

Autocuidado e qualidade de vida em cuidadores de idosos

Self-care and quality of life in elderly caregivers

Autocuidado y calidad de vida em cuidadores mayores

Recebido: 15/07/2020 | Revisado: 06/08/2020 | Aceito: 10/08/2020 | Publicado: 15/08/2020

Mirian da Costa Lindolpho

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2503-4827>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: profmirianlindolpho@yahoo.com.br

Selma Petra Chaves Sá

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9878-7179>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: selmapetrasa@gmail.com

Geilsa Soraia Cavalcante Valente

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4488-4912>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: geilsavalente@gmail.com

Liliane Belz do Reis

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2883-3843>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: lilianebelz@gmail.com

Murillo Henrique Azevedo da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0917-7094>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: murilloheaz@gmail.com

Natália Kaizer Rezende Ortega de Barros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5326-1237>

Universidade Federal Fluminense, Brasil

E-mail: nataliaortegabarros@gmail.com

Resumo

Objetivo: Verificar a existência de relação das variáveis sociodemográficas, da sintomatologia de depressão, da sobrecarga, da qualidade de vida sobre a capacidade de autocuidado.

Método: Estudo transversal, desenvolvido em Centro de Atenção à Saúde do Idoso em Niterói. Utilizou-se questionário sociodemográfico, Escala de Avaliação de Autocuidado Revisada, escala de sobrecarga Zarit, escala de depressão do *Center Epidemiological Studies – Depression* e Avaliação da qualidade de vida. Dados tratados no programa estatístico R. Aplicou-se análise descritiva e inferencial. Resultados: A análise descritiva mostrou predomínio de mulheres, filhas de idosos e 60,8% compartilhavam o cuidado. A análise univariada mostrou a influência do papel do cuidador e de seu ambiente nos índices de depressão e qualidade de vida. A análise multivariada mostrou que as taxas de aumento da depressão são inversamente proporcionais ao autocuidado. Conclusão: Os condicionantes básicos influenciam diretamente na capacidade para o autocuidado, principalmente os sentimentos depressivos e o ambiente em que vive o cuidador. Os fatores condicionantes básicos influenciam diretamente a capacidade de autocuidado, principalmente, os sentimentos depressivos e o ambiente onde o cuidador vive.

Palavras-chave: Autocuidado; Qualidade de vida; Depressão; Cuidador; Idoso.

Abstract

Objective: To verify the existence of a relationship between sociodemographic variables, symptoms of depression, overload, quality of life on the capacity for self-care. Method: Cross-sectional study, developed at the Elderly Health Care Center in Niterói. A sociodemographic questionnaire, a revised Self-Care Assessment Scale, a Zarit overload scale, a depression scale from the Center Epidemiological Studies - Depression and Quality of Life Assessment were used. Data treated in the statistical program R. Descriptive and inferential analysis was applied. Results: Descriptive analysis showed a predominance of women, daughters of the elderly and 60.8% shared the care. The univariate analysis showed the influence of the role of caregiver and its environment on the rates of depression and quality of life. Multivariate analysis showed that the rates of increased depression are inversely proportional to self-care. Conclusion: The basic conditioning factors directly influence the capacity for self-care, especially depressive feelings and the environment where the caregiver lives.

Keywords: Self-care; Quality of life; Depression; Caregiver; Old man.

Resumen

Objetivo: Verificar la existencia de una relación entre variables sociodemográficas, síntomas de depresión, sobrecarga, calidad de vida en la capacidad de autocuidado. Método: Estudio

transversal, desarrollado en el Centro de Atención de la Salud para Ancianos de Niterói. Se utilizó un cuestionario sociodemográfico, una escala de evaluación de autocuidado revisada, una escala de sobrecarga de Zarit, una escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos - Depresión y una evaluación de la calidad de vida. Datos tratados en el programa estadístico R. Se aplicó el análisis descriptivo e inferencial. Resultados: El análisis descriptivo mostró un predominio de mujeres, hijas de ancianos y el 60.8% compartió la atención. El análisis univariante mostró la influencia del papel del cuidador y su entorno en las tasas de depresión y calidad de vida. El análisis multivariado mostró que las tasas de aumento de la depresión son inversamente proporcionales al autocuidado. Conclusión: Los factores básicos de condicionamiento influyen directamente en la capacidad de autocuidado, especialmente los sentimientos depresivos y el entorno donde vive el cuidador.

Palabras clave: Autocuidado; Calidad de vida; Depresión; Cuidador; Ancianos.

1. Introdução

O autocuidado consiste na ação que o indivíduo realiza em seu benefício. Este termo foi utilizado por Dorothea Orem em 1958, e em 1991, ela estruturou a Teoria do Déficit do Autocuidado. Para realização do autocuidado, torna-se necessário que a pessoa tenha a capacidade de cuidar-se, o que significa ter conhecimento, habilidade e experiência. A capacidade de autocuidado pode sofrer influência de fatores condicionantes básicos; ou seja, aspectos internos (idade, sexo, estado de desenvolvimento e estado de saúde) e aspectos externos (orientação sociocultural, sistema de saúde, sistema familiar, padrão de vida, os aspectos ambientais e a disponibilidade e a adequação de recursos) (Orem, 2001).

