



Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural

Health profile of family caregivers of the elderly and its association with variables of care: a rural study

410

Allan Gustavo Brigola¹
Bruna Moretti Luchesi¹
Estefani Serafim Rossetti¹
Eneida Mioshi²
Keika Inouye³
Sofia Cristina Iost Pavarini³

Resumo

Objetivo: analisar o perfil das queixas de saúde de cuidadores e identificar características do cuidado relacionadas em uma população de cuidadores de um município do interior paulista, área rural do Brasil. **Método:** estudo transversal prospectivo em um inquérito domiciliar com 99 cuidadores e os respectivos idosos receptores de cuidado. Informações do perfil dos cuidadores e dos idosos, do contexto do cuidado e queixas de saúde foram coletadas. O cuidador respondeu ao Inventário de Sobrecarga de Zarit e a Escala de Depressão Geriátrica e o idoso, uma avaliação cognitiva e da funcionalidade. Foi utilizado para verificar associações o teste qui-quadrado com *odds ratio* (OR). **Resultado:** os cuidadores foram: maioria de mulheres (n=76), idosas (n=83), com média de 65,8 ($\pm 10,4$) anos de idade e 4,9 ($\pm 4,2$) anos de escolaridade. As queixas de saúde mais frequentes foram dor, hipertensão arterial sistêmica, insônia e problemas de coluna e visão. Os idosos receptores de cuidado eram homens (n=75), com média de 72,0 ($\pm 8,2$) anos de idade. As análises mostraram que os cuidadores que recebiam ajuda emocional ou afetiva apresentavam menor chance de sobrecarga elevada (OR=0,37; CI95% 0,15-0,90). Estar envolvido com o cuidado há mais de cinco anos foi associado ao relato de artrite (OR=2,50; CI95% 1,0-6,56). Cuidar de idoso com alteração cognitiva foi associado às doenças vasculares periféricas (OR=2,70; CI95% 1,11-6,85) e às outras morbidades (OR=6,94; CI95% 1,43-33,63). **Conclusão:** O melhor entendimento da realidade do cuidado e a identificação dos fatores relacionados à saúde dos cuidadores vivendo em áreas rurais e remotas podem fundamentar melhorias na gestão do cuidado do idoso e do próprio cuidador, que também envelhece.

Palavras-chave: Idoso.
Cuidadores. População Rural.
Estratégia Saúde da Família.

¹ Universidade Federal de São Carlos, Programa de pós-graduação em Enfermagem. São Carlos, SP, Brasil.

² University of East Anglia, School of Health Sciences. Norwich, Norfolk, Reino Unido.

³ Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia. São Carlos, SP, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Processo 2013/26798-9 e Processo 2014/23898-5, Linha de fomento: bolsa de mestrado.

Abstract

Objective: to analyze the profile of a population of caregivers from a city in a rural area of the state of São Paulo, Brazil, and identify their health complaints and the characteristics of care provided. **Method:** a prospective cross-sectional study was performed based on a domicile survey of 99 caregivers and their elderly care recipients. Information about the profile, context of care and health complaints of the caregivers was collected. The caregivers responded to the Zarit Burden Inventory and the Geriatric Depression Scale-15 and the elderly underwent a cognition and functionality assessment. The chi-squared test with odds ratio (OR) was performed to test associations. **Result:** the majority of the caregivers were women (n=76), elderly (n=83), with a median age 65.8 (\pm 10.4) years and 4.9 (\pm 4.2) years of formal schooling. The most frequent health complaints were pain, systemic hypertension, insomnia, back problems and vision problems. The elderly care recipients were men (n=75), with an average age of 72.0 (\pm 8.2) years. Analysis of associations revealed that caregivers who received emotional support had a lower chance of being highly overburdened (OR=0.37; CI95% 0.15-0.90). Caring for over five years was associated with arthritis (OR=2.50; CI95% 1.0-6.56). Caring of an elderly person with cognitive impairment was strongly associated with peripheral vascular diseases (OR=2.70; CI95% 1.11-6.85) and other diseases (OR=6.94; CI95% 1.43-33.63). **Conclusion:** A better understanding of the reality of care in rural and remote areas and the identification of factors related to the health care of caregivers provides better care management for the elderly and caregivers, who themselves are aging.

Keywords: Elderly.
Caregivers. Rural Population.
Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

Estresse crônico, depressão e ansiedade, decorrentes do cuidado diário ofertado a um idoso dependente, podem contribuir para o prejuízo da saúde e do bem-estar do cuidador. O comprometimento na saúde pode exercer um risco sobre a qualidade dos cuidados prestados ao outro e a si mesmo. Uma meta-análise mostrou que cuidadores, especialmente mulheres e cônjuges, têm níveis mais elevados de depressão e sobrecarga advindos do compromisso de cuidar e níveis mais baixos de bem-estar subjetivo e saúde percebida. Esses cuidadores relatam maior número de problemas de comportamento nos receptores de cuidado, provém maior quantidade de horas de cuidado e de atribuições^{1,2}.

