



**Verônica Carvalho de Araujo**

**Cuidando de cuidadores que atuam em ILPI: contribuições  
da neuropsicologia**

**Tese de Doutorado**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Psicologia Clínica e Neurociências pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Dra. Helenice Charchat-Fichman

Rio de Janeiro,  
Agosto de 2022



**Verônica Carvalho de Araujo**

## **Cuidando de cuidadores que atuam em ILPI: contribuições da neuropsicologia**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

**Profa. Helenice Charchat Fichman**

Orientadora

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

**Profa. Flavia Sollero de Campos**

PUC-Rio

**Prof. Carlos Eduardo Nórté**

UERJ

**Profa. Rosinda Martins Oliveira**

UFRJ

**Profa. Célia Pereira Caldas**

UERJ

Rio de Janeiro, 11 de agosto de 2022.

Todos os direitos reservados. A reprodução, total ou parcial, do trabalho é proibida sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

## **Verônica Carvalho de Araujo**

Aluna de Doutorado em Psicologia Clínica pela linha Clínica e Neurociências, Departamento de Psicologia PUC-Rio, início em 03/2018 – Bolsa Capes - Taxas. Mestre em Psicologia Clínica e Neurociências – Pontifícia Universidade Católica PUC-Rio 2015/2017. Especialista em Neuropsicologia e Reabilitação – Centro Universitário Celso Lisboa 2014/2016. Especialista em Neurociências aplicadas à Reabilitação – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ 2011/2013. Especialista em Gerontologia - Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ 2010/2011. Graduada em Psicologia – Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ 2002/2009.

### Ficha Catalográfica

Araujo, Verônica Carvalho de

Cuidando de cuidadores que atuam em ILPI : contribuições da neuropsicologia / Verônica Carvalho de Araujo ; orientadora: Helenice Charchat Fichman. – 2022.

97 f. ; 30 cm

Tese (doutorado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2022.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Cuidador. 3. Idoso. 4. Instituição de longa permanência para idosos. 5. Fardo do cuidador. 6. Cognição. I. Charchat-Fichman, Helenice. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

## Agradecimentos

Agradecer é um exercício diário, e eu tenho muitos motivos para agradecer.

Agradeço à Deus, sou abençoada por poder trabalhar com o que amo, e sei que muitas pessoas não têm essa possibilidade. Agradeço pela oportunidade de poder me dedicar a estudar e aprender sempre mais. Isso é muito maravilhoso. Agradeço por estar sempre cercada de pessoas que me transmitem amor, carinho, apoio nos momentos difíceis e alegria nas boas fases da vida.

A minha família é muito grande, mas agradeço a cada um de vocês. Solange, Erika, Bianca, João Pedro, Sueli, Andréa, Daniel. Tenho muitas mães, muitos irmãos e mais de dois filhos. Alguns estão mais perto, diariamente me aturando em minhas neuras e me dando apoio físico até, além de exemplo de dignidade, de força, de coragem e honradez. São exemplo a seguir e forja a passar. Elaine e Cesar, dois pais que a vida me trouxe mais tarde, um apoio infinito e uma fé na minha capacidade que me motiva. Renato, meu amor desde a adolescência. Crescemos juntos, amadurecemos juntos. Obrigada pelo seu apoio nessa caminhada, não. Um agradecimento especial para duas criaturas que deram sentido à minha vida. Depois de Leonardo e Isabele minha vida se fez luz. Leonardo “você caiu do céu, um anjo lindo que apareceu, com olhos de cristal. Me enfeitiçou, e eu nunca vi nada igual, de repente, você surgiu na minha frente, luz cintilante, estrela em forma de gente. Invasor do planeta Amor, você me conquistou”. Isabele “se toda arte se inspirasse em seus traços, então qualquer esboço viraria um quadro Monalisa. Com você tudo fica tão leve que até te levo na garupa da bicicleta, o preto e branco tem cor, a vida tem mais humor e pouco a pouco o vazio se completa. O errado se acerta, o quebrado conserta, e assim tudo muda mesmo sem mudar. A paz se multiplicou, que bom que você chegou pra somar”. Vocês estão tatuados na minha alma. São princípio, meio e fim.

Agradeço à minha orientadora Helenice. Uma pessoa especial, que não só disponibilizou tempo e conhecimento, mas me doou carinho e apoio também. Sou muito grata porque sei que tenho em você mais que uma orientadora, tenho uma amiga e uma companheira de jornada. Isso é muito, muito raro.

Agradeço aos professores da minha banca. Todos vocês fizeram parte da minha história acadêmica, participaram de alguma etapa desse processo e foram e são importante para mim por isso.

Agradeço ao Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, pelo apoio e parceira, principalmente à Dra. Cristiane Branquinho, ao Antônio e à Roberta, que foram incansáveis em me ajudar em todas as etapas deste processo.

Agradeço demais às minhas amigas. Essas eu não consigo citar os nomes, são muitas e não quero ser injusta se minha memória falhar. De vários lugares diferentes, mas todas com uma coisa em comum, muito amor no coração para doar, muito carinho para dividir, muito colo para oferecer e gargalhadas para dar juntas. Só Deus sabe o quanto eu senti falta de encontrar algumas de vocês na 2019.

Agradeço aos meus alunos, sempre me apoiando e me incentivando, espero ter contribuído com a formação de vocês como vocês enriquecem minha vida.

Por fim, agradeço à Marcelina e a Verinha, duas queridas com uma paciência infinita. É muito bom voltar à PUC e encontrar vocês.

À CAPES e à PUC-Rio pela bolsa e pelos auxílios concedidos, sem a qual este trabalho não seria possível.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## Resumo

Araujo, Verônica Carvalho; Charchat-Fichman, Helenice. **Cuidando de cuidadores que atuam em ILPI: contribuições da neuropsicologia.** Rio de Janeiro, 2022. 97p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O envelhecimento populacional é uma realidade que acarreta consequências como o aumento de doenças crônicas degenerativas e síndromes demenciais. Neste contexto são necessários cuidadores informais, familiares e formais que podem atuar tanto na residência do idoso como também nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). O presente trabalho tem por objetivo estudar o papel e particularidades de cada um dos agentes do cuidado - idosos e cuidadores, além de apresentar ideias que visam melhorar a qualidade de vida, o funcionamento cognitivo e aliviar os sintomas de depressão e ansiedade para ambos os grupos. Para tanto, quatro estudos desenvolveram este objetivo com diferentes ferramentas. Como resultados, é possível destacar o impacto da sobrecarga do cuidador no funcionamento cognitivo de cuidadores familiares, a influência da renda média e da escolaridade no funcionamento cognitivo de cuidadores contratados, além da investigação sobre os idosos receptores de cuidado, que demonstraram desempenho cognitivo abaixo do esperado. Por fim, são propostas ações que visam melhorar a qualidade de vida e a saúde mental, como um todo, dentro do ambiente institucional. É importante ressaltar a necessidade de mais estudos e implementação de práticas que visem melhorar as condições de vida e trabalho dentro das Instituições de Longa Permanência para Idosos.

## Palavras-chave

Cuidador; Idoso; Instituição de longa permanência para idosos; Fardo do cuidador; Cognição.