O envelhecimento populacional e a ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) podem contribuir para limitações no idoso (Miranda, Mendes & Silva, 2016) fazendo com que necessite de um cuidador. Geralmente um familiar assume a responsabilidade pelo cuidado do idoso.

Ao assumir a responsabilidade do cuidado de seu familiar, o cuidador estará exposto a circunstâncias novas e inesperadas que irão requerer uma estratégia de enfrentamento para cada uma delas. Com o passar do tempo ele manifestará um desgaste físico e emocional (Silveira & Silva, 2020)

Na ausência de apoio quer seja de um modo formal – profissional contratado, instituições de saúde, legislação ou informal – família e amigos, fica vulnerável a enfermidades, sobrecarga, à depressão, a estados emocionais negativos, desestruturação da

vida pessoal com impacto negativo que se refletirão na família e no idoso (Oliveira, Neri & D'Elboux, 2016; Queiroz, Camacho, Gurgel, Assis, Santos & Santos, 2018). Assim, a capacidade de autocuidado sofre influência dos fatores internos e externos, entende-se que todo o contexto do cuidador evidencia que os fatores condicionantes básicos internos e externos poderão ser afetados (Orem, 2001).

Diante das necessidades e do comprometimento do idoso, o cuidador prioriza o cuidado com seu familiar, protelando o seu autocuidado, pois tem pouco tempo para si (Flesch, Batistoni, Neri & Cachioni., 2017).

Em um estudo, cuidadores relataram que não tinham tempo de cuidar da saúde e, conseqüentemente, se automedicavam. Referiram ainda que, na falta de apoio familiar, mesmo sendo ínfimo, o cuidador conseguia realizar seu autocuidado (Couto, Caldas & Castro, 2018). Essa ocorrência aponta para duas possibilidades; a primeira de que o autocuidado não é uma prioridade, e a outra de que o cuidador necessita de apoio para ter condições de realizar o autocuidado.

A ampliação do suporte social e de saúde aos cuidadores é uma necessidade, na tentativa de minimizar a sobrecarga, melhorando a qualidade de vida desses indivíduos (Anjos, Boery & Pereira, 2014). Alguns achados apontam que os cuidadores possuem um prejuízo em sua qualidade de vida.

A qualidade de vida é conceituada pela OMS como a percepção da pessoa em sua posição na vida, percepção essa que envolve seu contexto cultural, os valores, as relações estabelecidas frente aos seus objetivos, expectativas, apreensões e padrões (The WHOQOL Group, 1995).

A qualidade de vida também pode sofrer influência dos fatores condicionantes básicos e caracteriza-se como um ponto de partida para articulação entre a qualidade de vida e o autocuidado do cuidador de idoso.

O objetivo do estudo é verificar a existência de relação das variáveis sociodemográficas, da sintomatologia de depressão, da sobrecarga, da qualidade de vida e sobre a capacidade de autocuidado de cuidadores de idosos.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal norteado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Strobe)* que foi divulgado em 2007 com o objetivo de direcionar e dar fidedignidade a aos estudos observacionais. Essa ferramenta

fornece uma lista de 22 itens acerca do que deveria estar contemplado nos trabalhos. Esses itens incluem aspectos do desenho do estudo, seleção da amostra, coleta de dados, análise e possível viés (Malta, Cardoso, Bastos, Magnanini & Silva; 2010; Adams, Benner, Riggs & Chescheir; 2018).

Estudo descritivo, transversal, quantitativo, no período de coleta foi abril 2018 a 30 de outubro de 2018.

O cenário da pesquisa foi o Centro de Atenção à Saúde do Idoso e Seu Cuidador (CASIC), da Universidade Federal Fluminense (UFF), em Niterói-Rio de Janeiro, Brasil. Nesse espaço há idosos saudáveis e com demência, que são atendidos assim como seus cuidadores. Os idosos são oriundos do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), do Centro de Referência aos Idosos do HUAP, de médicos particulares e de demanda espontânea.

Os participantes foram os cuidadores familiares de idosos, cadastrados no CASIC. E que atenderam aos critérios de inclusão - ser cuidador familiar de idoso a partir de 18 anos, tempo de duração de cuidados de pelo menos 6 meses, tempo de prestação diária de cuidados igual ou superior a duas horas; e exclusão - presença de perturbação da comunicação que dificulte a realização dos testes, *déficit* cognitivo avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental (MMSE), de acordo com os valores normativos (Almeida, 1998).

A amostra foi de conveniência. Para determinar o tamanho mínimo de amostra necessário para verificar o efeito da sintomatologia de depressão, da sobrecarga e da qualidade de vida sobre a capacidade de autocuidado controlando pelas variáveis sociodemográficas foram utilizadas as tabelas de poder para regressão (Cohen, 1992). A partir dela foi possível verificar que, considerando que foram utilizadas 7 escalas (Escala *Center Epidemiological Studies – Depression* - CES-D, Escala de autocuidado *Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised* - ASA-R, Escala de sobrecarga Zarit, Qualidade de vida *Whoqol – bref* - Físico, Qualidade de vida - Psicológico, Qualidade de vida - Relação social e Qualidade de vida - Meio ambiente), um nível de significância de 5% e um tamanho de efeito grande seria necessário ter no mínimo 45 amostras. Como foram coletadas informações de 51 respondentes, o tamanho da amostra foi adequado.