A literatura aponta que fatores que caracterizam o contexto do cuidado podem trazer prejuízos na saúde do cuidador. O tempo de cuidado, o nível de dependência para as atividades cotidianas e o nível de alteração cognitiva do idoso exercem influências significantes sobre a percepção de saúde e sobrecarga do cuidador³⁻⁵.

No Brasil, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2007

mostraram que aproximadamente 13% dos idosos rurais brasileiros referem restrição nas atividades cotidianas por motivo de saúde e a prevalência de incapacidade funcional moderada aumenta com a idade⁶, evidenciando assim a necessidade de cuidado.

Estudos com populações rurais têm demonstrado que queixas de comprometimento à saúde como dor, problemas visuais e auditivos e morbidades como artrite, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial são prevalentes, principalmente, nos mais idosos^{7,8}.

A longevidade humana tem evidenciado outros papéis socioculturais. No âmbito familiar, a medida que as pessoas envelhecem, a probabilidade de se tornar cuidador de um parente idoso aumenta consideravelmente. No entanto, os estudos com cuidadores da comunidade são escassos, especialmente quando esses também são idosos⁹ e vivem em áreas remotas⁹⁻¹¹.

Quando se discute evidências de saúde de cuidadores de idosos da área rural, parece haver uma similaridade aos achados de cuidadores da literatura em geral^{10,11}. Por outro lado, estudos que comparam os contextos rurais e urbanos não corroboram achados. Ora a população rural foi apontada como prejudicada devido à distância dos

equipamentos de saúde¹², ora as taxas elevadas de crimes, ambiente denso, populoso e poluído, típico das áreas urbanas, aumentaram o risco de agravos à saúde¹³. Muitas vezes não são encontradas diferenças entre cuidadores das áreas urbana e rural, dificultando a caracterização do perfil epidemiológico dessas populações específicas^{14,15}.

A limitação de rigor metodológico, principalmente com ferramentas padronizadas de avaliação, somada à escassez de estudos em contexto rural e em áreas remotas, acaba por cingir estudos com maior poder e nível de evidência¹⁶. Desta forma, esta pesquisa teve como objetivo analisar o perfil das queixas de saúde de cuidadores familiares de pessoas idosas e identificar as características do contexto do cuidado relacionadas em cuidadores de idosos da área rural. A hipótese foi que características do cuidado podem estar associadas à maior queixa de saúde nos cuidadores rurais.

MÉTODOS

O local do estudo compreendeu a área rural de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do interior paulista. O município possuía 18 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo duas localizadas em dois distritos rurais. O município está localizado na região centro-leste do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Seu Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,805. Segundo o Censo de 2010, a população total era de 222 mil habitantes, com estimativa de 58650 pessoas cobertas pela ESF. A população rural era de 8870 pessoas e a população de idosos ultrapassava os 13% do total da população do município¹⁷.

Os participantes do estudo foram todos os cuidadores e os respectivos idosos receptores de cuidado cadastrados nas duas USF, pertencentes aos dois distritos rurais.

A quantificação dos potenciais participantes para composição da amostra aconteceu pela equipe de saúde das USF. Os critérios estabelecidos para inclusão na amostra foi: ser cuidador familiar de uma pessoa idosa (≥ 60 anos), residente também na área rural, ter 18 anos ou mais, ser mais independente que o idoso e ser o principal responsável pela assistência nas atividades básicas (ABVD) e instrumentais

(AIVD) da vida diária do idoso. Nas USF, estavam cadastrados o total de 127 cuidadores. Deste total, não foi possível incluir 28 cuidadores por motivo de: mudança de endereço (n=3), falecimento (n=3), não localização (n=15), recusa à participação (n=6) e idade inferior a 18 anos (n=1). A taxa de resposta foi de 77,9% (n=99).

A coleta de dados aconteceu durante os meses de abril e dezembro de 2014, no domicílio dos participantes. Os cuidadores e seus respectivos idosos receptores de cuidado foram visitados uma única vez e convidados a participar da pesquisa. As entrevistas duraram aproximadamente duas horas e foram realizadas sempre com dois entrevistadores, um para o cuidador e um para o idoso, em ambientes separados. Os entrevistadores possuíam formação em Gerontologia ou Enfermagem e estavam devidamente treinados para coleta de informações e mensuração das variáveis do estudo, que aconteceu por meio da aplicação de questionários e instrumentos detalhados a seguir.

Variáveis e informações do cuidador

- Informações sociodemográficas: sexo (masculino, feminino), idade (contínuo e categórica em faixas de dez anos), escolaridade (contínuo e categórica em faixas de quatro anos de estudo), estado civil (casado, não casado), ocupação (com atividade remunerada, sem atividade remunerada), religião (categórica de acordo as respostas da amostra), cor (categórica de acordo com as respostas da amostra), renda familiar (contínua e categórica em número de salários mínimos), número de corresidentes (contínua), proprietário da residência (sim, não) e se possuía plano de saúde particular (sim, não).

