizado no município de São Carlos-SP com 72 cuidadores primários de idosos com alterações cognitivas cadastrados em Unidades de Saúde da Família, mostrou que em regiões de muito baixa, baixa e média vulnerabilidade social, 89% dos cuidadores eram mulheres, 67% casados e com idade média de 50,4 anos. Já nas regiões de alta e muita alta vulnerabilidade, 86% eram mulheres, 58% casadas e com idade média de 49,6 anos (SANTOS; PAVARINI, 2010).

No contexto internacional, o perfil também é semelhante (ROBERTO; JARROTT, 2008; FREEDMAN; SPILLMAN, 2014). Uma meta-análise norte-americana, com 168 estudos publicados em 30 anos sobre cuidadores de idosos, observou que os cuidadores eram mulheres, casadas, com idade mais avançada, baixa renda e que moravam junto com o idoso cuidado (PINQUART; SÖRENSEN, 2011).

Em Portugal, Figueiredo, Lima e Sousa (2009), em um estudo com 99 cuidadores familiares de idosos com (52,5%) e sem (47,5%) demência, concluíram que a maioria dos cuidadores são mulheres (84,8%), casadas (78,8%) e com idade média de 57,1 anos.

Com relação às condições de saúde, os cuidadores participantes deste estudo foram questionados sobre a presença ou não de problemas de saúde e 63,7% (n=65) relataram alguma morbidade presente.

Dentre os problemas de saúde autorreferidos pelos cuidadores, o mais prevalente foi hipertensão arterial sistêmica (n=35; 53,8%), seguido de diabetes mellitus (n=21; 32,3%).

Dos Anjos, Boery e Pereira (2014), em um estudo com 58 cuidadores familiares de idosos cadastrados em Estratégias de Saúde da Família de um município do interior do Estado da Bahia, encontraram que 87,9% da amostra relataram apresentar pelo menos uma morbidade. Luchesi (2015) encontrou em um estudo com 313 idosos cuidadores de idosos que 62,9% possuíam hipertensão arterial, 46,6% problemas de coluna e 45,7% visão prejudicada.

Diferindo de nossos resultados, um estudo realizado em São Carlos-SP com 72 cuidadores primários de idosos com alterações cognitivas cadastrados em Unidades de Saúde da Família, mostrou que 66% dos cuidadores de idosos residentes em áreas menos pobres da cidade e 56% das áreas mais pobres relataram não possuir doenças (SANTOS; PAVARINI, 2010).

5.2. Perfil dos idosos com demência e contexto de cuidado

No que diz respeito aos idosos com demência dependentes de cuidado, em nosso estudo, a maioria era do sexo feminino (n=60; 58,8%), com idade média de 75,3 ($\pm 7,9$) anos.

Dados estes que corroboram com a literatura, que indica um perfil dos idosos com demência predominantemente feminino e com maior idade (CARVALHO 2010; STORTI, 2014; LINO *et al.*, 2016)

Gratão *et al.* (2012) avaliaram 70 idosos com alterações cognitivas e seus cuidadores, na cidade de Ribeirão Preto-SP, e encontraram prevalência de mulheres (75,7%) com idade média de 84,3 anos.

Valente *et al.* (2011), em um estudo ambulatorial em São Paulo-SP, avaliou 69 idosos dependentes de cuidado e seus cuidadores. Desses, 86,8% possuíam diagnóstico de demência, 63,3% eram mulheres e com média etária de 78,8 anos.

Ribeiro (2016) avaliou todos os idosos (n=75), com 65 anos ou mais, com diagnóstico de demência, que eram cadastrados no sistema de saúde do município de Paredes de Coura, em Portugal, e encontrou que a maioria é do sexo feminino (87,5%), com idade média de 83,1 ($\pm 7,37$) anos.

Em relação ao tipo de demência, a maioria dos idosos de nosso estudo é diagnosticada com Doença de Alzheimer (n=81; 79,4%) e o tempo médio deste diagnóstico é de 43,4 ($\pm 23,1$) meses.

Boff, Sekyia e Bottino (2015), em uma revisão sistemática sobre a prevalência de demência entre a população brasileira, concluíram que a doença de Alzheimer é a causa de demência com maior número de casos em todos os artigos analisados.

Nitrini *et al.* (2004), com o objetivo de verificarem a incidência de demência em uma população brasileira residente na comunidade, concluíram que a taxa de incidência de demência foi de 13,8 e a de Doença de Alzheimer foi de 7,7 a cada 1000 pessoas por ano em indivíduos com 65 anos ou mais.

Pimenta (2011), em um estudo com 312 idosos com demência na cidade de Belo Horizonte-MG, encontrou uma prevalência de Doença de Alzheimer em 79,8% da amostra e um tempo médio de diagnóstico de 45,8 meses.

Quanto aos aspectos do cuidado investigados nesta pesquisa, os dados mostram que a maioria dos cuidadores entrevistados cuida de seus pais (n=52; 51,0%), residem no mesmo domicílio que o idoso (n=80; 78,4%) e são cuidadores primários (n=87; 85,3%). O tempo médio de cuidado foi de 43,4 ($\pm 25,8$) meses. O número médio de horas gastas por dia dedicadas ao cuidado foi de 17,4 ($\pm 8,8$), por um período médio de 6,5 ($\pm 1,4$) dias da semana.

Corroborando com os nossos achados, Almeida, Borges e Shuhama (2016) avaliaram 30 cuidadores familiares de idosos restritos ao domicílio, na cidade de Ribeirão Preto-SP e identificaram que a maioria dos cuidadores primários são filhos (76,7%), que desempenham esta função por até nove anos e dedicam-se integralmente ao cuidado do idoso. O que também é comprovado por Cartaxo *et al.* (2012).

Das atividades que os cuidadores mais referiram fazer sozinhos pelos idosos com demência, as mais citadas foram: fazer compras (n=80; 78,4%), seguido de pagar contas (n=79; 77,5%) e levar a consultas médicas e/ou atividades terapêuticas (n=78; 76,5%).

Dados que vão de acordo com o apontado pela *National Alliance for Caregiving* (2009), que indica que as atividades que os cuidadores de pessoas com idade igual ou superior a 50 anos mais as auxiliam são: transporte (84%), tarefas domésticas (75%), compras (75%), preparo de refeições (64%) e manejo do dinheiro (62%).

Luchesi (2015), em um estudo com 313 cuidadores idosos de idosos, encontrou que as atividades que os idosos mais são auxiliados pelos cuidadores são: preparo da alimentação (78%), tarefas domésticas (70,6%) e manuseio do dinheiro (48,9%).