O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo aprovação sob número de parecer 2.707.789 em junho de 2018.

As variáveis: dependente (autocuidado – escala de autocuidado *Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised* - ASA-R); independente (qualidade de vida – escala *Whoqol-bref*, dados

sociodemográficos) e intervenientes (sintomas depressivos – escala *CES-D*, sobrecarga – escala de Zarit).

Os instrumentos utilizados foram: questionário sociodemográfico ao cuidador, Mini Exame do Estado Mental, escala *Whoqol – bref*, escala de Autocuidado *ASA-R*; da escala de Zarit; o *Teste Center Epidemiological Studies – Depression (CES-D)*.

Instrumentos de coleta de dados

Questionário sociodemográfico, consiste em dados sociodemográficos do idoso e do cuidador.

Escala de capacidade de autocuidado revisada – *ASA-R* foi desenvolvida por pesquisadores americanos e holandeses, participantes do grupo *Nursing Development Conference Group (NDCG)*, para mensurar o conceito da Teoria do *Déficit* de Autocuidado de Orem. Apesar de basear-se em dez componentes de poder, ela não possui como objetivo verificar se a capacidade de autocuidado está desenvolvida, mas se ela está operacionalizável. Ela pode ser aplicada e comparada a diferentes grupos de idade e em diversas condições de saúde (Stacciarini, 2012; Lindolpho, Caldas, Silva, Tavares, Carvalho & Silva, 2020). Validada no Brasil por uma enfermeira e por dois psicólogos. (Stacciarini & Pace, 2014; Damásio & Koller, 2013; Lindolpho et al, 2020). É uma escala tipo likert que não possui ponto de corte, mas pontua de 15 a 75 pontos.

Center Epidemiological Studies – Depression (CES-D) é um instrumento de rastreamento para identificação do humor depressivo, com o ponto de corte estabelecido (≥ 12) elaborado pelo *National Institute of Mental Health (Radloff, 1977)*. Consiste em uma lista de sentimentos e comportamentos vivenciados pela pessoa na semana anterior à coleta dos dados (Batistoni, Néri, & Cupertino., 2010).

É um instrumento autoaplicável de 20 itens, que compreende questões relacionadas a humor, comportamento e percepção, e vem sendo amplamente utilizado em estudos clínicos e populacionais (Radloff, 1977).

Escala de sobrecarga do cuidador (*Zarit Burden Interview - ZBI*) desenvolvida por Zarit, Reever e Bach-Peterson, no ano de 1980, desenvolveram a escala *The Zarit Burden Interview (ZBI)* para avaliar a sobrecarga (Luzardo, Gorini & Silva, 2006). Possui 22 questões que avaliam o impacto do cuidado nas esferas física, psicológica e social, cuja pontuação que pode variar de 0-4 (Rodríguez, Córdoba & Poches, 2016). O somatório destas questões é de 88 pontos e possui um ponto de corte. Quanto maior a pontuação, maior a sobrecarga. Sendo

assim, classifica-se sobrecarga intensa, o escore entre 61-88; moderado a severo, de 41-60; moderado a leve, entre 21-40 e ausência de sobrecarga escores inferiores a 21.

Avaliação da qualidade de vida *Whoqol-bref* avalia a qualidade de vida que é especificada por domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. É uma escala de likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida) constituída de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral). As pontuações de cada domínio foram transformadas de 0 a 100, apresentadas em médias e calculadas conforme preconiza o manual (Fleck, 2008).

Os pesquisadores foram responsáveis pela coleta de dados. Após as entrevistas, os dados do questionário sociodemográfico foram transcritos para a planilha excel e posteriormente foram tratadas no programa estatístico R. Da mesma forma procedeu-se quanto as escalas de sobrecarga Zarit, depressão *CES-D*, *Whoqol-bref* também foram transcritas para a planilha excel. A escala *ASA-R* necessitou de tratamento estatístico para sua mensuração.

A análise foi feita em duas etapas descritiva e inferencial:

1ª Etapa Descritiva: Para descrever as variáveis do estudo foram utilizadas as frequências absolutas e relativas, além da média e do desvio padrão quando a variável fosse numérica ou apresentada também em forma de escala.

2ª Etapa Inferencial: Optou-se por trabalhar com a capacidade de autocuidado de forma numérica, transformando sua escala original de 15 a 75 para a escala de 0 a 1, de forma que fosse possível utilizar a Regressão Beta (Smithson & Merkle, 2013). A regressão beta possui média e variância dependentes e por esse motivo permite a modelagem não somente da estrutura da média, mas também do parâmetro de precisão, o que confere ao modelo maior flexibilidade para modelar a variância da variável de interesse.

Embora a Regressão Beta seja adequada para tratar variáveis limitadas ao intervalo de 0 a 1, ela não permite a inclusão desses valores devido ao fato de que a distribuição beta é definida no intervalo aberto (0, 1). Por esse motivo, quando ocorrem os números 0 ou 1 na amostra, um estudo¹⁹ sugere que se some $1/2n$ ao valor zero e se subtraia $1/2n$ do valor 1, em que n é o tamanho da amostra. Foi encontrado somente um valor 1 na capacidade de autocuidado, sendo que nesse número foi aplicada a técnica proposta pelo estudo (Macmillan & Creelman, 2004).