- Condições de saúde: queixas e problemas de saúde/morbididades autorreferidas foram questionadas a partir de uma lista de possíveis morbididades – anemia, ansiedade, artrite, audição prejudicada, câncer, constipação, dor, diabetes *mellitus*, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica, hipotireoidismo, incontinência urinária/fecal, insônia, obesidade, osteoporose, problemas cardíacos, problemas de coluna, problemas gastrointestinais, problemas na visão, problemas pulmonares, quedas, tontura/vertigens, varizes (sim, não), uso de medicamentos

(sim, não), cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) a partir da avaliação do peso (kg) e da altura (m) dos cuidadores, (considerando IMC eutrófico entre 22 e 27 kg/m² para os cuidadores idosos e IMC eutrófico 18,5 e 24,99 kg/m² para os cuidadores adultos, níveis inferiores ou superiores aos intervalos foram considerados baixo peso e acima do peso, respectivamente), alimentação saudável (sim, não), autoavaliação da saúde (muito bom/bom, regular, ruim/muito ruim), autoavaliação do cuidado à própria saúde (muito bom/bom, regular, ruim/muito ruim) e satisfação global com a vida (muito, mais ou menos, pouco).

- Sobrecarga percebida: avaliação conduzida por meio do Inventário de Sobrecarga de Zarit (ESZ), validado para o contexto brasileiro¹⁸. Esse questionário compreende 22 questões de resposta Likert. A pontuação em cada resposta variou de 0-Nunca a 4-Sempre, e a pontuação final do instrumento foi dada pela soma das respostas, totalizando um valor entre 0 e 88. Quanto maior a pontuação maior a sobrecarga percebida do cuidador. Foi utilizada a classificação em pequena sobrecarga <21, moderada sobrecarga 21-40 e de moderada a severa sobrecarga ≥41¹⁸.

- Sintomas depressivos: mensurados pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG) versão de 15 questões, desenvolvida para rastreamento de sintomas depressivos. Escala validada para o contexto brasileiro e a nota de corte utilizada foi de >5 para indícios de sintomas¹⁹.

Informações do contexto do cuidado

- Características do cuidado: parentesco/proximidade com o idoso cuidado (cônjuge, pai/mãe, outros), tempo de cuidado (contínuo e categórico em faixas de cinco anos), horas por dia (contínuo) e dias da semana de dedicação ao cuidado (contínuo), participação em cursos/treinamentos para cuidadores (sim, não), se recebe ajuda e o tipo de ajuda (afetiva/emocional, material/financeira, outros).

Variáveis do idoso receptor de cuidado

- Informações sociodemográficas: idade (contínua) e sexo (masculino, feminino).

- Rastreamento cognitivo: realizado por meio do Miniexame do Estado Mental (MEEM, *score* 0 a 30 pontos), validado para uso no Brasil com classificação sugerida em função da escolaridade (<17 pontos para analfabetos, <22 pontos para 1 a 4 anos de escolaridade, <24 pontos para 5 a 8 anos de escolaridade e <26 pontos para 9 anos ou mais de escolaridade)²⁰.

- Atividades da vida diária: combinado de instrumentos validados para uso no Brasil. Para avaliação das ABVD foi utilizado o Índice de Katz, que avalia dependência em seis atividades - banhar-se, vestir-se ir ao banheiro, transferência, controle dos esfíncteres, alimentar-se - com *score* 0-6, quanto maior, mais dependente²¹. Para as AIVD aplicou-se a Escala de Lawton e Brody, que envolve questões relacionadas à usar telefone, viajar, realizar compras, preparar refeições, realizar trabalho doméstico, uso de medicamentos e manejo do dinheiro, e varia de 7 a 21 pontos, sendo que a classificação utilizada foi de 8-20 para dependência parcial e 7 para dependência total²².

Inicialmente, foi realizada análise estatística descritiva. Foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov e verificou-se que os dados não apresentaram aderência à normalidade.

Multianálises buscaram verificar associações entre as variáveis do perfil de saúde dos cuidadores, tratadas como variáveis dependentes, e as informações do contexto do cuidado tratadas como variáveis independentes. As características demográficas e sociais dos cuidadores, como idade, sexo e escolaridade também foram testadas ao seu perfil de saúde. Por meio do teste qui-quadrado com estatísticas de *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança ao nível de 95% (CI95%) buscou analisar as associações entre as variáveis categóricas dependentes e categóricas independentes. Adicionalmente, foram realizadas análises de correlação por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman (*r*) entre as variáveis construídas de forma contínua, adotando a correção do *alpha* em função do número de correlações. As associações e correlações consideradas estatisticamente significantes (*p*-valor ≤0.05) foram apresentadas em Tabelas.

Todos os participantes deram consentimento escrito para a participação no estudo (Declaração de Helsinque e Resolução 466/12). O estudo recebeu

aprovação do comitê de ética em pesquisa regional (n. 517.182).

RESULTADOS

Os cuidadores foram em sua maioria mulheres (n=76), idosas (n=83), com média de 65,8 anos de idade e entre um e quatro anos de escolaridade formal (70,7%), como mostra a Tabela 1.

Outras informações sociodemográficas mostraram que os cuidadores eram na maioria casados (n=89, 89,9%), não exerciam atividades remuneradas (n=76, 76,8%), aposentados (n=50, 50,5%), autodeclarados brancos (n=70, 70,3%) e católicos (n=66, 66,7%). A média da renda familiar mensal foi de R\$ 2671,90(±2187,50), 71,4% (n=70) recebiam dois ou mais salários mínimos (R\$724,00 para o ano de 2014), não possuíam plano de saúde particular (n=80, 80,8%), moravam com outras pessoas (2,9±1,4 pessoas na mesma casa) e eram proprietários da residência (n=80, 80,8%).