## Abstract

Araujo, Verônica Carvalho; Charchat-Fichman, Helenice (Advisor). **Caring for caregivers in elderly long-stay institutions: neuropsychology contributions.** Rio de Janeiro, 2022. 97p. Tese de Doutorado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Population aging is a reality that has consequences such as the increase in chronic degenerative diseases and dementia syndromes. In this context, informal, family and formal caregivers are needed who can work both in the elderly's residence as well as in Long Stay Institutions for the Elderly (ILPI). The present work aims to study the role and particularities of each of the care agents - the elderly and caregivers, in addition to presenting ideas that aim to improve quality of life, cognitive functioning and relieve symptoms of depression and anxiety for both groups. To this end, four studies developed this objective with different tools. As a result, it is possible to highlight the impact of caregiver burden on the cognitive functioning of family caregivers, the influence of average income and schooling on the cognitive functioning of hired caregivers, in addition to the investigation of elderly care recipients, who demonstrated cognitive performance below expected. Finally, actions are proposed that aim to improve the quality of life and mental health, as a whole, within the institutional environment. It is important to emphasize the need for further studies and implementation of practices that aim to improve living and working conditions within Long Stay Institutions for the Elderly.

## Keywords

Caregiver,; Aged; Home for the aged; Caregiver burden; Cognition.

## Sumário

Apresentação	10
1. Introdução	12
2. Objetivos	20
3. Sessão de artigos	21
3.1. Artigo 1: O impacto da sobrecarga do cuidador no funcionamento cognitivo de cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática	21
3.2. Artigo 2: Dependência funcional e declínio cognitivo em idosos institucionalizados no Rio de Janeiro durante a pandemia da COVID-19	30
3.3. Artigo 3: Avaliação neuropsicológica, de qualidade de vida, sobrecarga e risco de violência entre cuidadores atuantes em ILPIs na cidade do Rio de Janeiro	43
3.4. Artigo 4: Perfil cognitivo de cuidadores em Instituições de Longa Permanência na Cidade do Rio de Janeiro	66
4. Considerações finais	79
5. Referências	82
6. Anexos	94
6.1. Anexo I: Termo de consentimento livre e esclarecido dos idosos	94
6.2. Anexo II: Termo de consentimento livre e esclarecido dos cuidadores	96

## Lista de tabelas

### Artigo 2

Tabela 1: Quantidade de idosos selecionados e excluídos por instituição	33
Tabela 2: Resultados da Escala de Medo da COVID-19	37
Tabela 3: Resultados do Mini Exame do Estado Mental	37
Tabela 4: Resultados das escalas de humor	38
Tabela 5: Resultados das escalas funcionais	38

### Artigo 3

Tabela 1: Dados de média e desvio padrão de todos os testes e escalas aplicados	51
Tabela 2: Dados de frequência dos testes e escalas aplicados	53
Tabela 3: Resultado da Correlação de Pearson variáveis sociodemográficas	54
Tabela 4: Resultado da Correlação de Pearson das variáveis cognitivas	55
Tabela 5: Resultado da Correlação de Pearson e Correlação Ponto Bisserial das variáveis de qualidade de vida, humor, sobrecarga e risco de violência contra a pessoa idosa	59

### Artigo 4

Tabela 1: Estatística descritiva dos grupos de QI	74
---	----

## Lista de imagens

### Artigo 1

Figura 1: Fluxo de etapas da revisão sistemática 25

### Artigo 4:

Figura 1: Resultado da análise de Cluster 73

## Apresentação

O projeto inicial do doutorado consistia na avaliação de cuidadores familiares de idosos com síndrome demencial e dos idosos receptores do cuidado, a fim de verificar a presença de declínio cognitivo associado a sobrecarga do cuidador. A preferência era a avaliação de cuidadores que residissem com os idosos, tendo em vista que esses familiares viveriam com mais intensidade os efeitos da síndrome da sobrecarga.

O levantamento bibliográfico, a construção do projeto e a estruturação do protocolo de avaliação foram realizadas com vistas na qualificação e posterior envio ao Comitê de Ética em Pesquisa da PUC e da Plataforma Brasil.

Como previsto, logo após a qualificação, em dezembro de 2019, o projeto foi enviado ao Comitê da PUC e cadastrado na Plataforma Brasil. Logo em seguida a pandemia se instalou, tornando todos os processos mais lentos e, ainda com a aprovação obtida no Comitê da PUC, a coleta de dados se tornou inviável. A inviabilidade se deu por alguns motivos, não só a recomendação de evitarmos a circulação de pessoas nas ruas, o fato do SPA da PUC-Rio, local onde as avaliações ocorreriam estar fechado, além do público da coleta fazer parte do grupo de risco, sendo composto por idosos com demência e seus cuidadores.

Ainda durante a pandemia, em meados de 2020, quando não havia perspectiva de abertura da PUC e início de outras atividades, o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPERJ) entrou em contato com a professora Helenice Charchat-Fichman, orientadora do presente trabalho, buscando firmar uma parceria em que avaliaríamos os idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do Estado do Rio de Janeiro. A avaliação do público total seria também inviável, porém, foi possível construir um projeto com algumas ILPIs selecionadas pelo MP e realizar um rastreio cognitivo dos idosos residentes e avaliar os profissionais que atuam nos cuidados destes idosos.

Com essas mudanças, um novo projeto foi construído e enviado para os Comitês de Ética da PUC e da Plataforma Brasil. A aprovação da Plataforma Brasil foi concedida em 16 de agosto de 2021. Este novo projeto foi construído com o objetivo de investigar a saúde mental de idosos e cuidadores trabalhadores das ILPIs. As avaliações dos idosos foram realizadas sem intercorrências, pois foram aplicadas pelos próprios funcionários das instituições, via Google Forms, após treinamento dado para cada instituição. Estávamos ainda com muitos casos de

COVID-19 e as instituições mantinham as restrições de entrada em suas dependências. A possibilidade de aplicação via formulário virtual mostrou-se uma boa solução para que pesquisas sejam realizadas mesmo mantendo a distância. No entanto, as avaliações dos cuidadores não puderam ser iniciadas imediatamente, tendo em vista que as ILPIs continuavam fechadas para público externo. As avaliações dos cuidadores, por serem mais complexas e envolverem diferentes instrumentos, precisavam ser realizadas de maneira presencial. Sendo assim, só foram iniciadas em outubro, quando os idosos residentes tomaram a dose de reforço da vacina contra COVID-19 e o prazo de 15 dias, que prevê maior segurança e proteção da vacina, já havia se esgotado.

Após o início da coleta de dados, a mesma ocorreu de forma lenta. Algumas intercorrências como a dificuldade de conseguir realizar as avaliações, tendo em vista a pouca disponibilidade de tempo dos cuidadores para conseguirem participar das entrevistas; a distância das instituições escolhidas, fazendo com que boa parte do tempo disponível fosse despendido com o deslocamento de ida e volta das visitas. A coleta de dados, portanto, seguiu até janeiro de 2022. Os dados foram então corrigidos, catalogados e as análises começaram a ser realizadas. Houve a necessidade de realizar algumas pesquisas bibliográficas, já que o projeto final abrangeu informações diferentes do objetivo inicial.

# 1 Introdução

O envelhecimento populacional é resultado de diversas mudanças como o avanço tecnológico, o aumento da escolaridade e consequente redução na taxa de natalidade e o aumento da expectativa de vida. Este processo, vivenciado no mundo e especialmente rápido no Brasil, traz diversas consequências para uma comunidade (Barbosa *et al.*, 2017; Mota *et al.*, 2020; Poltronieri, Silva & Falcão, 2014; Souza & Ribeiro, 2019). Algumas dessas mudanças são positivas como o surgimento de uma oportunidade de mercado com produtos e serviços voltados para o envelhecimento saudável, a possibilidade de convivência intergeracional e da transmissão de conhecimentos. Outras mudanças são negativas como a maior demanda dos serviços de saúde e seus custos e o aumento no número de casos de doenças crônico-degenerativas e, conseqüentemente, dos casos de síndrome demencial, como a Doença de Alzheimer, por exemplo. De qualquer forma, o envelhecimento populacional exige maior investimento e planejamento em políticas públicas que atendam as demandas desta população (Veras & Lourenço, 2006; Wong & Carvalho, 2006).