Para verificar quais fatores exerciam influência sobre os fatores de capacidade de autocuidado foram ajustados modelos de regressão univariados e multivariados. Para

selecionar as variáveis capazes de explicar a capacidade de autocuidado, foi utilizado o método Stepwise (Smithson & Merkle, 2013).

O método Stepwise é definido como uma mescla dos métodos Backward e Forward, sendo que para o método Forward (critério de entrada das variáveis), foi realizada uma análise univariada através do ajuste de regressões para cada variável. Para o método Forward foi adotado um nível de significância de 25%. As variáveis selecionadas foram inseridas em uma regressão múltipla, sendo nessa etapa aplicado o método Backward. Este método é o procedimento de retirar, por vez, a variável de maior valor-p, sendo esse procedimento repetido até que restem no modelo somente as variáveis significativas. Para o método Backward foi adotado um nível de 5% de significância. O software utilizado nas análises foi o R (versão 3.5.1).

3. Resultados

Os resultados apresentaram-se pela análise descritiva, análise univariada e multivariada.

Análise descritiva

Realizou-se a estatística descritiva do questionário sociodemográfico e das escalas utilizadas no estudo. Sobre os dados do questionário sociodemográfico foi possível identificar que 46 cuidadores (90,2%) eram do sexo feminino, 35 (68,6%) tinham como parentesco o filho, 23 (45,1%) eram de cor branca, 24 (47,1%) eram da cidade de São Gonçalo, 20 (39,2%) eram de religião católica, 26 (51,0%) eram casados, 27 (52,9%) tinham ensino médio, sendo que apenas um cuidador (2,0%) era analfabeto, e 31 (60,8%) dividiam o cuidado do idoso com outra pessoa.

A idade média dos indivíduos foi 54,10 com um desvio padrão de 12,52. Vale ressaltar que a idade variou de 24 a 78 anos. A renda familiar média foi de R\$ 3.156,65 com um desvio padrão de R\$ 2.177,20. Ressalta-se que a renda familiar variou de R\$ 937,00 a R\$ 10.200,00 reais. O número médio de semanas de quem trabalha foi de 27,10 com um desvio padrão de 16,45. O uso de medicamentos médio foi de 3,10 com um desvio padrão de 2,35. Destaca-se que o uso de medicamentos variou de 1,00 a 11,00. A média das horas gastas de cuidado com idoso foi 12,67 com um desvio padrão de 10,19.

Na análise descritiva das escalas pode-se destacar a média da Escala *ASA-R* foi de 56,18 com um desvio padrão de 8,78; a média da Escala *CES-D* foi de 16,06 com um desvio padrão de 13,56; a média da Escala Zarit foi de 25,57 com um desvio padrão de 17,86; e a qualidade de vida – Psicológico teve média 3,64 e foi a maior dentre as demais qualidades de vida. Salienta-se que a qualidade de vida – Meio ambiente teve média de 3,23, sendo ela a menor.

Fatores que exercem influência sobre o autocuidado - análise univariada

A análise dos fatores que exercem influência significativa sobre a Escala *ASA-R* a qual mede a capacidade de autocuidado, de forma univariada estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Fatores que Exercem Influência sobre a Capacidade de autocuidado de Forma Univariada dos cuidadores de idosos participantes do Casic/UFF, Niterói-RJ, 2018.

Variáveis	B [†]	E.P. [‡]	I.C ^{**} - 95%	Valor-p
Sexo = Masculino	-	-	-	-
Sexo = Feminino	-0,23	0,34	[-0,90; 0,43]	0,497
Cor = Branca	-	-	-	-
Cor = Preta	0,06	0,24	[-0,42; 0,53]	0,808
Cor = Parda	0,18	0,23	[-0,28; 0,63]	0,454
Estado conjugal = Casado	-	-	-	-
Estado conjugal = Sem companheiro	0,02	0,20	[-0,36; 0,41]	0,901
Reside com idoso = Sim	-	-	-	-
Reside com idoso = Não	0,21	0,20	[-0,19; 0,60]	0,303
Participação em oficina de atividade = Sim	-	-	-	-
Participação em oficina de atividade = Não	0,20	0,25	[-0,29; 0,70]	0,422
Divide cuidado com idoso = Sim	-	-	-	-
Divide cuidado com idoso = Não	0,17	0,20	[-0,22; 0,56]	0,403
Ocupação anterior = Sim	-	-	-	-
Ocupação anterior = Não	0,25	0,23	[-0,21; 0,71]	0,291
Idade/10	0,01	0,08	[-0,15; 0,17]	0,892
Renda Familiar/1000	0,05	0,05	[-0,04; 0,14]	0,298
Trabalha atualmente (semanas)	-0,02	0,01	[-0,03; 0,00]	0,018
Tempo como cuidados (meses)/100	-0,03	0,11	[-0,25; 0,20]	0,814
Escala <i>CES-D</i>	-0,03	0,01	[-0,05; -0,02]	0,000
Escala Zarit	-0,02	0,00	[-0,03; -0,01]	0,000
Qualidade de vida – Físico	0,17	0,13	[-0,08; 0,43]	0,191
Qualidade de vida – Psicológico	0,44	0,25	[-0,04; 0,93]	0,075
Qualidade de vida - Relação social	0,24	0,13	[0,00; 0,49]	0,055
Qualidade de vida - Meio ambiente	0,38	0,15	[0,08; 0,68]	0,014

Legenda: [†]B - Coeficiente de regressão; [‡] E.P.- Erro de coeficiente de regressão; ^{**} I.C- Intervalo de confiança. Fonte: Dados da pesquisa. Niterói/Rio de Janeiro – Brasil (2018).