As informações de saúde relatadas pelos cuidadores mostraram baixa prevalência de comprometimentos à saúde. Os instrumentos de rastreio mostraram leve sobrecarga percebida na ESZ e 16,2% apresentaram sintomas depressivos de acordo com a EDG (Tabela 2).

As queixas de saúde mais frequentes entre os cuidadores foram dor, hipertensão arterial sistêmica, problemas de coluna, insônia e problemas na visão. Outras queixas de morbidades como anemia, audição prejudicada, câncer, constipação, hipotireoidismo, incontinência urinária/fecal, obesidade, osteoporose e problemas pulmonares foram relatadas em frequência menor que 10% e não estão descritas na Tabela 2.

Perto de 80% dos cuidadores utilizavam pelo menos um medicamento continuamente e a polifarmácia (uso de ≥5 medicamentos continuamente) foi presente em 54,5% (n=54) dos cuidadores. A maioria relatou hábito saudável de alimentação, que incluía a ingestão diária de frutas, legumes e verduras (n=89, 89,9%).

Tabela 1. Análise descritiva e distribuição dos cuidadores da comunidade rural segundo idade, sexo e escolaridade (n=99). São Carlos, SP, 2014.

Variáveis/Categorias	n(%) ou média (±dp)
Idade (anos)	65,8 (±10,4)
Faixa etária	
<60	16 (16,2)
60-69	53 (53,5)
70-79	20 (20,2)
≥80	10 (10,1)
Sexo	
Feminino	76 (76,8)
Masculino	23 (23,2)
Escolaridade (anos)	4,9 (±4,2)
Faixa de escolaridade	
<1	6 (6,1)
1 a 4	70 (70,7)
5 a 8	5 (5,1)
≥9	18 (18,2)

dp=desvio-padrão.

Tabela 2. Análise descritiva e distribuição dos cuidadores da comunidade rural segundo as variáveis de saúde (n=99). São Carlos, SP, 2014.

Variáveis/Categorias	n(%) ou média (\pm dp)
Escala de Sobrecarga de Zarit (pontos)	18,4 (\pm 14,9)
Nível de sobrecarga	
Nenhuma/leve	67 (67,7)
Moderada	24 (24,2)
Moderada/Severa	8 (8,1)
Escala de Depressão Geriátrica-15 (pontos)	3,3 (\pm 2,8)
Rastreamento de sintomas depressivos	
Sem indício	83 (83,8)
Com indício	16 (16,2)
Morbidades relatadas (número)	4,7 (\pm 2,8)
Típos	
Ansiedade	26 (26,3)
Artrite	29 (29,3)
Dor	57 (58,2)
Diabetes <i>Mellitus</i>	23 (23,2)
Dislipidemias	10 (10,2)
Hipertensão arterial sistêmica	49 (49,4)
Insônia	41 (41,4)
Problemas cardíacos	12 (12,1)
Problemas de coluna	43 (43,4)
Problemas gastrointestinais	17 (17,2)
Problema de visão	39 (39,4)
Quedas*	34 (34,3)
Tontura/Vertigens	25 (25,3)
Varizes	28 (28,3)
Medicamentos em uso (número)	2,4 (\pm 2,3)
Frequência	
Sim	77 (77,8)
Não	22 (22,2)
Avaliação subjetiva da saúde	
Muito bom/Bom	68 (68,7)
Regular	28 (28,3)
Muito ruim/Ruim	3 (3,0)
Avaliação do cuidado da saúde	
Muito bom/Bom	56 (56,6)
Regular	34 (34,3)
Muito ruim/Ruim	9 (9,1)
Satisfação global com a vida	
Muito	77 (77,8)
Mais ou menos	21 (21,2)
Pouco	1 (1,0)
Índice de Massa Corporal	
Abaixo do peso	13 (13,1)
Eutrófico	35 (35,4)
Acima do peso	51 (51,5)

*relacionadas aos últimos 12 meses. Dp=desvio-padrão.

A Tabela 3 reúne informações referentes ao contexto do cuidado. Os cuidadores ofertavam cuidado ao idoso há mais de cinco anos (54,8%), todos os dias da semana, por cinco horas diárias ou mais (n=64, 67,6%). O perfil do idoso receptor de cuidado era homem, sem indícios de alteração cognitiva (53,5%) e dependente principalmente para as AIVD (91,9% eram parcialmente dependentes e 8,1% totalmente dependentes).

Um resultado importante encontrado foi o relato pelo cuidador de ajuda das instituições e serviços de saúde, em 53,5% (n=53) dos casos, principalmente na oferta de medicamentos gratuitos. Foi relatada a ajuda de outros seguimentos, como grupos religiosos (n=11; 11,1%) e dos serviços de assistência social (n=8, 8,2%).