Uma das consequências deste envelhecimento é o maior número de doenças associadas ao processo de envelhecer, como as doenças neurodegenerativas e as síndromes demenciais. Idosos com síndrome demencial necessitam de cuidados em diversas esferas de sua vida, como auxílio nas atividades de vida diária, cuidado com a saúde e apoio financeiro. Em famílias de menor poder aquisitivo, os próprios familiares assumem estes cuidados, tendo em vista o alto custo de manter cuidadores formais como funcionários domésticos (Poltronieri, Souza & Ribeiro, 2019). Neste contexto temos um grande número de cuidadores informais e familiares assumindo o cuidado de seus pais ou cônjuges portadores de síndrome demencial. A legislação brasileira preconiza o cuidado familiar como o ideal para o idoso (Barbosa *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2019). Em estudo de base populacional Ducal, Thumé & Hallal (2011) relatam prevalência de cuidado domiciliar de 49,5%, desta população, somente 4,7% eram de cuidadores contratados.

É importante ressaltar que estes familiares não recebem qualquer tipo de preparo para assumir a função de cuidado, que vai desde pequenos auxílios

nas tarefas do dia a dia, até assumir determinadas funções, como dar banho e alimentar o idoso. Além disso, frequentemente a necessidade de cuidado aumenta com o tempo e não existe previsão para o término desta jornada, podendo durar mais de 10 anos (Taub, Andreoli & Bertolucci, 2004; Fialho *et al.*, 2009; Souza *et al.*, 2015; Oldenkamp *et al.*, 2016).

Todavia, nem sempre é possível que este cuidado domiciliar aconteça. O aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho, culturalmente mais associadas ao cuidado, a viuvez, a redução no número de filhos e a ausência de laços familiares ou rede de apoio são alguns dos motivos que levam famílias e idosos sozinhos a buscarem uma alternativa de cuidado, que se traduz na institucionalização (Anastácio *et al.*, 2021; Colomé *et al.*, 2011; Fagundes *et al.*, 2021; Ferreira, Bansi, & Paschoal, 2014; Figueiredo *et al.*, 2021; Lini, Portella & Doring, 2016; Ribeiro *et al.*, 2008; Santos, Santos e Sousa, 2021; Silva & Falcão, 2014; Torres *et al.*, 2018). As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são os lugares mais procurados para atender essa demanda. Estas instituições podem ser públicas ou privadas e acolhem pessoas acima de 60 anos visando uma convivência com dignidade, cuidado e cidadania (Ministério da Saúde, 2021).

O nome ILPI, recentemente adotado, surge de uma necessidade de demonstrar cuidado e reduzir o estigma negativo associado à institucionalização (Barbosa *et al.*, 2017). Outro ponto que contribui para o estigma negativo são os dados que demonstram que os idosos residentes de ILPI apresentam piores índices funcionais e cognitivos que os idosos que são cuidados por familiares na comunidade (Andrade *et al.*, 2020; Cunha, Pacheco & Barreto, 2021).

O cuidador, para Moscoso e colaboradores (2007), é definido como aquele que auxilia o sujeito em suas atividades de vida diária básicas e instrumentais, frequentemente sem receber nenhum pagamento. Em alguns estudos o cuidador é considerado um membro da família que provê as necessidades de seu parente doente (Cassis *et al.*, 2007). Em outros estudos há uma diferenciação entre o cuidador familiar e o cuidador contratado, além do conceito de cuidador principal, que é o que assume a maior parte do cuidado e que pode receber ajuda de pessoas contratadas ou familiares do paciente. Interessante ressaltar que o cuidador principal não precisa, necessariamente, fazer parte da família. Em alguns casos ele pode ser um amigo, um vizinho, alguém com quem o paciente conviveu de alguma forma, antes de adoecer (Cardoso, Vieira, Ricci & Mazza, 2012; Perez, Abanto & Labarta, 1996).

Quando ocorre a contratação de cuidadores formais, é comum que estes acumulem as funções de cuidador do idoso e realizador de tarefas domésticas como lavar roupa, limpar a casa e preparar refeições (Figueiredo *et al.*, 2021). O mesmo não pode ocorrer nas ILPIs, tendo em vista que sua regulamentação exige profissionais especializados para cada tipo de serviço como o preparo de alimentos, o cuidado com as roupas e o cuidado ofertado ao idoso (Ferreira, Bansi & Paschoal, 2014).

Muitos estudos que tiveram suas amostras compostas por cuidadores familiares traçaram um perfil similar desta população: a maioria dos cuidadores é do sexo feminino, predominantemente filhas e esposas dos receptores de cuidado (Fialho *et al.*, 2009; Medrano, Rosario, Payano & Capellán, 2014; Santos *et al.*, 2014). Em Santos e colaboradores (2014) 76,1% dos cuidadores eram mulheres, 21,6% eram esposas e 34,1% filhas de idosos. Já no estudo de Taub e colaboradores (2004) as mulheres representaram 82% dos cuidadores, sendo 56% de filhas e com média de 111h semanais dedicadas ao cuidado familiar. Estudos com cuidadores formais, seja em residência ou em ILPIs, demonstram uma distribuição de gênero similar aos estudos com cuidadores informais. No trabalho de Figueiredo e colaboradores (2021) foram entrevistados cuidadores formais de idosos e 92,6% dos cuidadores entrevistados eram do sexo feminino. Destes quase todos acumulavam tarefas de cuidado com afazeres domésticos. Já na pesquisa de Ribeiro e colaboradores (2008), realizada com instituições de longa permanência em Belo Horizonte (MG), foi identificado que 87,8% da amostra de cuidadores eram mulheres.

É possível que esta predominância do sexo feminino no cuidado se deva a questão cultural. A mulher é “treinada” para o cuidado desde suas brincadeiras de infância, enquanto os homens, muitas vezes, são eximidos dos cuidados familiares como algo natural. É bastante comum também que o cuidador não receba apoio de outros familiares, o que aumenta o tempo utilizado no cuidado do idoso e reduz o tempo para o autocuidado, relações sociais e descanso. Além disso, o vínculo entre cuidador e receptor sofre uma transformação, tornando um dependente do outro, obrigando o cuidador a dar novo significado à relação já estabelecida (Costa *et al.*, 2015).

Outro ponto relevante diz respeito ao tempo de cuidado. Alguns estudos colocam como critério para que alguém seja considerado cuidador daquele idoso o tempo de 6 meses, residindo ou não com o paciente (Cassis *et al.*, 2007), outros estudos não tiveram essa preocupação quanto ao tempo em que

vem exercendo o cuidado e sim quanto ao tempo gasto semanalmente com este cuidado, ainda que um critério não exclua o outro (Moscoso *et al.*, 2007).