As variáveis trabalham atualmente (semanas), Escala *CES-D*, Escala Zarit, Qualidade de vida – Físico, Qualidade de vida – Psicológico, Qualidade de vida – Relação Social e Qualidade de vida – Meio ambiente foram selecionados como potências predictoras para o

modelo multivariado (Valor- $p < 0,25$). Salienta-se que a variável idade foi dividida por 10, a renda familiar foi dividida por 1000 e tempo como cuidado (meses) por 100 de forma a melhorar a apresentação da tabela. Além disso, de forma univariada, pode-se afirmar que:

- Houve influência significativa (Valor- $p = 0,018$) do trabalho atualmente em semanas sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada semana de trabalho, ocorre uma diminuição na capacidade de autocuidado.
- Houve influência significativa (Valor- $p = 0,000$) da Escala *CES-D* sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada unidade que aumenta na Escala *CES-D*, ocorre uma diminuição na capacidade de autocuidado.
- Houve influência significativa (Valor- $p = 0,000$) do Escala Zarit sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada unidade que aumenta na Escala Zarit, ocorre uma diminuição na capacidade de autocuidado.
- Houve influência significativa (Valor- $p = 0,014$) da Qualidade de vida – Meio ambiente sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada unidade que aumenta na Qualidade de vida – Meio ambiente, ocorre um aumento na capacidade de autocuidado.

Análise multivariada

A Tabela 2 apresenta a análise dos fatores que exercem influência sobre a capacidade de autocuidado de forma multivariada antes e após a aplicação do método Backward.

Tabela 2. Fatores que Exercem Influência sobre a Capacidade de autocuidado de Forma Multivariada dos cuidadores de idosos participantes do Casic/UFF, Niterói-RJ, 2018.

Variáveis	Modelo inicial				Modelo Final			
	B	E.P.	I.C - 95%	Valor-p	B	E.P.	I.C - 95%	Valor-p
Trabalha (semanas)	0,00	0,01	[-0,01; 0,02]	0,637	-	-	-	-
Escala <i>CES-D</i>	-0,03	0,02	[-0,08; 0,01]	0,166	-0,03	0,01	[-0,05; -0,02]	0,000
Escala Zarit	-0,01	0,01	[-0,03; 0,02]	0,579	-	-	-	-
QV ^{§§} -Físico	0,02	0,18	[-0,33; 0,37]	0,913	-	-	-	-
QV ^{§§} -Psicológico	0,18	0,32	[-0,44; 0,80]	0,561	-	-	-	-
QV ^{§§} -Relação social	-0,06	0,20	[-0,45; 0,32]	0,743	-	-	-	-
QV ^{§§} -Meio ambiente	0,10	0,22	[-0,32; 0,52]	0,637	-	-	-	-
R ² ^{†††}	62,9%				40,6%			

Legenda: Legenda: †B - Coeficiente de regressão; ‡ E.P.- Erro de coeficiente de regressão; †† I.C- Intervalo de confiança; §§ - Qualidade de Vida; ††† - R² - Coeficiente de determinação.

Fonte: Dados da pesquisa. Niterói/Rio de Janeiro – Brasil (2018).

Vale ressaltar que após a aplicação do método Backward somente a variável escala *CES-D* permaneceu no modelo, sendo este equivalente ao modelo univariado. Dessa forma, considerando o modelo final, pode-se destacar que:

- Houve influência significativa (Valor-p=0,000) do Escala *CES-D* sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada unidade que aumenta na Escala *CES-D*, ocorre uma diminuição na capacidade de autocuidado.
- A variável escala *CES-D* foi capaz de explicar 40,6% da variabilidade da capacidade de autocuidado.

4. Discussão

Sobre o perfil sociodemográfico dos cuidadores participantes do estudo encontrou-se que existe o predomínio da mulher (46 cuidadoras - 90,2%) como cuidadores o que pode ser explicado pela influência cultural na determinação dos papéis de gênero (*Ferreira, Isaac & Ximenes, 2018*). 35 (68,6%) eram filhos, resultado esse que diferencia-se de alguns estudos onde geralmente o cônjuge predomina como cuidador ou familiares (*Jesus, Orlandi, & Zazzetta, 2018; Damásio & Koller, 2013; Brigola, Luchesi, Rossetti, Mioshi, Inouye & Pavarini, 2017*), o que pode ser explicado pelo tipo de amostra onde os cuidadores eram participantes de um Programa de Extensão voltado para o idoso e seu cuidador, um serviço especializado. Identificou-se que 23 cuidadores (45,1%) eram de cor branca, similar a outro

estudo realizado (Brigola et al., 2017), mas achado diferente de outra pesquisa (Anjos, 2014) no qual 38 cuidadores (65,5%) eram da cor parda.