Na Tabela 4 é possível observar as associações mais fortes entre o perfil de saúde dos cuidadores

e as informações relativas ao contexto do cuidado. Receber ajuda afetiva/emocional esteve inversamente relacionado ao nível mais elevado de sobrecarga do cuidador. Os cuidadores de idosas mulheres apresentaram menos chance de relatar doenças vasculares e de auto avaliação negativa de saúde. Os cuidadores que prestavam auxílio há mais de cinco anos e cuidavam de idoso com indício de alterações cognitivas apresentaram mais chance de queixar-se de doenças vasculares e de outras morbidades. Na Tabela 5, as análises de correlação mostraram que a escolaridade do cuidador esteve diretamente associada ao seu IMC. Após correção do *alpha*, análises mostraram associações com pouca força entre o número de medicamentos em uso pelo cuidador e a quantidade de dias semanais dispendidos para o cuidado (relação direta) e entre idade do cuidador e pontuação na ESZ (relação inversa).

Tabela 3. Análise descritiva e distribuição da amostra segundo características dos idosos receptores de cuidado e do contexto do cuidado e da comunidade rural (n=99). São Carlos, SP, 2014.

Variáveis/Categorias	n (%) ou média (\pm dp)
Idade (anos)	72,0 (\pm 8,2)
Sexo	
Masculino	74 (74,7)
Feminino	25 (25,3)
Miniexame do Estado Mental (pontos)	20,3(\pm 7,1)
Rastreio de alteração cognitiva	
Indício de alteração	46 (46,5)
Sem indício de alteração	53 (53,5)
Atividades básicas da vida diária (pontos)	5,3(\pm 1,4)
Dependência em:	
Banhar-se	13 (13,1)
Vestir-se	14 (14,1)
Ir ao banheiro	9 (9,1)
Transferência	8 (8,1)
Controle dos esfíncteres	17 (17,2)
Alimentar-se	6 (6,1)
Atividades instrumentais da vida diária (pontos)	14,6 (\pm 3,8)
Dependência em	
Usar telefone	43 (43,4)
Viajar	52 (52,5)
Realizar compras	69 (69,7)
Preparar refeições	72 (72,7)
Trabalho doméstico	68 (68,7)
Uso de medicamentos	30 (30,3)
Manejo do dinheiro	57 (57,6)

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis/Categorias	n (%) ou média (\pm dp)
Grau de parentesco	
Cônjuge	81 (81,8)
Pais	10 (10,1)
Outros	8 (8,1)
Tempo de cuidado (meses)	126,4 (\pm 157,7)
Faixa de tempo de cuidado (anos)*	
<5	42 (45,2)
5 a 10	27 (29,0)
>10	24 (25,8)
Cuidado/dia (horas)	8,2 (\pm 5,1)
Cuidado/semana (dias)	6,8 (\pm 0,6)
Gasto relacionado cuidado/mês (reais)	219,3 (\pm 673,9)
Treinamento/curso para o cuidado	
Sim	5 (5,1)
Não	94 (94,9)
Recebe ajuda afetiva/emocional**	
Sim	49 (50,0)
Não	49 (50,0)
Recebe ajuda material/financeira	
Sim	18 (18,2)
Não	81 (81,8)

dp=desvio-padrão; *não respondeu=6; **não respondeu=1

Tabela 4. Multianálises de associação entre informações do cuidado e variáveis de saúde do cuidador (n=99). São Carlos, SP, 2014.

Variáveis de saúde	Informações do contexto do cuidado			
	Receber ajuda emocional	Cuidar de idoso do sexo feminino	Tempo de cuidado \geq 5 anos	Cuidar de idoso com alteração cognitiva
Sobrecarga elevada	OR=0,37; CI95% 0,15-0,90*	-	-	-
Avaliação da saúde Regular/Ruim/Muito Ruim	-	OR=0,33; CI95% 0,10-1,0*	-	-
Relato de artrite	-	-	OR=2,50; CI95% 1,0-6,56*	-
Relato de doenças vasculares (varizes)	-	OR=0,16; CI95% 0,03-0,73*	-	OR=2,70; CI95% 1,11-6,85*
Relato de morbidades não especificadas	-	-	-	OR=6,94; CI95% 1,43-33,63*

*Teste qui-quadrado; OR=odds ratio; CI95%=intervalo de confiança ao nível de 95%.

Tabela 5. Multianálises de correlação entre informações do cuidado e variáveis contínuas de saúde do cuidador (n=99). São Carlos, SP, 2014.

Variáveis de saúde	Informações do contexto do cuidado		
	Idade do cuidador (anos)	Cuidado em dias/semana	Escolaridade do cuidador (anos)
Sobrecarga do cuidador (ESZ)	$r_s = -0,20; p = 0,04^2$	-	-
Número de medicamentos	-	$r_s = 0,21; p = 0,03^2$	-
Índice de Massa Corporal	-	-	$r_s = 0,22; p = 0,02$

r_s =Coeficiente Correlacional de Spearman; ²Correção do alpha (*Bonferroni Correction: alpha < 0,025*); ESZ=Escala de Sobrecarga de Zarit.