Desta forma, aos poucos, o olhar dos estudiosos foi se voltando para o cuidador. A relação entre a tarefa de cuidar e a percepção de qualidade de vida começou a se tornar clara o suficiente para ser objeto de estudo. A ideia inicial estava ligada ao fato de que o simples ato de cuidar já era penoso e estressante por si só. Aos poucos, essa compreensão se estendeu para a diferenciação entre dois fatores da sobrecarga. O primeiro é objetivo, diz respeito a fatos e situações onde a sobrecarga pode, claramente, ser percebida. Normalmente ocorre com graus cada vez mais severos conforme o paciente fica mais dependente de auxílio de enfermagem e de locomoção. O segundo fator é subjetivo, porque diz respeito às emoções do cuidador e dependem de motivos intrínsecos para se concretizar ou não, tais como a suscetibilidade emocional do cuidador à quadros depressivos ou quaisquer outras alterações de cunho emocional (Montgomery & Hooyman, 1985; Moscoso *et al.*, 2007).

É neste cenário que, na década de 60, surge o conceito de sobrecarga do cuidador. A sobrecarga é definida como a junção de problemas psicológicos, físicos, financeiros e sociais que acometem os cuidadores, sejam eles familiares ou profissionais contratados (Moscoso *et al.*, 2007). No estudo de Costa e colaboradores (2015), 58% dos cuidadores apresentaram sobrecarga entre leve e moderada, 19% apresentaram sobrecarga entre moderada e grave e 22% apresentaram ausência de sobrecarga, além disso, os níveis de sobrecarga eram maiores conforme o grau de dependência do idoso para executar as atividades de vida diária (Souza *et al.*, 2015). Outros estudos também apontam para um alto nível de sobrecarga nas amostras com cuidadores brasileiros, reforçando a ideia de que a sobrecarga e seus efeitos precisam ser estudados e combatidos (Fialho *et al.*, 2009).

A sobrecarga gera impactos físicos, emocionais, financeiros e sociais no cuidador e afeta diretamente a qualidade do cuidado providenciado (Cardoso, Vieira, Ricci & Mazza, 2012; Medrano *et al.*, 2014; Pessotti, Fonseca, Tedrus & Laloni, 2018; Garrido & Almeida, 1999). Para Perez e colaboradores (1996) a sobrecarga afeta os cuidadores em mais algumas vertentes assim divididas: médicas, sociais, laborais, familiares, econômicas e legais. As alterações médicas são compostas pelas alterações físicas e emocionais e podem ser agravadas pela automedicação e abuso de álcool. Estas alterações são

consideradas como a Síndrome do Cuidador (Moscoso *et al.*, 2007; Perez, Abanto & Labarta, 1996).

As mudanças físicas são comumente caracterizadas por fadiga, insônia e que podem alcançar efeitos no sistema imunológico, endócrino e gastrointestinal, já as mudanças psíquicas estão diretamente relacionadas a quadros de depressão, ansiedade, baixa autoestima, medos, sentimento de culpa e até ideias suicidas. A combinação dessas mudanças acarreta em maior probabilidade de violência contra o idoso, aumento de institucionalização e até mortalidade dos cuidadores, tendo em vista que demonstram uma clara dificuldade do cuidador, além da falta de apoio para lidar com todas as questões que emergem do cuidado. Questões essas que, frequentemente, não podem ser controladas, apenas trabalhadas (Cassis *et al.*, 2007; Foss *et al.*, 2007; Perez, Abanto & Labarta, 1996). Além disso, há o abandono do autocuidado por parte do cuidador, que não dispõe de tempo para ir ao médico, por exemplo, e lida com níveis de estresse muito altos, gerando diversos desequilíbrios em sua saúde (Souza *et al.*, 2015).

Da mesma maneira o impacto emocional se traduz em quadros de depressão e ansiedade, agravando a relação entre cuidador e idoso, além de constante frustração pelo agravamento do declínio cognitivo do idoso, natural de quadros degenerativos. As alterações familiares estão relacionadas a mudanças de papel, como exemplos, o filho cuidando de pais, problemas conjugais quando o cuidador é o cônjuge, e quaisquer outros conflitos. Estas mudanças geram discussões, brigas e podem agravar as outras alterações que os cuidadores vivenciam como o isolamento e a culpa (Perez, Abanto & Labarta, 1996). Alguns estudos apontam maior prevalência destes quadros entre cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer (Moscoso *et al.*, 2007; Medrano *et al.*, 2014; Souza *et al.*, 2015).

Outra consequência comum quando se assume o cuidado de um idoso com demência é a necessidade de atenção integral que este idoso tem, obrigando o cuidador a abandonar o emprego, reduzindo a renda familiar em um momento em que há aumento dos gastos com medicação e outros materiais necessários para o bom cuidado (Souza *et al.*, 2015). Pelo mesmo motivo de necessidade de atenção em tempo integral, o cuidador sofre com o isolamento social, em que se vê compelido a abandonar atividades de socialização e reduzir contatos sociais (Costa *et al.*, 2015; Foss *et al.*, 2007; Souza *et al.*, 2015). Por fim, os problemas legais surgem quando o paciente não é mais capaz de ter autonomia, exigindo que o cuidador se torne tutor do

mesmo, responsável, portanto, por todas as decisões referentes ao paciente, muitas vezes sem permitir que conversas e desejos importantes tenham sido esclarecidos antes desta fase chegar (Perez, Abanto & Labarta, 1996).

Apesar dos impactos do cuidado serem conhecidos pelos profissionais de saúde, o cuidador permanece negligenciado, sem receber a devida atenção e apoio em todas as esferas afetadas, frequentemente sem receber auxílio em nenhuma (Medrano *et al.*, 2014; Costa *et al.*, 2015). Muitas das condições relatadas não podem ser alteradas para proveito dos cuidadores. Fatores internos como predisposição a transtornos de humor, baixa resiliência ou relações prévias ruins com o idoso não podem ser modificados por pessoas de fora. No entanto, a importância de abordar o tema no momento de um diagnóstico, por exemplo, se dá pela possibilidade de a família refletir e decidir quem pode exercer essa função com menos sofrimento, quem demonstra ter características mais resistentes aos desafios que o ato de cuidar propõe (Montgomery & Hooyman, 1985; Megido, Espinas, Carrasco, Copetti & Caballé, 1999).

Outro importante fator que é pouco abordado é o quanto este nível de sobrecarga pode impactar a cognição do cuidador. A presença de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, por exemplo, já são fatores comprovadamente associados a quadros de declínio cognitivo (Paschoalini *et al.*, 2008; Paulo & Yassuda, 2010; Porto, Hermolin & Ventura, 2002). Além disso, muitas das consequências da sobrecarga, como o desequilíbrio na própria saúde e alterações de humor, são fatores de risco para quadros futuros de déficit cognitivo que podem evoluir para quadros demenciais. Neste contexto, mais estudos sobre a sobrecarga do cuidador e suas consequências para o mesmo são desejáveis e necessários. Da mesma maneira, a escassez de estudos sobre o estado de saúde mental dentro das ILPIs pode auxiliar na criação de políticas públicas e estratégias diversas que promovam um ambiente mais saudável para idosos e cuidadores.

A literatura a respeito de cuidadores familiares é escassa, no entanto, ainda mais escassa é a literatura sobre cuidadores contratados que trabalham em ILPIs. Estudos demonstram uma predominância do sexo feminino também entre estes profissionais, um baixo nível de escolaridade e a pouca quantidade de profissionais com curso de cuidador, ou seja, com a formação específica para seu trabalho. Estes profissionais possuem longas jornadas de trabalho e baixa remuneração, além disso, são responsáveis por diversos aspectos do cuidado como medicação, hidratação, higiene e alimentação (Colomé *et al.*,

2011; Lampert *et al.*, 2016; Lopes *et al.*, 2012; Torres de Medeiros Alves *et al.*, 2018). Além disso, no contexto da pandemia da COVID-19, estes profissionais tiveram que lidar com os riscos inerentes ao trabalho, com a testagem constante de profissionais e idosos e com a ideia de doença e finitude, causando preocupação e sofrimento psíquico (Alban & Silva, 2021).