Acerca do domicílio, cabe ressaltar que a cidade de origem do estudo é Niterói, existindo um predomínio de cuidadores da cidade de São Gonçalo, considerada uma cidade dormitório, evidencia que a cidade de Niterói apesar de sua receita limitada, atende aos seus munícipes e aos de cidades adjacentes.

Sobre a religião identificou-se que 20 cuidadores (39,2%) eram de religião católica, semelhante ao estudo que caracterizou os cuidadores (Brigola et al., 2017). Houve um predomínio de 26 cuidadores com companheiros (51,0%), o que também foi encontrado em outros estudos (Jesus et al, 2018; Rossi et al., 2015; Brigola et al., 2017; Araújo et al., 2013).

Sobre a escolaridade 27 (52,9%) tinham ensino médio, sendo que apenas um cuidador (2,0%) era analfabeto, sendo encontrado cuidadores com ensino primário em outro estudo (Anjos, 2014; Jesus et al, 2018; Rossi et al., 2015; Brigola et al., 2017), mas com semelhança ao estudo que traçou o perfil dos cuidadores e as dificuldades que enfrentam (Araújo et al., 2013).

A renda familiar média foi de R\$ 3.156,65, superior a renda encontrada em outros estudos de cuidadores que possuíam menos que um salário mínimo (Anjos, 2014), um salário mínimo (Jesus et al, 2018), até três salários mínimos (Rossi et al., 2015; Araújo et al., 2013). Acerca do recebimento de ajuda para cuidar do idoso 20 cuidadores (60,8%) dividiam o cuidado com outra pessoa, diferente do estudo desenvolvido (Jesus et al, 2018), que não dividiam o cuidado com familiares ou cuidadores formais.

A existência de trabalho atual foi uma questão abordada no questionário sociodemográfico e encontrou-se que o número médio de semanas de quem trabalha foi de 27,10 com um desvio padrão de 16,45. Apontando que o cuidador cuida de seu familiar e também, trabalha fora existindo um aumento de tarefas, o que pode diminuir o tempo para o autocuidado. Não encontrou-se prejuízo no teste de rastreamento para perda nos cuidadores.

A média da Escala ASA-R foi de 56,18 sinalizando que os cuidadores estão conseguindo realizar seu autocuidado, pois a pontuação total é de 75 pontos. Em estudo sobre a personalidade e autocuidado dos cuidadores de idosos com Alzheimer (Lindolpho, 2017), quando trabalhou com a escala ASA-R, não identificou déficits significativos na avaliação global da escala, encontrou que pelo valor global, os cuidadores não possuíam déficit de autocuidado. Mas ao analisar a escala em suas dimensões, identificou que estava faltando poder para os cuidadores realizarem seu autocuidado. Nesse estudo apenas observou-se a escala de forma global.

O somatório total da escala de Zarit é de 88 pontos e estabeleceu-se um ponto de corte para definir a sobrecarga do cuidador. Quanto maior a pontuação, maior a sobrecarga. A média da escala Zarit encontrada entre os cuidadores da pesquisa foi de 25,57, podendo ser classificada a sobrecarga desses cuidadores como leve a moderada (entre 21-40), semelhante a outro estudo realizado (Jesus et al, 2018). Em estudo transversal desenvolvido (Bom et al., 2017) em duas amostras também encontrou-se sobrecarga moderada em 24 (45,3%) dos cuidadores. Apesar da sobrecarga ser de leve a moderada ela sempre altera a rotina e proporciona limitações à vida do cuidador, sendo o cuidador informal o que mais apresenta sobrecarga. Desse modo a família precisa ser trabalhada para participar da divisão do cuidado ao idoso, assim como o rodízio entre os cuidadores.

A escala de qualidade de vida é interpretada nos valores encontrados nos seus domínios: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5). Em relação à qualidade de vida física a média dos cuidadores foi de 3,52 o que conforme a interpretação aponta que a qualidade de vida física é regular. A média da qualidade de vida psicológica apresentou média de 3,64 apontando uma qualidade regular. No domínio social apresentou média de 3,56, também uma qualidade de vida regular. E no domínio meio ambiente sendo a menor média de pontuação dos domínios 3,23, sendo ela a menor. Novamente apresentando uma qualidade de vida regular. Portanto, o cuidador desse estudo apresenta uma qualidade de vida regular. Quando comparado com outros estudos percebe-se que a amostra do estudo atual possui valores inferiores (Anjos, 2014; Moreira et al., 2010).

Observa-se que existe um predomínio na escala de vida na pontuação de regularidade nos cuidadores. Mas um dos achados que se destaca é que o domínio meio ambiente, os cuidadores apresentaram a menor média. Ressalta-se ainda que 47,1% da amostra residiam em São Gonçalo e seus munícipes buscam atendimento de saúde em outra cidade, ponderando-se portanto, acerca da capacidade de atendimento de saúde oferecido, assim como o oferecimento dos demais serviços – meios de transporte, segurança, visto que existe o menor resultado para o domínio meio ambiente.