DISCUSSÃO

O perfil do cuidador de idoso encontrado assemelha-se aos resultados de outros estudos. Os cuidadores têm se apresentado como um membro familiar, do sexo feminino, geralmente filha ou esposa do idoso sob cuidado, com idade entre 50 e 60 anos, segundo estudos brasileiros^{23,24} e internacionais^{14,25,26}. A maioria dos cuidadores possui ensino fundamental incompleto^{4,23-25} estão desempregados ou se dedicam somente às atividades domésticas²⁴.

Com relação ao perfil do idoso residente em área rural, estudos específicos encontraram que a maioria é do sexo feminino e casada, a faixa etária prevalente é a de 60 a 69 anos⁶, e somente 10% dos idosos da área rural têm 80 anos ou mais⁶. A porcentagem de mulheres adultas residentes na área rural que são viúvas é maior comparada à porcentagem de homens adultos viúvos. O mesmo é observado em idosos com idade mais avançada, quando comparados aos idosos mais jovens. A maioria se autodeclara de cor branca e de religião católica²⁷.

A escolaridade é baixa e a taxa de analfabetismo é alta, sendo os homens mais escolarizados que as mulheres. A maioria possui baixa renda, utiliza grande parte do dinheiro com alimentação e medicamentos e mora com familiares na mesma casa²⁷.

Grande parte não possui plano de saúde particular. Dados da PNAD mostraram que, em 2003, o principal financiador do sistema de cuidado de pessoas maiores de 60 anos em áreas rurais foi o Sistema Único de Saúde (SUS) (70,6%) seguido pelo financiamento próprio (14,0%) e por planos de saúde particulares (8,3%)⁶. Os dados encontrados neste estudo para o perfil dos idosos corroboram com os achados na literatura.

Com relação às condições de saúde, a literatura é divergente. Os cuidadores relatam na avaliação do estado de saúde cansaço, estresse e sobrecarga^{4,24,25}. Em uma amostra de cuidadores no Chile, encontraram níveis moderados de sobrecarga relacionados não somente ao ato de cuidar, mas também à rede de apoio escassa e a incapacidades físicas²⁸. Apesar da distância dos serviços de suporte formais, os idosos e cuidadores que residem na área rural podem perceber sua saúde melhor, quando comparados aos idosos e cuidadores das áreas urbanas²⁹. Todavia, o presente estudo não pode compreender essa relação devido à ausência de grupo de cuidadores moradores de comunidades urbanas.

Isso pode ser confirmado com os dados da PNAD. A partir da avaliação do perfil de necessidades de saúde da população idosa residente em áreas rurais em 2003, mostraram a prevalência de 16,6% de pessoas que autoavaliaram seu estado de saúde como ruim ou muito ruim. A autopercepção negativa da saúde aumentou expressivamente com a idade e foi inferior em relação a idosos da área urbana⁶. Da mesma forma, em outro estudo comparando os idosos rurais com os idosos das áreas urbanas, os autores verificaram que os idosos das áreas rurais possuíam menor número de morbidades e, ainda, apresentaram maior escore de qualidade de vida nos domínios físico e relações sociais e nas facetas autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e intimidade²⁹.

No Rio Grande do Sul, Brasil, foi demonstrado que a maioria dos idosos rurais autoavaliou sua saúde como regular e foi encontrada associação com a idade. Os idosos entre 80 e 84 anos foram os que relataram pior saúde, entretanto, os de 85 a 89 anos referiram sua saúde como ótima³⁰. A localidade de moradia pode ser um fator relacionado à pior ou à melhor percepção

saúde^{12,13}. No presente estudo, muito dos cuidadores relataram estar satisfeitos com sua saúde, sua vida e com o cuidado que dedicavam a eles mesmos.

Sobre o relato de morbidades, em outro estudo no contexto rural no sul do Brasil, os resultados mostraram que as doenças articulares (reumatismo, artrose, artrite), os problemas de coluna, a insônia, a hipertensão arterial, a catarata, os problemas de nervos e cardíacos são os mais frequentes²⁷. Em idosos rurais de Minas Gerais, Brasil, a hipertensão, os problemas de coluna e de visão foram os mais prevalentes²⁹. O comprometimento e queixas de saúde podem ser influenciados por fatores referentes ao próprio envelhecimento do cuidador. Nota-se que os idosos que prestam cuidados e os que não prestam se assemelham quanto ao perfil de saúde, ambos no contexto rural.

Um inquérito na zona rural de Minas Gerais, Brasil, com 2898 idosos e um estudo de revisão que descreveu os fatores associados à saúde pode explicar esse achado. Os resultados mostraram que os fatores associados aos sintomas de depressão, por exemplo, foram o sexo feminino e a idade. As análises multivariadas revelaram que o gênero feminino, ter 80 anos ou mais, não possuir companheiro, não ter escolaridade, maior número de limitações funcionais e maior número de morbidades foram fatores relacionados ao estado de humor deprimido^{31,32}.

Para as características do cuidado, a literatura nacional traz informações semelhantes às encontradas. O cuidadores realizam o cuidado por mais de dez horas diárias^{23,33,34}. Pouco mais da metade dos cuidadores dedica-se integralmente ao cuidado, cerca de 40% desses não recebem colaboração de outras pessoas, não possuem formação prévia para atividade⁴ e cerca de 70% são casados²⁴.