O fato de cuidadores informais familiares estarem em contato constante com o idoso dependente sem previsão para o fim da tarefa, os tornam interessante objeto de estudo sobre as consequências da sobrecarga do cuidador (Taub, Andreoli & Bertolucci, 2004; Fialho *et al.*, 2009; Souza *et al.*, 2015; Oldenkamp *et al.*, 2016). É possível imaginar que cuidadores com maiores níveis de sobrecarga apresentem maior vulnerabilidade às alterações cognitivas, tendo em vista a maior propensão, já demonstrada na literatura, para alterações de humor como depressão e ansiedade, que geram impacto cognitivo (Cardoso, Vieira, Ricci & Mazza, 2012; Medrano *et al.*, 2014; Pessotti, Fonseca, Tedrus & Laloni, 2018; Garrido & Almeida, 1999).

Por outro lado, há idosos que necessitam de cuidados que não podem ser oferecidos por suas famílias (Anastácio *et al.*, 2021), sendo a mudança para uma ILPI uma necessidade ou opção, para que o idoso possa receber os cuidados de que necessita. No entanto, é importante compreender o perfil destes idosos que passam pelo processo de institucionalização para pensar em estratégias que visam reduzir os impactos funcionais e cognitivos desta mudança (Andrade *et al.*, 2020; Cunha, Pacheco & Barreto, 2021).

Para administrar e executar os cuidados destes idosos institucionalizados são necessários profissionais, preferencialmente com formação e remuneração adequadas, compatíveis com o grau de responsabilidade exigido. São funcionários que exercem o cuidado de idosos dependentes, seja dependência para as atividades instrumentais, seja para as atividades básicas de vida diária (Colomé *et al.*, 2011; Lampert *et al.*, 2016; Lopes *et al.*, 2012; Torres de Medeiros Alves *et al.*, 2018). Estudos que visam identificar o perfil destes colaboradores são escassos e muitas vezes voltados para impactos emocionais de sua profissão, dando pouca relevância aos impactos cognitivos, que, por sua vez, podem gerar um efeito nocivo de perda de qualidade no cuidado prestado. É esperado encontrar, dentro da amostra aqui estudada, cuidadores que apresentam índices de depressão e ansiedade dentro da média, bem como de qualidade de vida e funcionamento cognitivo. Quanto à escala de sobrecarga, é esperada que seja menor que de cuidadores

familiares, tendo em vista que os profissionais não residem com os idosos e possuem escala de trabalho definida.

O presente trabalho está dividido em quatro artigos. O primeiro é uma revisão sistemática que buscou identificar se há uma correlação entre a sobrecarga do cuidador e o funcionamento cognitivo dos cuidadores de idosos com demência. O segundo artigo visou mapear um perfil cognitivo, de alterações de humor, no caso depressão e ansiedade, de funcionalidade básica e instrumental e de medo da COVID-19, em idosos institucionalizados. Para tal, foi realizado exame de rastreio e os dados obtidos foram comparados com médias já estabelecidas por faixa de idade e escolaridade. Os terceiro e quarto trabalhos foram escritos a partir de dados coletados com os cuidadores que atuam nas mesmas instituições em que os idosos foram avaliados. Os profissionais foram submetidos a uma avaliação neuropsicológica mais aprofundada, além de avaliação de das alterações de humor, depressão e ansiedade, da qualidade de vida, do nível de sobrecarga e do risco de violência contra a pessoa idosa por parte do cuidador. No terceiro artigo apresenta-se um perfil abrangente com os resultados destas avaliações, algo, por si só, não encontrado paralelo na literatura. No quarto artigo foi necessário detalhar e discutir com mais atenção o perfil cognitivo obtido através das avaliações.

## **2** **Objetivos**

O objetivo geral do estudo é estudar o papel e particularidades de cada um dos agentes do cuidado - idosos e cuidadores, além de apresentar ideias que visam melhorar a qualidade de vida, o funcionamento cognitivo e aliviar os sintomas de depressão e ansiedade para ambos os grupos.

Objetivos específicos:

Identificar os possíveis impactos cognitivos da sobrecarga do cuidador de idosos com demência.

Traçar um perfil cognitivo e de humor de idosos institucionalizados na cidade do Rio de Janeiro, durante o período pandêmico.

Apresentar um perfil de fatores neuropsicológicos, qualidade de vida, humor e sobrecarga, além do risco de violência contra o idoso dos cuidadores que atuam em ILPIs.

Apresentar sugestões para a melhora da qualidade de saúde mental nas Instituições de Longa Permanência para Idosos dentro desta temática de cuidado neuropsicológico.

### 3 Sessão de Artigos

#### Artigo 1

Araujo, V.C., Barbosa, E.N.B., Pinho, M.M., Silva, V.A.F.S., Carchat-Fichman, H. O impacto da sobrecarga do cuidador no funcionamento cognitivo de cuidadores de idosos com demência: uma revisão abrangente da literatura (em revisão na revista *Dementia & Neuropsychologia*)

Resumo: O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil e no mundo. Este processo vem carregado de um aumento no número de casos de idosos portadores de síndrome demencial que demandam cuidados e ajuda nas atividades de vida diária. Estes cuidadores apresentam diversas alterações emocionais, sociais e financeiras. O objetivo do presente trabalho é avaliar a associação entre sobrecarga e cognição de cuidadores de idosos com demência. Para isso, em janeiro de 2022 foi realizada uma revisão da literatura para identificar estudos que realizaram avaliação cognitiva e de sobrecarga dos cuidadores de pacientes com demência. Na primeira fase foram identificados 329, após exclusão por duplicidade e título, 143 artigos tiveram seus resumos avaliados. Destes, 18 remanescentes tiveram o texto completo lido, no entanto, nenhum artigo preencheu os critérios de inclusão. É possível concluir, portanto, que há escassez na literatura de trabalhos que associem a sobrecarga do cuidador com as possíveis alterações cognitivas destes cuidadores.

Palavras-chave: Cuidador; Fardo do cuidador; Cognição; Disfunção cognitiva.

## **O impacto da sobrecarga do cuidador no funcionamento cognitivo de cuidadores de idosos com demência: uma revisão abrangente da literatura**

### **Introdução**

O envelhecimento populacional é uma realidade em diversos países no mundo e também no Brasil. Este fato gera consequências diversas como maior relação intergeracional e um novo mercado de consumo voltado para os idosos. Há também consequências da ordem da saúde pública relacionadas ao envelhecimento, como maior possibilidade do desenvolvimento de doenças neurodegenerativas, e idosos mais funcionalmente dependentes (Wong & Carvalho, 2006).

Naturalmente, com um grande número de idosos com dependência funcional, independentemente da origem que a causa, temos um grupo em crescente número que é o de cuidadores (Malmgren Fänge *et al.*, 2017). Cuidador é toda pessoa que auxilia outra nas ações relacionadas às atividades de vida diária, como tomar banho, se vestir ou tomar corretamente sua medicação. Estes cuidadores podem ser familiares desses idosos ou profissionais que prestam atendimento a estes pacientes em casa ou em instituições (Moscoso *et al.*, 2007).