Fatores que exercem influência sobre o autocuidado

Na análise univariada envolveu as variáveis trabalham atualmente (semanas), Escala *CES-D*, Escala Zarit, Qualidade de vida – Físico, Qualidade de vida – Psicológico, Qualidade de vida – Relação Social e Qualidade de vida – Meio ambiente foram selecionados como

potenciais preditoras para o modelo multivariado (Valor- $p < 0,25$). Assim, identificou-se que houve influência significativa (Valor- $p = 0,018$) do trabalho atualmente em semanas sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada semana de trabalho, ocorre uma diminuição na capacidade de autocuidado. Quando trabalha-se fora, e ainda há a responsabilidade de cuidar do familiar enfermo, pela lógica menos tempo o cuidador terá para realizar seu autocuidado, mas não encontrou-se publicações para discutir essa questão.

Também identificou-se que houve influência significativa (Valor- $p = 0,000$) do Escala *CES-D* (afere os sintomas depressivos) sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada unidade que aumenta na Escala *CES-D*, ocorre uma diminuição na capacidade de autocuidado. Estudo também encontrou achado similar, onde o traço neuroticismo exerce um efeito mediador sobre os sintomas depressivos que influencia negativamente o autocuidado, assim quanto maior os sintomas depressivos, menor o autocuidado do cuidador familiar (Lindolpho, 2017).

Encontrou-se ainda que existe influência significativa (Valor- $p = 0,000$) da Escala Zarit sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada unidade que aumenta na Escala Zarit, ocorre uma diminuição na capacidade de autocuidado. Resultado similar no estudo sobre a personalidade e cuidado dos cuidadores de idosos com Alzheimer (Lindolpho, 2017), exerce-se um efeito mediador sobre a sobrecarga que influencia negativamente o autocuidado, assim quanto maior a sobrecarga, menor o autocuidado do cuidador familiar.

Ainda houve influência significativa (Valor- $p = 0,014$) da Qualidade de vida – Meio ambiente sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada unidade que aumenta na Qualidade de vida – Meio ambiente, ocorre um aumento na capacidade de autocuidado. Assim, conforme a unidade na qualidade de vida aumenta, aumenta o autocuidado, se a qualidade de vida ambiente diminui, diminui o autocuidado. Ratificando que os aspectos externos dos fatores condicionantes básicos - os aspectos ambientais influenciam o autocuidado (Orem, 2001). Essa questão apresenta a inediticidade do estudo, pois não encontrou-se estudo para embasar essa discussão.

Sobre a análise multivariada dos fatores que exercem influência sobre a capacidade de autocuidado de forma multivariada antes e após a aplicação do método Backward, identificou-se, considerando o modelo final, que houve influência significativa (Valor- $p = 0,000$) do Escala *CES-D* sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada unidade que aumenta na Escala *CES-D*, ocorre uma diminuição na capacidade de autocuidado e que os sintomas depressivos aferidos pela escala *CES-D* explica-se 40,6% da variabilidade da capacidade de autocuidado.

Esse achado foi similar a demais estudos desenvolvidos (Stacciarini & Pace, 2014; Lindolpho, 2017).

A sintomatologia depressiva diminui a capacidade de autocuidado dos cuidadores, quanto maior for o sintoma depressivo, menos capacidade de autocuidado terá o cuidador para se cuidar, o que poderá proporcionar prejuízos, principalmente se forem portadores de doenças crônicas não transmissíveis que necessitam da manutenção do autocuidado. Essa situação também poderá se refletir no cuidado ao idoso, deixando-o vulnerável.

5. Considerações Finais

O objetivo do estudo era verificar a existência de relação das variáveis sociodemográficas, da sintomatologia de depressão, da sobrecarga, da qualidade de vida e sobre a capacidade de autocuidado – pela análise univariada identificou-se que houve influência significativa (Valor-p=0,018) do trabalho atualmente, em semanas, sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada semana de trabalho, ocorre uma diminuição na capacidade de autocuidado, houve influência significativa (Valor-p=0,000) da Escala *CES-D* sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada unidade que aumenta na Escala *CES-D*, ocorre uma diminuição na capacidade de autocuidado, houve influência significativa (Valor-p=0,000) do Escala Zarit sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada unidade que aumenta na Escala Zarit, ocorre uma diminuição na capacidade de autocuidado, houve influência significativa (Valor-p=0,014) da Qualidade de vida – Meio ambiente sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada unidade que aumenta na Qualidade de vida – Meio ambiente, ocorre um aumento na capacidade de autocuidado.

Na análise multivariada houve influência significativa (Valor-p=0,000) do Escala *CES-D* sobre a capacidade de autocuidado, sendo que a cada unidade que aumenta na Escala *CES-D*, ocorre uma diminuição na capacidade de autocuidado e a variável escala *CES-D* foi capaz de explicar 40,6% da variabilidade da capacidade de autocuidado.

Os achados do estudo apontam para uma interferência do meio ambiente sobre a qualidade de vida dos cuidadores, assim, outros estudos podem aprofundar a temática relacionando os orçamentos disponíveis nos municípios, os investimentos em saúde, segurança, educação e qualidade de vida dos cuidadores. Outra vertente também é a possibilidade do desenvolvimento de estudos com cuidadores portadores de doenças crônicas não transmissíveis, depressão e a qualidade de cuidado prestada aos idosos.