Com relação às informações sobre a doença e o cuidado, a maioria dos cuidadores informais de idosos com demência desta pesquisa consideram-se poucos, mas suficientemente informados sobre a doença do idoso (n=39; 38,2%) e sobre como cuidar do idoso (n=36; 35,3%).

Araújo, Oliveira e Pereira (2012), com o objetivo de identificarem o perfil dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, entrevistaram 58 cuidadores e concluíram que 68,9% dos entrevistados relataram possuir algum tipo de conhecimento sobre a patologia

do idoso. Lapola, Caxambu e Campos (2008), em um estudo semelhante, apontaram que 85% dos entrevistados possuíam algum conhecimento sobre a doença, adquirido, em sua maioria, em consultas médicas, materiais informativos ou internet.

5.3. Sobrecarga, estresse e enfrentamento dos cuidadores informais de idosos com demência

Para avaliação da sobrecarga relacionada ao cuidado realizado pelos cuidadores informais de idosos com demência foi aplicada a Escala de Sobrecarga de Zarit (ESZ). Neste estudo, os cuidadores apresentaram média de 36,8 ($\pm 13,5$) e mediana de 33,0, corroborando com a literatura nacional, que aponta uma pontuação média na ESZ para cuidadores de idosos com demência, entre 30 e 36 pontos (VALENTE *et al.*, 2011; GRATÃO *et al.*, 2012; SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014; PAIVA *et al.*, 2015; ARAÚJO; GERZSON; OLIVEIRA, 2016).

Lino *et al.* (2016), com o objetivo de identificar a prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes em uma região pobre do Rio de Janeiro, avaliaram 140 cuidadores utilizando a ESZ e concluíram que cerca de 60% da amostra possuem níveis moderados a elevados de sobrecarga. Taxa também relatada nos estudos de de Seima e Lenardt (2011) e Nardi, Sewada e Santos (2013), que avaliaram cuidadores de idosos com demência de diferentes classes sociais.

Oliveira e D'Elboux (2012) revisaram 76 trabalhos brasileiros e também identificaram índices elevados de sobrecarga em cuidadores, havendo um ônus maior naqueles que se encontravam em condições sociodemográficas desfavoráveis.

No cenário internacional, os resultados também são semelhantes. Bergvall *et al.* (2011), em um estudo com 866 cuidadores de pacientes diagnosticados com Doença de Alzheimer em diferentes países, encontraram média na ESZ de 31,7 pontos na Suíça, 32,8 pontos na Espanha, 35,3 pontos no Reino Unido e 30,6 pontos nos Estados Unidos.

No Japão, Hirakawa *et al.* (2008), em uma pesquisa com 1559 cuidadores de idosos, encontrou uma pontuação média na ESZ de 29,6 pontos para cuidadores de idosos com demência moderada e de 35,5 pontos para cuidadores de idosos com demência severa.

Para avaliar o nível de estresse percebido utilizou-se a Escala de Estresse Percebido – 14 itens (EEP-14). Na amostra avaliada, os cuidadores apresentaram média de 30,4 ($\pm 9,3$) pontos e mediana de 29,0 pontos, o que indica um moderado nível de estresse.

Luchesi (2015), em um estudo com 313 idosos cuidadores no município de São Carlos-SP, encontrou uma pontuação média de 18,5 ($\pm 9,7$) pontos, utilizando também a EEP-14.

Friedman *et al.* (2010) avaliaram 375 cuidadoras e 694 não cuidadoras, todas mulheres, com a EPP-14, dividindo-as em dois grupos: o de menor estresse (pontuação menor que 20) e o de maior estresse (pontuação maior ou igual a 20). No grupo de cuidadoras, a pontuação média do grupo com menor estresse foi de 12,5 pontos e o de maior estresse, 25,0 pontos. No grupo de não cuidadoras, as médias foram 12,1 e 24,0 pontos, respectivamente, sendo as diferenças significativas.

Tomomitsu, Perracini e Neri (2013) avaliaram a intensidade do estresse gerado pela experiência do cuidado de 338 idosos cuidadores de idosos residentes nos municípios de Parnaíba-PI, Campinas-SP e Ivoti-RS e concluíram que a intensidade média da amostra foi de 3,84 ($\pm 1,35$), em uma escala de 1 a 5. Sendo que, 64,8% pontuaram 4 ou 5 na escala (alto estresse) e 35,2% pontuaram de 1 a 3 (baixo estresse).

Nos Estados Unidos, 28 cuidadores de idosos com demência e 48 não cuidadores, com mais de 50 anos, responderam a versão reduzida da Escala de Estresse Percebido, com 10 itens. O grupo de cuidadores apresentou uma pontuação média de 19,9 pontos e o de não cuidadores de 12,2 pontos, com diferenças significativas (MARQUEZ *et al.*, 2012).

Barbosa *et al.* (2011) ressaltam que o cuidado a idosos demenciados está associado a elevados níveis de estresse e insatisfação, devido à grande dependência e frequentes distúrbios comportamentais que acompanham a doença.

No que se refere à avaliação do enfrentamento, foi utilizado o Inventário de Estratégias de Enfrentamento. Neste estudo, os cuidadores apresentaram média de 51,1 ($\pm 10,6$) pontos e mediana de 53,0 pontos.

Não foram encontrados estudos que avaliassem quantitativamente o enfrentamento da população estudada, entretanto, estudos têm mostrado que os cuidadores podem enfrentar a situação de cuidado de uma maneira mais positiva, uma vez que é uma experiência singular que decorre de processos adaptativos que são o reflexo de diferentes estratégias individuais utilizadas pelos cuidadores (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012; GARCES *et al.*, 2012; MOTA; REGINATO, 2015).

Santos (2016) em um estudo com 107 cuidadores de pacientes com doença renal crônica em tratamento dialítico, avaliou o enfrentamento com o Inventário de Estratégia de Coping de Jalowiec, que é dividido em duas categorias: modo de enfrentamento focado no problema (15 itens) e modo de enfrentamento orientado pela emoção (25 itens) e encontrou

uma pontuação média de 67,8 pontos, em uma escala que varia de 25 a 125 pontos, para o enfrentamento voltado à emoção; e de 53,3 pontos, em uma escala de 15 a 75 pontos, para o enfrentamento voltado ao problema.