O exercício do cuidado pode afetar diretamente a qualidade de vida dos cuidadores (Kamalzadeh *et al.*, 2020), tendo em vista que é algo que exige física e psicologicamente do sujeito (Massimo *et al.*, 2013). Justamente por isso, nos anos de 1960, formulou-se o conceito de sobrecarga do cuidador, que está associado aos encargos financeiros, sociais, emocionais e físicos causados pelo ato de cuidar (Bergvall *et al.*, 2011; Moscoso *et al.*, 2007). Cuidadores que sofrem com a sobrecarga, além de serem mais suscetíveis à problemas psicológicos como depressão e ansiedade, também podem apresentar outros problemas de saúde, tendo em vista que frequentemente abandonam o próprio cuidado pelo do outro (Kamalzadeh *et al.*, 2020; Zwingmann *et al.*, 2018).

Frequentemente os estudos que investigam a sobrecarga do cuidador focam em fatores que elevam a sobrecarga ou em consequências psicológicas da sobrecarga. É sabido, portanto, que quanto pior o estado cognitivo do receptor de cuidado ou quanto mais sintomas psiquiátricos o idoso apresenta, o cuidador apresenta maior nível de sobrecarga (Massimo *et al.*, 2013; Morlett Paredes *et al.*, 2017; Pertl *et al.*, 2015). Outro ponto em que não cabe muita discussão é o fato de quanto mais alto o nível de sobrecarga, pior é a qualidade de vida do cuidador, bem como sua saúde mental também necessita de mais ajuda (Bergvall *et al.*,

2011; Jones *et al.*, 2015; Malmgren Fänge *et al.*, 2017; Massimo *et al.*, 2013; Morlett Paredes *et al.*, 2017; Zwingmann *et al.*, 2018).

As causas associadas à essas consequências também estão bem descritas na literatura. A piora na condição cognitiva do idoso o torna ainda mais dependente do seu cuidador, fazendo com que este assuma cuidados cada vez mais básicos e exaustivos como alimentação, banho, vestimenta e higiene pessoal. Por outro lado, a presença de sintomas psiquiátricos e alterações comportamentais deterioram a relação entre idoso e cuidador, tendo-se em vista que afetam a empatia e a capacidade do idoso de colaborar com o cuidador ao longo do dia, além de agressividade e possibilidade de agressão do idoso em relação ao cuidador (Carod-Artal *et al.*, 2013; García-Alberca *et al.*, 2011; Massimo *et al.*, 2013; Pertl *et al.*, 2015).

Diversos estudos (Cardoso, Vieira, Ricci & Mazza, 2012; Garrido & Almeida, 1999; Medrano *et al.*, 2014; Pessotti, Fonseca, Tedrus & Laloni, 2018) apontam para a elevada frequência da depressão e ansiedade em cuidadores. No entanto, quando se tratam de cuidadores, temos consequências importantes não só para o cuidador como também para o idoso receptor de cuidados, tendo em vista que a qualidade do auxílio dado fica comprometida. A presente revisão teve como objetivo avaliar a associação entre cognição e a sobrecarga do cuidador em cuidadores de idosos com demência.

## **Método**

### **2.1 Busca na literatura**

Em janeiro de 2022, foi feita uma revisão sistemática da literatura para identificar estudos que avaliassem os efeitos da sobrecarga do cuidador na cognição de cuidador de pacientes com demência.

As bases de dados eletrônicas Medline, Scielo, Lilacs e Web of Science foram sistematicamente pesquisadas incluindo os descritores "caregiver burden" ("sobrecarga do cuidador"), "cognition" ("cognição") e "dementia" ("demência") com os operadores booleanos AND, OR. Não foram colocados limites para data de publicação, idioma ou campo.

## 2.2 Seleção de Estudos e Avaliação de Qualidade

Todos os estudos recuperados da busca foram avaliados quanto aos títulos e resumos por três pesquisadores independentes. Os critérios de elegibilidade desta revisão foram: (1) estudos que realizaram avaliação cognitiva de cuidadores de pacientes com demência, esta avaliação poderia ser através de escalas, exames de rastreio ou testes neuropsicológicos; (2) estudos que esclareceram o desfecho utilizado na avaliação; (3) estudos que avaliaram a sobrecarga do cuidador através de escalas validadas e normatizadas para este fim. Por outro lado, os estudos foram excluídos se (1) não descrevessem os procedimentos e instrumentos cognitivos utilizados; (2) publicações que consistiam apenas em revisões sistemáticas ou de literatura sobre o tema; (3) publicações com taxa de desistência da amostra superior a 50%. As discordâncias quanto aos critérios de inclusão dos artigos foram decididas por consenso entre os pesquisadores. Foi elaborado um fluxograma com as etapas de seleção dos artigos (Figura 1).

## 2.3 Extração de Dados

Um formulário padronizado elaborado pelos pesquisadores foi utilizado para extrair os dados de cada estudo incluído. As seguintes informações foram extraídas independentemente pelos revisores: ano de publicação, primeiro autor, título do artigo, testes ou escalas cognitivas, tamanho da amostra, perfis cognitivos (déficits cognitivos), metodologia do estudo. Nos artigos que apresentavam dados incompletos, foi realizado contato com o autor correspondente. Em caso de insucesso, após duas tentativas de contato, os artigos foram excluídos.

## Resultados

Na primeira etapa da pesquisa surgiram 302 artigos sendo 167 do PubMed, 5 do SciELO, 4 do LILACS e 153 do Web of Science. Depois das seleções, sobraram 18 artigos para análise do texto completa.

A figura 1 abaixo descreve o fluxo de etapas com seus respectivos dados.