Referências

- Almeida, O. P. (1998). Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatria*, 56(3B),605-12.
- Anjos, K. F., Boery, R. N. S. O., & Pereira, R. (2014). Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. *Texto & Contexto Enferm.* jul-set 23(3),600-8.
- Araújo, J. S., Vidal, G. M., Brito, F. N., Gonçalves, D. C. A., Leite, D. K. M., Dutra, C. D.,T, et al. (2013). Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 16(1),149-58.
- Batistoni, S. S. T., Néri, A. L., & Cupertino A. P. (2010). Validade e confiabilidade da versão brasileira da Center for Epidemiological Scale – Depression (CES-D) em idosos brasileiros. *Psico USF*, jan- abr 15(1),13-22.
- Bom, F. S., Sá, S. P. C., & Cardoso, R. S. S. (2017). Sobrecarga em cuidadores de idosos. *Rev enferm UFPE online*, jan 11(1),160-4.
- Brigola, A. G., Luchesi, B. M., Rossetti, E. S., Mioshi, E., Inouye, K., & Pavarini, S. C. I. (2017). Perfil de saúde de cuidadores familiares de idosos e sua relação com variáveis do cuidado: um estudo no contexto rural. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 20(3),410-22.
- Couto, A. M., Caldas, C. P., & Castro, E. A. B. (2018). Cuidador familiar de idosos e o Cuidado Cultural na assistência de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 959-966.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychol Bull*, jul 112(1),155-9.

Damásio, B. F., & Koller, S. H. (2013). The Appraisal of Self-Care Agency Scale – Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cad Saúde Pública*, 29(10),2071-82.

Ferreira, C. R., Isaac, L., & Ximenes, V. S. (2018). Cuidar de idosos: um assunto de mulher? *Estud Interdiscip Psicol, abr 9(1)*,108-25.

Fleck, M. P. A. (2008). *A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Flesch, L. D., Batistoni S. S. T., Neri, A. L., & Cachioni, M. (2017). Psychological aspects of the quality of life of caregivers of the elderly: an integrative review. *Geriatr Gerontol Aging*, 11(3),138-49.

Jesus, I. T. M., Orlandi, A. A. S., & Zazzetta, M. S. (2018). Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 8(16),27-32.

Lindolpho, M. C. (2017). Personalidade e autocuidado de cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer: implicações para a Enfermagem. Tese de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Lindolpho, M. C., Caldas, C. P., Silva, M. G. M., Tavares, T. J. P. C., Carvalho, R. V. C., Silva Barbara M. C. (2020). Personalidade e Autocuidado de Cuidadores de Idosos: estudo transversal. *Research, Society and Development*, 9(7), 1-19.

Luzardo, A. R., Gorini, M. I. P. C., & Silva, A. P. S. S. (2006). Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto & Contexto Enferm*, out-dez 15(4),587-94.

Macmillan, N. A., & Creelman C. D. (2004). *Detection theory: a user's guide* (2nd ed.). New York: Psychology Press.

Miranda, G. M. D., Mendes, A. C. G., & Silva, A. L. A. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 507-19.

Moreira, P. H. B., Mafra, S. C. T., Pereira, E. T., & Silva, V. E. (2011). Qualidade de vida de cuidadores de idosos vinculados ao Programa Saúde da Família – Teixeira, MG. Artigo Retrato. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 14(3), 433-40.

Oliveira, D. C., Neri, A. L., & D'Elboux, M. J. (2016). Ausência de expectativa de suporte para o cuidado aos idosos da comunidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 566-573.

Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts of practice*. Boston: Mosby.

Queiroz, R. S, Camacho, A. C. L. F, Gurgel, J. L., Assis, C. R. C., Santos, L. M., & Santos, M. L. S. C. (2018). Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(2), 205-214.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*, 1(3), 385-401.

Rodríguez, A. P. A., Córdoba, A. M. C. & Poches, D. K. P. (2016). Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(2), 87-99.

Rossi, V. E. C., Soares, M. A., Vilela, M. B. T., Alves, A., & Oliveira, M. G. (2015) Perfil dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer de uma cidade do interior de Minas Gerais. *Cienc Praxis*, 8(16), 27-32

Silveira, A. G., Silva, D. A. (2020). Sobrecarga dos familiares no cuidado ao portador de demência senil: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 9(6), 1-15.

Smithson, M., & Merkle, E. C. (2013) *Generalized linear models for categorical and continuous limited dependent variables*. Florida: Chapman and Hall.

Stacciarini, T. S. G. (2012). *Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado Appraisal of Self Care Agency Scale – Revised para o Brasil*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Stacciarini, T. S. G., & Pace, A. E. (2014). Tradução, adaptação e validação de uma escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. *Acta Paul Enferm*, 27(3),221-9.

The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41(10),1403-9.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Mirian da Costa Lindolpho – 20%

Selma Petra Chaves Sá – 10 %

Geilsa Soraia Cavalcante Valente – 10%

Liliane Belz dos Reis – 10%

Murillo Henrique Azevedo da Silva – 15%

Natália Kaizer Rezende Ortega de Barros – 15%