Para analisar a relação entre as variáveis enfrentamento e sobrecarga e enfrentamento e estresse utilizou-se o teste correlacional de *Spearman* para amostras não paramétricas. A pontuação obtida no Inventário de Estratégias de Enfrentamento apresentou relação forte e inversamente proporcional com a pontuação obtida na Escala de Sobrecarga de Zarit ($\rho = -0,747$, $p < 0,01$) e com a pontuação obtida na Escala de Estresse Percebido ($\rho = -0,850$, $p < 0,01$), indicando que quanto melhor o enfrentamento, menor é a sobrecarga e o estresse do cuidador.

Pinto e Barham (2014), com o objetivo de investigarem habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse em 20 cuidadoras familiares de idosas com alta dependência, concluíram que as cuidadoras que usavam as estratégias de enfrentamento com mais frequência tinham menos conflito com a idosa que cuidavam e possuíam menos sobrecarga.

Chen *et al.* (2015) realizaram um estudo randomizado com o objetivo de medir os efeitos de uma intervenção para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento com foco na redução do nível de sobrecarga de cuidadores de idosos com demência. Os pesquisadores compararam o grupo que recebeu as intervenções com um grupo controle que recebeu atendimento clínico habitual. Os resultados foram positivos e mostraram que os cuidadores participantes da intervenção desenvolveram estratégias focadas no problema e no apoio social, e as mesmas foram eficazes na minimização da sobrecarga.

De acordo com Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2009), as estratégias de enfrentamento são mecanismos de autorregulação utilizados para que o indivíduo passe a adaptar-se em diferentes eventos ao longo da vida e funcionam como amortecedores em situações estressantes.

5.4. Sobrecarga, estresse percebido e enfrentamento de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância

Para analisar a influência do convívio intergeracional no cuidado ao idoso com demência, a amostra foi dividida em dois grupos: o primeiro, cuidadores de idosos com demência que conviveram com idosos durante a sua infância; e, o segundo, cuidadores de idosos com demência que não conviveram com idosos durante a sua infância.

Posteriormente, para comparar a sobrecarga, o estresse percebido e o enfrentamento dos dois grupos, foram realizadas diferentes análises: da amostra geral e de uma amostra pareada por faixa etária, sexo, grau de escolaridade e tipo de demência do idoso cuidado. Em ambos os casos, a hipótese nula de igualdade das médias dos dois grupos em todas as variáveis foi rejeitada ($p=0,000$), o que indica que o grupo de cuidadores informais de idosos com demência que conviveram com idosos na infância apresentam melhor enfrentamento, menor estresse e menor sobrecarga do que o grupo de cuidadores informais de idosos com demência que não conviveram com idosos na infância, o que nos leva a concluir que a convivência com idosos durante a infância traz uma experiência positiva para o cuidado quanto adulto.

Geurts, Tiburg e Poortman (2012) em uma pesquisa longitudinal de 13 anos (1992-2005) com 394 avós holandeses e 1594 netos concluíram que idosos que mantêm relações mais próximas com seus netos promovem a continuidade destas quando os netos estão em fase adulta, sendo que estes se tornam importantes fontes de cuidado para os avós.

Ramos (2011) ressalta que é na infância que as relações intergeracionais tendem a se formar com maior intensidade, visto que é nesta fase que as crianças passam mais tempo com os avós e são cuidados por eles com maior frequência.

CONCLUSÕES

6 – CONCLUSÕES

A realização deste estudo possibilitou analisar a relação entre a sobrecarga, o estresse percebido e o enfrentamento de cuidadores de idosos com demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância.

Os resultados encontrados permitiram concluir que:

- Os cuidadores informais de idosos com demência são, em sua maioria, do sexo feminino, casados, com médias de 57,1 ($\pm 3,9$) anos de idade e de 7,6 ($\pm 3,9$) anos de estudo.

- A maior parte dos cuidadores afirmam ter alguma morbidade presente, sendo que o problema de saúde mais relatado foi hipertensão arterial.

- A maioria dos idosos com demência é do sexo feminino, com idade média de 75,3 ($\pm 7,9$) e diagnosticada com Doença de Alzheimer há um tempo médio de 43,4 meses.

- A maioria dos entrevistados cuida de seus pais, residem no mesmo domicílio que o idoso e são cuidadores primários. O tempo médio de cuidado foi de 43,4 ($\pm 25,8$) meses e o número médio de horas gastas por dia dedicadas ao cuidado foi de 17,4 ($\pm 8,8$), por um período médio de 6,5 dias da semana.

- A pontuação média dos cuidadores de idosos com demência na Escala de Sobrecarga de Zarit foi de 36,8 pontos; na Escala de Estresse Percebido, de 30,4 pontos; e, no Inventário de Estratégias de Enfrentamento, de 51,1 pontos.

- A pontuação obtida pelos cuidadores de idosos com demência no Inventário de Estratégias de Enfrentamento apresentou relação forte e inversamente proporcional com a pontuação obtida na Escala de Sobrecarga de Zarit ($\rho = -0,747$, $p < 0,01$) e com a pontuação obtida na Escala de Estresse Percebido ($\rho = -0,850$, $p < 0,01$).

- Na comparação geral das médias dos instrumentos entre o grupo de cuidadores de idosos com demência que conviveram com idoso(s) durante a infância e o grupo de cuidadores de idosos com demência que não conviveram com idoso(s) durante a infância, o primeiro apresentou melhores resultados em todos os testes avaliados, com diferenças estatisticamente significativas.

- Na comparação pareada das médias dos instrumentos entre os grupos, o grupo de cuidadores de idosos com demência que conviveram com idoso(s) durante a infância apresentou melhor enfrentamento, menor estresse e menor sobrecarga do que o grupo de cuidadores informais de idosos com demência que não conviveram com idosos na infância, com diferenças estatisticamente significativas.

O presente estudo apresentou limitações, tais como:

- Os dados se referem apenas aos de cuidadores de idosos com demência cadastrados em um ambulatório de especialidades na cidade de São Carlos-SP e, portanto, não podem ser expandido à população geral.

- As entrevistas foram realizadas no domicílio do cuidador que, muitas vezes, também era o domicílio do idoso com demência e, mesmo com o esforço da pesquisadora em amenizar possíveis vieses na coleta de dados, as alterações comportamentais de alguns idosos durante a coleta de dados, podem ter prejudicado as respostas dos cuidadores para alguns instrumentos.