Uma revisão de literatura mostrou que o trabalho do cuidador é direcionado às atividades que o idoso refere limitação. Neste sentido, ajuda com a alimentação, integridade da pele, higiene, eliminações, terapêutica, locomoção e movimentação, preparo de refeições, cuidado com as roupas, limpeza da casa e realização de tarefas extradomiciliares foram os mais frequentes²⁴. Na presente pesquisa, não foram encontradas relações entre as atividades despendidas pelo cuidador e seu perfil de queixas de saúde. As atividades desenvolvidas durante a vida,

principalmente entre cuidadores cônjuges, podem não ser suficientes para influenciar em um prejuízo na saúde. Todavia, algo novo na vida do casal, como uma alteração na cognição, é um fator que pode acarretar ônus na saúde de quem cuida.

O maior número de pessoas morando com o idoso na área rural pode representar um melhor apoio afetivo, dado evidenciado por um estudo no Estado de São Paulo, Brasil³⁵. A investigação apontou ainda que apoio social menor foi mais frequente em mulheres, analfabetos, viúvos ou solteiros, e em idosos com renda entre um e dois salários mínimos³⁵. As relações pessoais em âmbito domiciliar no contexto de cuidado devem ser exploradas com maior profundidade em pesquisas futuras uma vez que a sobrecarga do cuidador pode ser influenciada pela maior ou menor ajuda de terceiros para o cuidado.

Alterações cognitivas do idoso foram associadas ao relato de varizes nos cuidadores. Não foram encontrados estudos que explicassem essa relação. Um estudo trouxe que a ocorrência de prejuízos cognitivos prevalecem nos idosos mais velhos, com 80 anos ou mais, sem ocupação e escolaridade, viúvos, com problemas de visão, problemas cardíacos e hipertensão arterial, com seis ou mais incapacidades funcionais³¹. É importante destacar que esses fatores de risco para o desempenho cognitivo dos idosos também estão expostos aos idosos cuidadores. Os fatores destacados podem ser determinantes para a cognição e a funcionalidade do cuidador, e conseqüentemente a qualidade do cuidado prestado.

Na maioria dos idosos, as atividades básicas da vida diária estavam preservadas, porém, a ausência de escolaridade, o avanço da idade e o maior número de morbidades podem estar associadas incapacidade funcional para a realização das atividades instrumentais da vida diária. Um estudo encontrou que as atividades básicas com maior frequência de incapacidades são tomar banho e se vestir e para as e para as atividades mais complexas são o uso do telefone e tarefas domésticas²⁷. Os autores mostraram ainda que aproximadamente 35% de idosos eram independentes e 55% tinham dependência parcial nas AVD. Na análise por sexo, as mulheres apresentavam maiores percentuais de dependência leve, moderada e grave (63,2%, 10,5% e 5,3% respectivamente) do que os homens (40,0%, 6,7% e 0%, respectivamente), que eram mais independentes²⁷.

Este estudo trouxe informações sobre o perfil de cuidadores e idosos receptores de cuidado, informações de cuidado e das queixas de saúde dos cuidadores, e além disso, buscou identificar informações do contexto do cuidado relacionadas à saúde do cuidador. A ausência de um grupo comparativo de cuidadores de áreas urbanas é uma limitação que pode ser superada em estudos futuros. Além disso, acompanhamento dos participantes (*follow-up*) poderia trazer análises de predição e de causa e efeito.

CONCLUSÕES

Os cuidadores de idosos das áreas rurais deste estudo foram predominantemente mulheres, idosas, casadas, com um a quatro anos de escolaridade, autodeclaradas brancas, aposentadas e católicas.

As queixas de saúde mais frequentes foram dor, hipertensão arterial sistêmica, insônia, problemas de coluna e problemas na visão. A sobrecarga esteve marginalmente associada à idade avançada do cuidador e fortemente à falta de ajuda afetiva ou emocional. Cuidadores que cuidavam de um idoso do sexo feminino apresentaram autoavaliação positiva da saúde e relataram menor ocorrência de varizes. A queixa de artrite foi maior em quem provê cuidado por mais de cinco anos, assim como ocorrência dessa queixa e de morbidades não especificadas estiveram fortemente associados a cuidar de um idoso com alterações cognitivas.

REFERÊNCIAS

1. Pinguat M, Sorensen S. Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2003;58(2):112-28.
2. Pinguat M, Sorensen S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychol Aging*. 2011;26(1):1-14.
3. Bourgeois J, Ochs J, Tyrrell J. Vigilance: a core feature of caregiver burden in dementia [abstract]. *Alzheimer's Dement*. 2009;5(4):91.

Este estudo traz informações de cuidadores que prestam cuidados a idosos da comunidade, sem especificidade da patologia que acomete o idoso dependente. A compreensão da realidade do cuidado em áreas rurais e da identificação dos fatores do cuidado relacionados à saúde do cuidador podem contribuir para a melhor gestão do cuidado do idoso e de seu cuidador. A combinação de instrumentos de avaliação subjetiva e objetiva da saúde pode ser importante no contexto de atenção primária à saúde no Brasil.