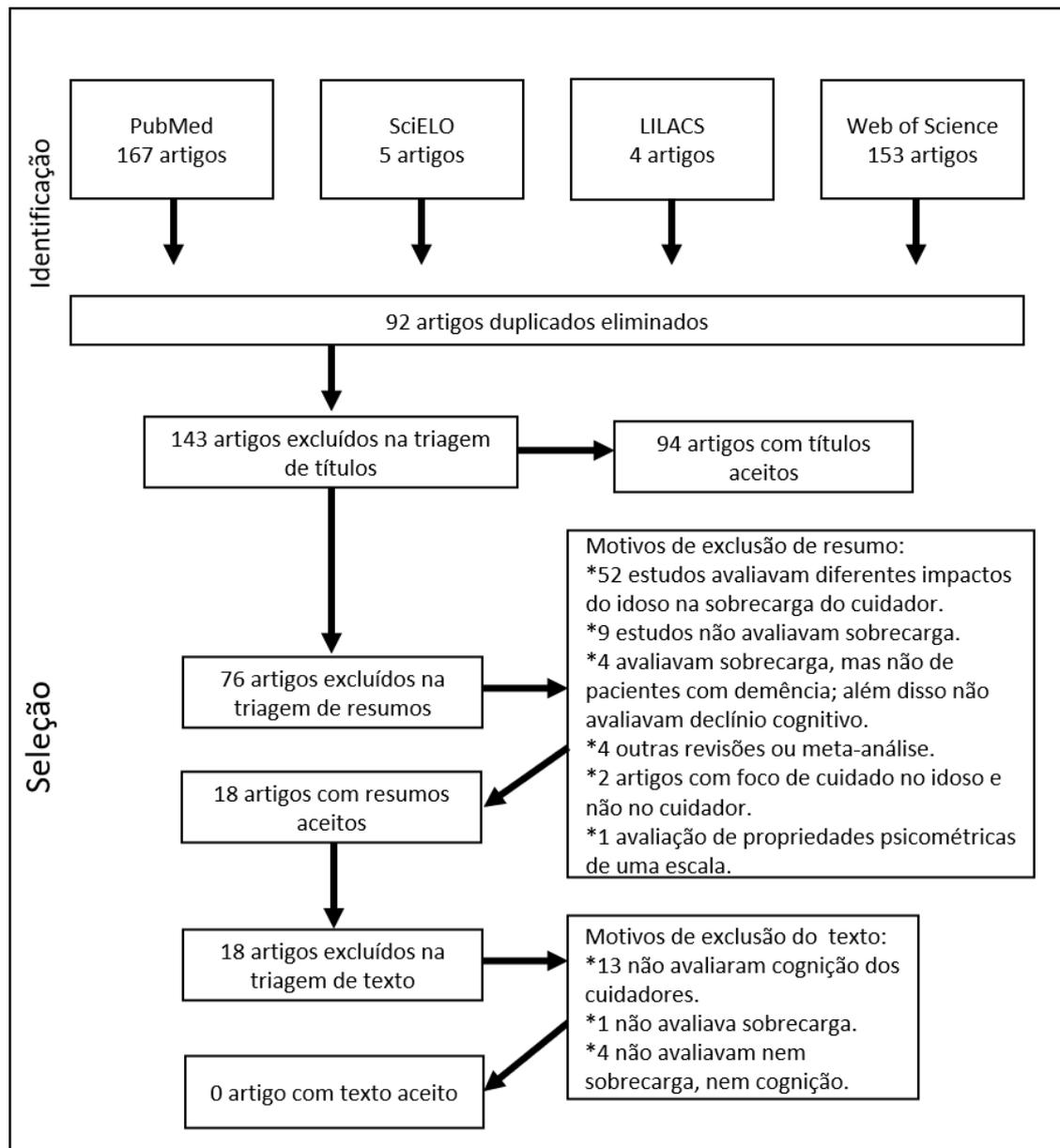


Figura 1: Fluxo de etapas da revisão sistemática.

Ao fim de todas as etapas de seleção nenhum artigo preencheu todos os critérios para inclusão no estudo. No entanto, dois estudos se aproximaram dos objetivos da presente revisão. O primeiro foi de Pertl e colaboradores (2015), em que o declínio cognitivo dos cuidadores foi pesquisado, mas não houve avaliação da sobrecarga do cuidador. O artigo indica que os participantes que cuidam de cônjuges que necessitam de cuidados apresentam desempenho cognitivo pior ( $F(2,5682)=30.17, P<0,001$ ). O estado cognitivo foi avaliado por uma Entrevista Telefônica de Status Cognitivo, um teste de raciocínio baseado na bateria Woodcock-Johnson III, e pelo teste de vocabulário da Escala de Inteligência Wechsler para adultos.

O estudo de Paredes e colaboradores (2017) avaliou satisfação com a vida, sintomas de depressão e ansiedade, qualidade do cuidado e sobrecarga do cuidador, mas não avaliou as habilidades cognitivas dos cuidadores. O estudo indicou que o pior desempenho cognitivo dos idosos é indicativo de maior sobrecarga do cuidador, que também está associado à pior saúde mental dos cuidadores, o que engloba depressão, ansiedade e satisfação com a vida. Da mesma forma, cuidadores com pior saúde mental apresentaram piores índices de qualidade do cuidado.

## Discussão

O objetivo da presente revisão foi avaliar a associação entre a cognição e a síndrome da sobrecarga no cuidador. Por si só, o fato de nenhum artigo preencher os critérios da pesquisa indica a necessidade de termos mais estudos que avaliem os efeitos cognitivos da sobrecarga do cuidador, além dos já bem estudados efeitos emocionais, sociais e econômicos. É claro, portanto, uma importante lacuna de conhecimento da neurociência aplicada à temática do cuidado. O fato de a sobrecarga do cuidador ser um conceito já estabelecido e, ainda assim, não ser investigado por vários trabalhos é algo que deve ser ressaltado, por outro lado, muitos estudos identificaram a sobrecarga, mas não tiveram a preocupação de identificar possíveis efeitos cognitivos da mesma, tendo em vista que os impactos emocionais e sociais também já foram vastamente demonstrados.

No entanto, apesar de nenhum artigo ter preenchido os critérios de inclusão da revisão, algumas citações encontradas nos estudos indicam que este é um tema que, gradativamente, vem chamando a atenção de pesquisadores.

O estudo de Petri *et al.* (2015), por exemplo, faz referência a outros estudos, descritos a seguir, que avaliaram o funcionamento cognitivo de cuidadores, porém nem sempre associando com a sobrecarga do cuidador. Alguns dos estudos avaliaram o funcionamento cognitivo dos cuidadores, mas não utilizaram nenhuma avaliação da sobrecarga. Houve comparações com grupos controle e também análise de impacto de medições de cortisol, associando a sobrecarga do cuidador aos níveis mais altos de cortisol.

O trabalho de MacKenzie e colaboradores (2009) comparou 16 cuidadores cônjuges com 16 controles pareados por características sociodemográficas. O resultado indicou pior desempenho nos cuidadores nas medidas de memória episódica e aprendizagem. Em outro estudo, De Vught *et al.* (2006) também encontraram pior desempenho na memória tardia dos cuidadores, além do

funcionamento cognitivo global e da velocidade de processamento também negativamente diferenciadas. A pesquisa comparou o desempenho de 54 cônjuges cuidadores de idosos com demência e 108 controles pareados por idade, sexo e escolaridade. Em ambos os estudos não houve nenhuma medida de sobrecarga ou estresse, somente a comparação com controles pareados.

Alguns estudos são menos incisivos nas suas conclusões em relação ao impacto cognitivo do cuidado. Um estudo realizado com cuidadores e controles indicou pior desempenho dos cuidadores, mas utilizaram somente um instrumento de rastreio para casos de demência, o Katzman Short Orientation-Memory-Concentration Test (KOMCT). Neste trabalho, a média dos cuidadores foi estatisticamente pior que dos controles (Boucher et al., 1996).

Outros trabalhos buscaram entender o funcionamento cognitivo e índices de depressão em cuidadores de idosos com demência. Um estudo longitudinal avaliou os cuidadores em três oportunidades com intervalos de um ano (Vitaliano et al., 2009). Os autores concluíram que cuidadores apresentaram pior desempenho no teste que media atenção, concentração e velocidade de processamento. Além disso, ao contrário do grupo controle, o desempenho dos cuidadores foi piorando ao longo do tempo.

Em artigo de 2011, Palma e colaboradores projetaram uma tarefa para avaliar os efeitos positivos de contextos emocionais na memória. Diferentemente dos controles, os cuidadores não se beneficiaram do contexto emocional nas tarefas de memória, mas tiveram correlação com os níveis noturnos de cortisol. Outro trabalho publicado em 2011 avaliou cuidadores e controles em diferentes medidas cognitivas, cortisol salivar e escalas de estresse, depressão, qualidade de vida, qualidade do sono, entre outras. Os dados geraram diversos resultados que indicavam pior desempenho cognitivo dos cuidadores. No entanto, parte das medidas não se confirmou quando os dados foram analisados controlando variáveis sociodemográficas e de humor. As medidas realmente associadas ao cuidado foram velocidade de processamento, funções executivas e atenção, sem efeito na avaliação de memória (Oken, Fonareva & Wahbeh, 2011).