- O Inventário de Estratégias de Enfrentamento, utilizado como instrumento para avaliar estratégias frente ao desafio de cuidar, apesar de ter sido o mais apropriado ao estudo, não é específico para essa finalidade.

- O pareamento da pesquisa foi realizado após a coleta de dados, limitando a generalização dos achados.

Entretanto, acredita-se que a atual investigação é inovadora ao identificar que o convívio intergeracional influencia no cuidado ao idoso com demência em uma amostra de uma cidade brasileira de médio porte. Tal fato nos permite exaltar o maior convívio com os idosos na atualidade, provocado pela longevidade, como um fator positivo para as crianças, que poderão no futuro, desempenhar o cuidado a seus pais idosos com desfechos mais positivos em relação a sua saúde física e psicológica.

REFERÊNCIAS

7 – REFERÊNCIAS

- ALDWIN, C.M.; GILMER, D.F. **Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychological Perspectives**. California: Sage Publications. 2004.
- ALDWIN, C.M.; SUTTON, K.J.; LACHMAN, M. The development of coping resources in adulthood. **Journal of Personality**, v.64, p.837-871, 1996.
- ALMEIDA, R.R.; BORGES, C.D.; SHUHAMA, R. O processo de cuidar de idosos restritos ao domicílio: Percepções de cuidadores familiares. **Saúde e Transformação social**, v.7, n.2, p.93-105, 2016.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- ARAÚJO, C.L.O.; OLIVEIRA, J.F.; PEREIRA, J.M. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Revista Kairós**, v.15, n.2, p.119-37, 2012.
- ARAÚJO, E.S.; GERZSON, L.R.; OLIVEIRA, L.O. Qualidade de vida e sobrecarga: perfil dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Cinergis**, v.17, n.1, p.1-5, 2016.
- ARAVENA, V.J.; ALVARADO, O.S. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. **Ciencia y Enfermería**, v.15, n.2, p.111-20, 2010.
- BANDEIRA, M. *et al.* Validação transcultural do teste de Orientação para a Vida (TOV-R). **Estudos de psicologia**, v.7, n.2, p.251-8, 2002.
- BARBOSA, A.L. *et al.* Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.12, n.1, p.119-29, 2011.
- BARP, M.; VILELA, S.C. Cuidador familiar do idoso com transtorno mental e comportamental: vivências e sentimentos desvelados. **Revista Enfermagem UERJ**, v.26, n.3, p.805-10, 2015.
- BAUAB, J.P.; EMMEL, M.L.G. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.17, n.2, p.339-352, 2014.
- BEACH, D.L. Family caregiving: the positive impact in adolescent relationships. **The Gerontologist**, v.37, n.2, p.233-8, 1997.

BERGVALL, N. *et al.* Relative importance of patient disease indicators on informal care and caregiver burden in Alzheimer's disease. **International Psychogeriatrics**, v.23, n.1, p.73-85, 2011.

BOFF, M.S.; SEKYIA, F.S.; BOTTINO, C.M.C. Prevalence of dementia among brazilian population: systematic review. **Revista de Medicina**, v.94, n.3, p.154-61, 2015.

BRAGA, P.P. *et al.* Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v.21, n.3, p.903-12, 2016.

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

BRASIL. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. **Estabelece os princípios éticos para pesquisas em seres humanos**. 12p. Legislação Federal.

BUDÓ, M.L.D. A família rural e os cuidados em saúde. In: ELSÉN, I.; MARCON, S.S.; SANTOS, M.R. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: EdUEM; 2004. p.77-96.

BURLÁ, C. *et al.* Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.10, p.2949-56, 2013.

CARTAXO, H.G.O. *et al.* Vivência dos cuidadores familiares de idosos dependentes: Revelando estratégias para o enfrentamento do cotidiano. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v.17, n.1, p.59-74, 2012.

CARVALHO, J.A.M. **Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil**. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – Cedeplar/UFMG, 2004 (Texto para discussão nº 227).

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

CBO. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Brasília: MTE, 2002.

COHEN, S.; KARMACK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of Health and Social Behavior**, v.24, n.4, p.385-96, 1983.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração: Um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2ªed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CRUZ, M.N.; HAMDAN, A.C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Psicologia em Estudo**, v.13, n.2, p.223-9, 2008.

DIAS JUNIOR, C.S.; COSTA, C.S. O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP. In: **Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Anais... Abep, 2006.

DOS ANJOS, K.F.; BOERY, R.N.O.; PEREIRA, R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.23, n.3, p.600-8, 2014.

DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.1276-84.

FERNÁNDEZ-LANSAC, V. et al. Resiliencia em cuidadores de personas com demência: estudio preliminar. **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, v.47, n.3, p.1-8, 2012.

FERREIRA, O.G.L. *et al.* O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.4, p.1065-9, 2010.

FERRI, C.P. *et al.* Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. **The Lancet**. v.366, p.2112-7, 2005.

FERRI, C.P. Population ageing in Latin America: dementia and related disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.34, p.371-4, 2012.

FERRIGNO, J.C. Co-educação entre gerações: do Conflito ao Desenvolvimento da Solidariedade. In: NETTO, M. P. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Revista e Ampliada. São Paulo; Rio de Janeiro; Ribeirão Preto; Belo Horizonte: Atheneu, p.233-41. 2007.

FIGUEIREDO, D.; LIMA, M.P.; SOUZA, L. Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos. **Revista Kairós**, v.12, n.1, p.97-112, 2009.

FLORES, G.C. et al. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.10, n.3, p.533-40, 2011.

FORTES, A.C.G. **Eventos de vida estressantes, estratégias de enfrentamento, senso de auto-eficácia e estados depressivos em idosos residentes na comunidade**: dados do PENSA. 2005. 140f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

FORTES-BURGOS, A.C.G.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P.F.B. Eventos estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. **Estudos de Psicologia**, v.14, n.1, p.69-75, 2009.

FREEDMAN, V.A.; SPILLMAN, B.C. Disability and care needs among older americans. **Milbank Quarterly**, v.92, n.3, p.509-41, 2014.

FRIEDMAN, L. *et al.* Mortality associated with caregiving, general stress, and caregiving-related stress in elderly women: Results of caregiver-study of osteoporotic fractures. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.58, n.5, p.937-43, 2010.

GAIOLI, C.C.L.O.; FUREGATO, A.R.F.; SANTOS, J.L.F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.21, n.1, p.150-7, 2012.

GARCES, S.B.B. *et al.* Avaliação da resiliência do cuidador de idoso com Alzheimer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.15, n.2, p.335-52, 2012.