Outros estudos podem ser conduzidos no sentido de fornecer um profundo entendimento sobre covariáveis relacionadas ao envelhecimento do cuidador e do contexto do cuidado. Além do contexto biopsicossocial, a qualidade do envelhecimento do cuidador pode ser ditado por muitas características do próprio cuidado, como receber suporte de terceiros, períodos longos do cuidado e o perfil do idoso que ele auxilia. Essas características podem explicar a influência sobre a saúde, o bem-estar do cuidador e sua qualidade de vida. Finalmente, deve-se considerar que a maioria dos cuidadores também é idosa e há necessidade de atenção para tal cenário que cresce em número e importância.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos todos os cuidadores e idosos participantes deste estudo.

4. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [acesso em 28 nov. 2016];47(1):137-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a17v47n1.pdf>.
5. Lillo P, Mioshi E, Hodges JR. Caregiver burden in amyotrophic lateral sclerosis is more dependent on patients' behavioral changes than physical disability: a comparative study. *BMC Neurol*. 2012;12:1-11.

6. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(10):2490-502.
7. Curcio CL, Gomez F, Reyes-Ortiz CA. Related to fear of falling. *J Aging Health*. 2009;21(3):460-79.
8. Curcio CL, Henao GM, Gomez F. Frailty among rural elderly adults. *BMC Geriatr*. 2014;14(1):1-8.
9. Luchesi BM, Alexandre TS, Oliveira NA, Brigola AG, Kusumota L, Pavarini SCI, et al. Factors associated with attitudes toward the elderly in a sample of elderly caregivers. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(12):1-11.
10. Morgan DG, Kosteniuk JG, Stewart NJ, O'Connell ME, Kirk A, Crossley M, et al. Availability and primary health care orientation of dementia-related services in rural Saskatchewan, Canada. *Home Health Care Serv Q*. 2015;34(3-4):137-58.
11. Stewart NJ, Morgan DG, Karunanayake CP, Wickenhauser JP, Cammer A, Minish D, et al. Rural caregivers for a family member with dementia: models of Burden and Distress differ for women and men. *J Appl Gerontol*. 2014; 35(2):150-78.
12. Li LW, Liu J, Xu H, Zhang Z. Understanding rural-urban differences in depressive symptoms among older adults in China. *J Aging Health*. 2016; 22;28(2):341-62.
13. McKenzie K, Murray A, Booth T. Do urban environments increase the risk of anxiety, depression and psychosis? an epidemiological study. *J Affect Disord*. 2013;150(3):1019-24.
14. Brazil K, Kaasalainen S, Williams A, Rodriguez C. Comparing the experiences of rural and urban family caregivers of the terminally ill. *Rural Remote Health*. 2013;13(1):1-12.
15. Brazil K, Kaasalainen S, Williams A, Dumont S. A comparison of support needs between rural and urban family caregivers providing palliative care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2014;31(1):13-9.
16. Gessert C, Waring S, Bailey-Davis L, Conway P, Roberts M, VanWormer J. Rural definition of health: a systematic literature review. *BMC Public Health* 2015;15:378.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2013 [Internet]. Brasília, DF; 2013 [acesso em 15 abr. 2017]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/default_sintese.shtm
18. Sczufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(1):12-7.
19. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6.
20. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.
21. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-9.
22. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
23. Garces SBB, Krug MR, Hansen D, Brunelli AV, Da Costa FTL, Rosa CB, et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(2):335-52.
24. Vieira CPB, Fialho AVM, De Freitas CHA, Jorge MSB. Practices of elderly's informal caregiver at home. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(3):570-9.
25. Fernández-Lansac V, Crespo López M, Cáceres R, Rodríguez-Poyo M. Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: Estudio preliminar. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(3):102-9.
26. Toribio-Díaz E, Moltó-Jordà J, Martínez VM, Pérez-Cerda I, Bermejo-Velasco P, Zea-Sevilla MA. Formal caregivers in assisted residences of the province of Alicante, Spain: analysis of their needs and expectations of formation in dementias [abstract]. *Alzheimers Dement*. 2011;7(4):434.
27. Rigo II, Paskulin LMG, Morais EP de. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. *Rev Gaúcha Enferm* 2010;31(2):254-61.
28. Aravena VJ, Alvarado OS. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Cienc Enferm*. 2010;15(2):111-20.
29. Santos EA, Tavares DMS, Rodrigues LR, Dias FA, Ferreira PCS. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):393-400.
30. Morais EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e Saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Context Enferm*. 2008;17(2):374-83.
31. Ferreira PCS, Tavares DMS, Rodrigues RAP. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):29-35.

32. Luchesi BM, Degani GC, Brígola G, Pavarini SCI, Marques S. Evaluation of depressive symptoms in older caregivers. *Arch Clin Psychiatr.* 2015;42(2):45-51.
33. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI, Toyoda CY. Perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. *Rev Latinoam Enferm.* 2009;17(2):187-93.
34. Gratão ACM, Do Vale FAC, Roriz-Cruz M, Haas VJ, Lange C, Talmelli LFS, et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. *Rev Esc Enferm USP.* 2010;44(4):873-80.
35. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006;11(3):753-64.

Recebido: 29/11/2016

Revisado: 27/03/2017

Aprovado: 17/05/2017