GARRIDO, R.; TAMAI, S. O impacto da demência nos cuidadores familiares: relevância clínica e escalas de avaliação. In: BOTTINO, C.M.C.; LAKS, J.; BLAY, S. **Demência e transtornos cognitivos em idosos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.141-50.

GEURTS, T.; TILBURG, T.G.V; POORTMAN, A.R. The grandparent-grandchild relationship in childhood and adulthood: a mother continuation? **Journal of the international association for relationship research**, v.19, n.2, p.267-278, 2012.

GRATÃO, A.C.M. *et al.* Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.1, p.137-44, 2013.

GRATÃO, A.C.M. *et al.* Sobrecarga desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.21, n.2, p.304-12, 2012.

GUERRER, F.J.L.; BIANCHI, E.R.F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.2, p.355-62, 2008.

HERRERA JÚNIOR, E. *et al.* Epidemiologic Survey of Dementia in a Community-Dwelling Brazilian Population. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, v.16, n.2, p.103-8, 2002.

HIRAKAWA, Y. *et al.* Caregiver burden among Japanese informal caregivers of cognitively impaired elderly in community settings. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.46, p.367-74, 2008.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2015.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2010.

JÚNIOR, E.B.S.; OLIVEIRA, L.P.A.B.; SILVA, R.A.R. Chronic non-communicable diseases and the functional capacity of elderly people. **Journal of Research: Fundamental Care Online**, v.6, n.2, p.516-24, 2014.

LAPOLA, N.; CAXAMBU, V.E.F.; CAMPOS, O. Perfil dos cuidadores de portadores da doença de Alzheimer em uma UBS referência. **Boletim de Enfermagem**, v.1, n.2, p.28-40, 2008.

LINO, V.T.S. *et al.* Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.32, n.6, p.1-14, 2016.

LOUREIRO, L.S.N. *et al.* Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características dos idosos e demanda de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.2, p.227-32, 2014.

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

LUFT, C.B. **Aspectos neuropsicológicos do envelhecimento e prática de atividade física: possíveis relações em mulheres idosas**. 2007. 186p. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Pós Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

LUFT, C.B. *et al.* Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.4, p.606-15, 2007.

MARIM, C.M. *et al.* Efetividade de programas de educação e suporte na redução da sobrecarga de cuidadores de idosos com demência: revisão sistemática. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.21, 9 telas, 2013.

MARQUEZ, D.X. *et al.* Physical activity and psychosocial and mental health of family caregivers and non-caregivers. **Geriatric Nursing**, v.33, n.5, p.358-65, 2012.

MASLACH, C; SCHAUFELI, W.B; LEIFER, M.P. Job burnout. **Annual review psychology**, v.52, p.397-422, 2001.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

MENDES, P.B.M.T. **Cuidadores: Heróis anônimos do cotidiano.** 1995. 167f. Dissertação (Mestrado em serviço social) – Programa em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 1995.

MÉNDEZ, L. *et al.* Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga em cuidadores familiares de personas com demência tipo Alzheimer por mutación e280a em presenilina 1. **Revista Chilena de Neuropsicología**, v.5, n.2, p.137-45, 2010.

MOREIRA, M.M.; CARVALHO, J.A.M. Envelhecimento da população e aposentadoria por idade. **Previdência em Dados**, v.7, n.4, p.27-39, 1992.

MOTA, C.S.; REGINATO, V. Aproximando o cuidador do idoso: A história oral de vida e humanização do cuidado. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, v.4, n.2, p.114-25, 2015.

MYRRHA, L.J.D. **Estrutura etária brasileira: decomposição segundo variações na fecundidade e na mortalidade.** Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MYRRHA, L.J.D. *et al.* O uso das taxas de crescimento por idade para identificação das principais etapas da transição demográfica no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n.2, p.259-75, 2014.

NASCIMENTO, C.M.; NUNES, S. O conceito de enfrentamento e sua relevância na prática da psiconcologia. **Revista de Psicologia**, v.13, n.9, p.91-102, 2010.

NATIONAL ALLIANCE FOR CAREGIVING. **Caregiving in the US.** 2009. Disponível em: <http://www.caregiving.org/data/Caregiving_in_the_US_2009_full_report.pdf>. Acesso em: 13 de janeiro de 2017.

NARDI, E.F.R.; SAWADA, N.O.; SANTOS, J.L.F. The association between the functional incapacity of the older adult and the family caregiver's burden. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, p.1096-103, 2013.

NERI, A.L. (Org.) *et al.* Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e culturais. 2ª ed. Campinas: Alínea, 2006. 201p.

NERI, A.L. **Palavras-chave em gerontologia.** 3ª ed. Campinas: Alínea, 2008. 214p.

NERI, A.L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas, SP: Editora Alínea. Coleção Velhice e Sociedade, 4ª ed. 2014.

NITRINI, R. *et al.* Incidence of dementia in a community-dwelling brazilian population. **Alzheimer disease and associated disorders**, v.18, n.4, p.241-6, 2004.

NOVELLI, M.M.P.C.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.21, n.2, p.139-47, 2010.

OLIVEIRA, D.C.; D'ELBOUX, M.J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, p.829-38, 2012.

OLIVEIRA, R.C.S. A Universidade Aberta para a Terceira Idade e a educação do idoso nas dissertações e teses de 2000 a 2011. **Revista HISTEDBR online**, n.52, p.372-86, 2013.

PAIVA, E.P. *et al.* Análise da sobrecarga e qualidade de vida: cuidadores de idosos dependentes. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v.1, n.2, p.181-6, 2015.

PIMENTA, F.A.P. **Fatores relacionados ao perfil clínico, funcional, cognitivo, genético e de predição da mortalidade em pacientes idosos com depressão e demência**. 178p. Tese (Doutorado em Ciências Clínicas) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. **Psychology and Aging**, v.26, n.1, p.1-14, 2011.

PINTO, F.N.F.R.; BARHAM, E.J. Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento de estresse: relação com indicadores de bem-estar psicológico em cuidadores de idosos de alta dependência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.17, n.3, p.525-39, 2014.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 88p.

RAMOS, A.C. Meus avós e eu: as relações intergeracionais entre avós e netos na perspectiva das crianças. 2011. 463f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

RIBEIRO, V.S.G. **Sobrecarga, sintomatologia depressiva e qualidade de vida: O prestador de cuidados informais do idoso com demência**. 206p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária) – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Paredes de Coura, 2016.

ROBERTO, K.A.; JARROTT, S.E. Cuidadores familiares de idosos: uma perspectiva do tempo de vida. **Relações Familiares**, v.57, p.110-1, 2008.

SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.31, n.1, p.115-22, 2010.

SANTOS, I.M.S. **Qualidade de vida, depressão e modo de enfrentamento do cuidador principal de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise**. 123p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2016.

SANTOS, S.M.A. **Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador**. 3ª ed. Campinas: Alínea, 2010. 228p.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, n.1, p.12-7, 2002.

SEIDL, E.M.F; TRÓCOLLI, B.T; ZANNON, C.M.L.C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.17, n.3, p.225-34, 2001.

SEIMA, M.D.; LENARDT, M.H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos e Contextos**, v.10, p.388-98, 2011.

SEIMA, M.D.; LENARDT, M.H.; CALDAS, C.P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.67, n.2, p.233-40, 2014.

SEQUEIRA, C. **Cuidar de Idosos Dependentes**. Coleção Enfermagem -1ª ed. 2007.

SILVA-JUNIOR, J.V.B. As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde. In: Ministério da Saúde. **20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.

SIMONETTI, J.P; FERREIRA, J.C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.1, p.19-25, 2008.

SOARES, C.B.; MUNARI, D.B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.6, n.3, p.357-62, 2007.

SOMMERHALDER, C; NERI, A. L. Avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: Neri, A. L. **Cuidar de idosos no contexto da família**. 3ªed. Campinas: Alínea, p. 97-136. 2012.

SOUZA, L.R. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.23, n.2, p.140-9, 2015.

STORTI, L.B. **Relação entre sobrecarga do cuidador familiar e alterações comportamentais e funcionais do idoso com doença de Alzheimer**. 192p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

TAFARO, L. *et al.* Stress in centenarians. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.48, p.353-5, 2009.

TOMOMITSU, M.R.S.V.; PERRACINI, M.R.; NERI, A.L. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.16, n.4, p.663-80, 2013.

TORIBIO-DIAZ, E. *et al.* Formal caregivers in assisted residences of the province of Alicante, Spain: analysis of their needs and expectations of formation in dementias. **Alzheimer's & Dementia**, v.7, n.4, p.434-34, 2011.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Ageing 2013**. New York: United Nations, 2013.

VALENTE, L.E. *et al.* Health self-perception by dementia Family caregivers: Sociodemographic and clinical factors. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.69, n.5, p.739-44, 2011.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.21, n.4, p.539-48, 2012.

VIEIRA, C.P.B.V. *et al.* Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.3, p.570-9, 2011.

WHO. **Dementia: a public health priority**. Switzerland: WHO. 2012. 112p.

WONG, L.L.R.; CARVALHO, J.A.M. O rápido processo de envelhecimento populacional no Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.23, n.1, p.5-26, 2006.

ZARIT, S.H. *et al.* Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. **Gerontologist**, v.20, p.649-55, 1980.

8 – ANEXOS

ANEXO 1**Autorização do coordenador do Ambulatório de Neurologia Cognitiva e Comportamental da UFSCar (ANEU) para desenvolvimento da pesquisa****AMBULATÓRIO DE NEUROLOGIA COGNITIVA E COMPORTAMENTAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Rua Amadeu Amaral, 555 – Vila Izabel
Fone (16) 3368-2044 – São Carlos-SP

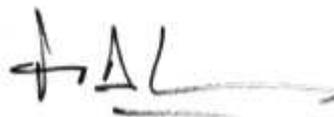
PARECER nº01/2015

Trata-se da solicitação de autorização para o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “A influência do convívio intergeracional no cuidado ao idoso com demência”, a ser desenvolvido pela mestrandia Bruna Rodrigues dos Santos e supervisionado pela Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini, tendo como objetivo geral comparar a sobrecarga, o estresse percebido e o enfrentamento de cuidadores de idosos diagnosticados com algum tipo de demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância.

Assim, considerando que a metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes e que os resultados certamente contribuirão para o fortalecimento de ações que objetivam melhorar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos, este Ambulatório nada tem a se opor e faz as seguintes considerações:

- A pesquisadora deverá se apresentar à equipe portando cópia deste parecer, e,
- O trabalho de campo deste projeto somente poderá ser iniciado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes.

São Carlos, 10 de abril de 2015



Prof. Dr. Francisco de Assis Carvalho do Vale
Responsável pelo Ambulatório de Neurologia Cognitiva e Comportamental

ANEXO 2

**Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos –
UFSCar (Parecer nº1.225.763/2015)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A influência do convívio intergeracional no cuidado ao idoso com demência

Pesquisador: Sofia Cristina Iost Pavarini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45738415.8.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.225.763

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e comparativo de caráter quantitativo com cuidadores informais de idosos diagnosticados com algum tipo de demência.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Comparar a sobrecarga, o estresse percebido e o enfrentamento de cuidadores de idosos diagnosticados com algum tipo de demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância.

Objetivo Secundário:

*Descrever o perfil sócio demográfico, a sobrecarga, o estresse percebido e o enfrentamento de cuidadores de idosos diagnosticados com algum tipo de demência.*Identificar a relação entre as variáveis enfrentamento e sobrecarga de cuidadores de idosos diagnosticados com algum tipo de demência.*Identificar a relação entre as variáveis enfrentamento e estresse percebido de cuidadores de idosos diagnosticados com algum tipo de demência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora aponta que "Os riscos são mínimos e se referem a um possível desconforto, cansaço ou constrangimento no momento de responder as perguntas".Como benefícios: "aumentar

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.225.763

o conhecimento científico para a área de Gerontologia" e "auxiliar na compreensão da melhor adaptação para o papel de cuidador".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com relevância científica e social, seguindo o rigor científico e preceitos éticos da resolução 466/ 2012.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto preenchida e assinada corretamente;
- Termo de Autorização Prévia da instituição anexado;
- Instrumentos de coleta de dados enviados;
- Documento da Plataforma Brasil: revisto e adequado
- TCLE:adequado.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de pesquisa.pdf	18/05/2015 09:40:06		Aceito
Outros	Autorização ANEU - Assinada.pdf	18/05/2015 09:41:53		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto - Cuidador.pdf	18/05/2015 09:33:58		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.doc	24/05/2015 19:05:34		Aceito
Outros	Protocolo - Pesquisa Cuidador.pdf	24/05/2015 20:20:23		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_449722.pdf	24/05/2015 20:21:17		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_449722.pdf	01/08/2015 19:06:43		Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.225.763

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 14 de Setembro de 2015

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP **Município:** SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO 3

Inventário de estratégias de enfrentamento

____/76

A seguir, estão descritas maneiras como as pessoas lidam com problemas ou emoções negativas. Por favor, indique em que extensão você usa cada uma das estratégias descritas abaixo diante dos problemas ou emoções negativas. Se existir alguma estratégia que você não usa, indique a resposta "nunca".

Itens	Nunca	Raramente	Quase sempre	Sempre	NR
Aceitou a situação ou achou que ela aconteceu porque tinha que acontecer.	1	2	3	4	99
Achou que a situação aconteceu por culpa dos outros.	1	2	3	4	99
Queixou-se ou desabafou com alguém.	1	2	3	4	99
Chegou à conclusão que não havia nada a ser feito.	1	2	3	4	99
Esperou ter mais informações antes de agir ou tomar uma decisão.	1	2	3	4	99
Procurou distrair-se, por exemplo dedicando-se a passatempos, lendo ou assistindo televisão.	1	2	3	4	99
Demonstrou hostilidade.	1	2	3	4	99
Rezou e pediu orientação a algum ente superior.	1	2	3	4	99
Isolou-se.	1	2	3	4	99
Confiou em outras pessoas que, a seu ver, tinham capacidade para resolver o problema.	1	2	3	4	99
Guardou seus sentimentos para si mesmo.	1	2	3	4	99
Chegou à conclusão de que as coisas poderiam ter sido piores.	1	2	3	4	99
Bebeu e comeu em excesso para se compensar ou para esquecer do que estava acontecendo.	1	2	3	4	99
Fortaleceu seus laços afetivos com outras pessoas.	1	2	3	4	99
Confiou em Deus ou em algum ser ou força superior	1	2	3	4	99
Procurou relaxar ou tirar uma folga, quando a situação lhe pareceu pesada demais.	1	2	3	4	99

Tentou esquecer que o problema existia.	1	2	3	4	99
Usou remédios para controlar a ansiedade ou a depressão.	1	2	3	4	99
Gritou e xingou.	1	2	3	4	99

ANEXO 4

Escala de sobrecarga de Zarit

Resultado: _____/88	
	Pequena sobrecarga (0 a 20)
	Moderada sobrecarga (21 a 40)
	De moderada a severa sobrecarga (41 a 60)
	Sobrecarga severa (61 a 88)

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Resultado
0	1	2	3	4	
O Sr/Sra. sente que o S* pede mais ajuda do que ele /ela necessita?					
O Sr/Sra sente que por causa do tempo que gasta com S*, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo?					
O Sr/Sra se sente estressado(a) entre cuidar de S* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
O Sr/Sra se sente envergonhado com o comportamento de S*?					
O Sr/Sra se sente irritado(a) quando S* está por perto?					
O Sr/Sra sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
O Sr/Sra sente receio pelo futuro?					
O Sr/Sra sente que S* depende do Sr/Sra?					
O Sr/Sra se sente tenso(a) quando S* esta por perto?					
O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S*?					
O Sr/Sra sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S*?					
O Sr/Sra. sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S*?					
O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S*?					
O Sr/Sra sente que S* espera que o Sr/Sra cuide dele/dela como se fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?					
O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S*, somando-se as suas outras despesas?					
O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S* por muito mais tempo?					
O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S*?					
O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S*?					
O Sr/Sra sente que tem dúvida sobre o que fazer por S*?					
O Sr/Sra se sente que deveria estar fazendo mais por S*?					
O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S*?					

De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?	
TOTAL	
* No contexto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.	
** Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.	

ANEXO 5

Escala de Estresse Percebido

_____/56

As questões nesta escala perguntam sobre seus sentimentos e pensamentos durante o último mês. Em cada caso, será pedido para você indicar o quão frequentemente você tem se sentido de uma determinada maneira. Embora algumas das perguntas sejam similares, há diferenças entre elas e você deve analisar cada uma como uma pergunta separada. A melhor abordagem é responder a cada pergunta razoavelmente rápido. Isto é, não tente contar o número de vezes que você se sentiu de uma maneira particular, mas indique a alternativa que lhe pareça como uma estimativa razoável.

Neste último mês, com que frequência...

	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
Pontuação	0	1	2	3	4
1 Você tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?					
2 Você tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?					
3 Você tem se sentido nervoso e “estressado”?					
4 Você tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?					
5 Você tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?					
6 Você tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?					
7 Você tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?					
8 Você tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que você tem que fazer?					
9 Você tem conseguido controlar as irritações em sua vida?					
10 Você tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?					

11	Você tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?					
12	Você tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?					
13	Você tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?					
14	Você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de você acreditar que não pode superá-las?					

9 – APÊNDICES

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) senhor(a) está sendo convidado para participar da pesquisa “A influência do convívio intergeracional no cuidado ao idoso com demência”. Foi selecionado(a) por ser cuidador(a) de um idoso cadastrado no Ambulatório de Neurologia Cognitiva e Comportamental da UFSCar (ANEU) e sua participação não é obrigatória.

Esta pesquisa tem como objetivo comparar a sobrecarga, o estresse percebido e o enfrentamento de cuidadores de idosos diagnosticados com algum tipo de demência que conviveram e que não conviveram com idosos durante a sua infância.

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e comparativo, baseado em uma abordagem quantitativa, utilizando como método instrumentos de rastreio pré-determinados e citados logo abaixo.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os dados coletados terão os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em realizar uma identificação sociodemográfica, de saúde e aspectos relacionados ao cuidado e responder ao Inventário de Estratégias de Enfrentamento, ao Inventário de Sobrecarga do Cuidador de Zarit e a Escala de Estresse Percebido.

A pesquisa tem término previsto para o mês de maio de 2016.

O(a) senhor(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Os riscos são mínimos e se referem a um possível desconforto, cansaço ou constrangimento no momento de responder as perguntas. Caso isso ocorra a entrevista será imediatamente suspensa. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Gerontologia.

O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail do pesquisador responsável, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Profª Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini
Pesquisador Principal
Universidade Federal de São Carlos
email: sofia@ufscar.br
Telefone: (16) 3306-6661

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 201__.

Sujeito da pesquisa

APÊNDICE 2

Questionário de identificação sócio-demográfica e de saúde do cuidador e de aspectos relacionados ao cuidado

Nº _____

Data da entrevista: ____/____/____

Início: ____h ____min Término: ____h ____min

Seção A: Informações pessoais

A1) Idade: _____ (anos completos)

Data de nascimento: ____/____/____

A2) Sexo

(1) Feminino (2) Masculino

A3) Estado civil

(1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/ Mora com companheiro(a)
 (3) Divorcido(a)/ Separado(a) (4) Viúvo(a)
 (5) Outro: _____ (99) NS/NR

A4) Conviveu com idosos durante a sua infância?

(1) Sim (2) Não

A5) Se sim, esse(s) idoso(s) que convivia são/eram membros de sua família?

(1) Sim (2) Não

A6) Qual sua faixa etária aproximada quando conviveu com esse(s) idoso(s)? _____

A7) Você morava com esse(s) idoso(s)?

(1) Sim (2) Não

A8) Se não, qual a frequência com que convivia esse(s) idoso(s)? _____

A9) Como você julga que era seu relacionamento com esse(s) idoso(s)?

(1) Muito bom (2) Bom (3) Regular
 (4) Ruim (5) Péssimo (99) NS/NR

Seção B: Perfil social

- B1) Anos de estudo: _____
 (66) Analfabeto (77) Sabe ler/escrever
- B2) Trabalha fora?
 (1) Sim (2) Não (99) NS/NR
- B2a) Se sim, qual é a ocupação/profissão? _____
 (88) NSA (99) NS/NR
- B2b) Se sim, quantas horas por dia o senhor(a) trabalha? _____ horas
 (88) NSA (99) NS/NR
- B2c) Se sim, quantos dias por semana o senhor(a) trabalha? _____ dias
 (88) NSA (99) NS/NR
- B2d) Se não,
 (1) Deixou de trabalhar para ser cuidador (2) Está desempregado(a)
 (3) É aposentado(a) (4) É pensionista
 (5) É do lar (6) Outro: _____
 (88) NSA

Seção C: Condição de saúde

- C1) O senhor(a) possui algum problema de saúde?
 (1) Sim (2) Não (99) NS/NR

C2) Se sim, qual(is) problema(s) de saúde o senhor(a) possui?

Seção D: Aspectos do cuidado

- D1) O senhor(a) está cuidando do seu(a):
 (1) Marido (2) Esposa (3) Pai (4) Mãe
 (5) Sogro (6) Sogra (7) Irmão (8) Irmã
 (9) Tio (10) Tia (11) Outro: _____
- D2) O senhor(a) mora junto o idoso(a)?
 (1) Sim (2) Não (99) NS/NR

D3) O senhor(a) é o principal responsável pelo cuidado direto e pelo idoso, realizando a maior parte das atividades do dia a dia?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

D4) Se não, o senhor(a) é a pessoa que ajuda o outro cuidador a realizar algumas tarefas de cuidado do idoso, auxiliando-o nas tarefas domésticas e algumas vezes se reveza com o outro cuidador?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR (88)NSA

D5) Se não, o senhor(a) é a pessoa que algumas vezes, por curto período, fica com o idoso para o cuidador, realiza tarefas como, fazer compras, pagar contas, receber pensão, entre outras?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR (88)NSA

D6) Há quanto tempo (meses) o senhor(a) é o cuidador do idoso(a)?

D7) Quantas horas por dia o senhor(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)?

D8) Quantos dias na semana o senhor(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)?

D9) Das atividades a seguir, quais o senhor(a) realiza ou ajuda o idoso a fazer?
 (1) Realiza completamente a atividade (2) Ajuda o idoso a fazer a atividade
 (3) Não realiza ou ajuda o idoso a fazer por algum motivo

D9a) Higiene corporal (banho, higiene das partes íntimas)

D9b) Higiene oral (escovar os dentes ou a dentadura)

D9c) Eliminações fisiológicas

D9d) Alimentação (levar os alimentos e bebidas à boca)

D9e) Preparo da alimentação

D9f) Medicação

D9g) Levar à consulta médica, à fisioterapia, para fazer exames

D9h) Movimentação e transferência

D9i) Tarefas domésticas

D9j) Fazer compras

D9k) Pagar contas	<input type="checkbox"/>
D9l) Receber aposentadoria ou pensão	<input type="checkbox"/>
D9m) Outro (especificar): _____	<input type="checkbox"/>
<hr/>	
D10) O senhor(a) conta com a ajuda de alguém para o cuidado?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(1) Sim (2) Não (99) NS/NR	
D10a) Se sim, quantas são as pessoas que lhe ajudam?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(88) NSA	
D10b) Se sim, ajuda em quais das seguintes atividades?	
(1) Recebe ajuda (2) Não recebe ajuda (88) NSA (99) NS/NR	
D10b1) Higiene corporal (banho, higiene das partes íntimas)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10b2) Higiene oral (escovar os dentes ou a dentadura).....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10b3) Eliminações fisiológicas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10b4) Alimentação (levar os alimentos e bebidas à boca)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10b5) Preparo da alimentação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10b6) Medicação	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10b7) Levar à consulta médica, à fisioterapia, para fazer exames	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10b8) Movimentação e transferência	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10b9) Tarefas domésticas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10b10) Fazer compras	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10b11) Pagar contas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10b12) Receber aposentadoria ou pensão	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D10b13) Outro (especificar): _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<hr/>	

D11) O senhor(a) recebe ou procura ajuda de entidades assistenciais?

(1) Sim (2) Não (99) NS/NR

D11a) Igreja

D11b) Grupo de apoio da comunidade

D11c) Grupo de apoio da instituição de saúde

D11d) Serviço de assistência social

D11e) Outro (especificar): _____

D12) O senhor(a) se considera informado em relação à doença do idoso(a)?

(1) Não (2) Pouco e insuficiente (3) Pouco, mas suficiente
(4) Bem (5) Muito bem (99) NS/NR

D13) O senhor(a) se considera informado sobre como cuidar do idoso(a)?

(1) Não (2) Pouco e insuficiente (3) Pouco, mas suficiente
(4) Bem (5) Muito bem (99) NS/NR

Seção E: Informações do idoso(a) cuidado

E1) Idade do idoso cuidado: _____ (anos completos)

Data de nascimento: ____/____/____

E2) Sexo

(1) Feminino (2) Masculino

E3) Patologias: _____

E4) Qual o tipo de demência do idoso cuidado?

(1) Doença de Alzheimer (2) Demência na Doença de Parkinson
(3) Demência vascular (4) Demência mista

(5) Outro: _____

(99) NS/NR

E5) Há quanto tempo o idoso foi diagnosticado com essa demência? _____