Em outro artigo, pesquisadores tentaram compreender se ter um cônjuge com síndrome demencial aumenta o risco de o cuidador desenvolver demência. O resultado encontrado foi uma probabilidade seis vezes maior de desencadeamento de síndrome demencial em cuidadores cônjuges do que em cônjuges que não exercem o cuidado. A compreensão é de que a idade, o cansaço físico, comorbidades diversas e a sobrecarga atrapalham o desempenho cognitivo

destes cuidadores, além do imenso sofrimento de assistir o declínio de alguém a quem se está conectado emocionalmente (Norton et al., 2010). Em mais um estudo com cuidadores cônjuges e controles casados, concluiu-se que ter um parceiro com demência reduz os níveis de atenção complexa e velocidade de processamento. Este desempenho rebaixado, segundo os autores, está associado a sobrecarga do cuidador e a dificuldade de perceber experiências positivas, vivenciadas pelos cônjuges que são cuidadores (Caswell et al., 2003).

Percebe-se, pelos trabalhos apresentados, que diferentes pesquisas concluem que há alguma perda cognitiva por parte dos cuidadores. No entanto, estamos longe de um consenso de quais domínios cognitivos são atingidos e qual a força desse impacto. Alguns trabalhos indicam impacto na memória de longo prazo (Chen & Botticello, 2013; de Vugt et al., 2006; MacKenzie et al., 2009), outros indicam impacto em processos atencionais, de velocidade de processamento e flexibilidade cognitiva (Caswell et al., 2003; de Vugt et al., 2006; Oken, Fonareva & Wahbeh, 2011; Vitaliano et al., 2009), e ainda há os que encontraram diferenças no funcionamento cognitivo global (Boucher et al., 1996; de Vugt et al., 2006).

O que deve ser destacado é que há vários motivos para que voltemos nossos esforços de pesquisa nesse campo. Além do risco aumentado de desenvolver demência, apontado por Caswell e colaboradores (2003), temos consequências diretas no cuidado exercido. Para que um idoso com demência receba o acompanhamento de saúde adequado, há uma dependência do relato do cuidador principal. Então, se este cuidador também estiver comprometido, o relato pode não corresponder fielmente à realidade. Outras consequências estão associadas às atividades diárias, que o cuidador com declínio cognitivo pode não ser capaz de praticar adequadamente (Boucher et al., 1996), como administração das contas, da medicação, da organização da casa e de quaisquer outras demandas do idoso.

As explicações também não apresentam consensos, mas de maneira geral a ideia é que cuidadores estão mais propensos a maiores níveis de estresse e alterações psicossociais, além de quadros de depressão e ansiedade, que teriam relação com quadros de funcionamento cognitivo rebaixado (Norton et al., 2010; Vitaliano et al., 2011). Vale ressaltar o esforço das pesquisas realizadas em parear os grupos de cuidadores, tentando assim isolar o impacto de variáveis sociodemográficas nos resultados encontrados. Outro ponto importante é que as amostras são, frequentemente, pequenas, demonstrando a dificuldade de acessar

esse público, possivelmente por estarem tão envolvidos no cuidado ou por ser mais um exemplo do cuidar sozinho, que aumenta o risco de sobrecarga.

A principal limitação desta pesquisa foi o critério de que somente estudos que avaliassem sobrecarga poderiam ser incluídos, o que fez com que os estudos que avaliavam o funcionamento cognitivo sem avaliar sobrecarga não entrassem no resultado da revisão, mas puderam ao menos ser discutidos. O tema da presente pesquisa é de extrema relevância para profissionais de saúde que lidam com idosos com demência e seus familiares. A neuropsicologia tem muito a contribuir no ambiente de cuidado. Frequentemente esta contribuição é vista somente nos processos de avaliação e reabilitação de idosos, no entanto, o reconhecimento da associação entre a sobrecarga do cuidador e o funcionamento cognitivo dos mesmos, além da avaliação neuropsicológica de cuidadores, permite a implementação de estratégias que visem melhorar a qualidade de vida de cuidadores e idosos, tendo impacto positivo na qualidade de vida de ambos.

## Artigo 2

Araujo, V.C., Silva, V.A.F.S., Charchat-Fichman, H. Estudo piloto de um rastreio cognitivo, funcional e de humor em idosos institucionalizados no Rio de Janeiro durante a pandemia da COVID-19

Resumo: O envelhecimento populacional demanda maiores investimentos em políticas públicas para esta população. O aumento do índice de institucionalização é reflexo de diversas mudanças ocorridas na estrutura familiar e de cuidado para idosos saudáveis ou não. O objetivo do presente estudo é caracterizar uma amostra de idosos institucionalizados através de rastreio cognitivo, funcional e de humor realizado à distância com na cidade do Rio de Janeiro. Foram avaliados 58 idosos residentes em 5 instituições. Foram identificados que 37,9% da amostra apresenta desempenho abaixo do esperado no MEEM, além de 77,6% com presença de sintomas depressivos e 32,8% com sintomas de ansiedade. Quanto ao desempenho funcional 41,4% dos idosos são independentes para as atividades instrumentais de vida diária e 48,3% é independente para as atividades básicas. Por fim, 67,2% dos idosos apresentavam pouco medo da COVID-19. Há um importante número de idosos com perdas cognitivas e funcionais que se beneficiariam de estratégias e atividades que estimulem o funcionamento cognitivo e a interação dos idosos com a família e a comunidade.

Palavras-chave: Assistência a idosos, Instituição de longa permanência para idosos, Testes de estado mental e demência, Depressão, Ansiedade, Estado funcional.

# Estudo piloto de um rastreio cognitivo, funcional e de humor em idosos institucionalizados no Rio de Janeiro durante a pandemia da COVID-19

## Introdução

Com o avanço da tecnologia e o conseqüente aumento da expectativa de vida, o envelhecimento populacional é uma realidade que vem sendo encarada por vários países. Impulsionado também por fatores como mais mulheres trabalhando fora de suas casas, maior poder de decisão sobre o planejamento familiar e maiores índices de escolarização, que reduziram as taxas de natalidade, temos uma mudança na nossa pirâmide etária (Poltronieri, Souza & Ribeiro, 2019). No Brasil, por exemplo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) estima que a pirâmide etária relativa a 2060 contará com 73.4 milhões de pessoas idosas, valor equivalente a 32.2% da população.

Os dados acima reforçam a necessidade de se pensar em políticas públicas voltadas para a terceira idade. Os países precisam cada vez mais considerar as necessidades específicas envolvidas com o cuidado desses indivíduos, como a maior vulnerabilidade a eventos adversos e a heterogeneidade que acompanha o processo de envelhecimento (Ministério da Saúde, 2014).

Naturalmente, o processo de envelhecimento populacional vem carregado de conseqüências que afetam a sociedade como um todo. É possível perceber um aumento crescente de um mercado voltado para a terceira idade, que envolve produtos e serviços variados. Há também um aumento crescente de doenças relacionadas ao envelhecimento patológico, como doenças neurodegenerativas, síndrome da fragilidade, entre outras (Veras & Lourenço, 2006; Wong & Carvalho, 2006). Além destas conseqüências diretas na saúde do idoso, há perdas indiretas como a drástica redução na capacidade funcional e independência do sujeito, que geram impactos não só para o próprio como também para seus familiares e cuidadores (Poltronieri, Souza & Ribeiro, 2019).

Apesar dessas especificidades, muitas famílias optam por um ou mais membros da família (como irmãos ou cônjuges) assumirem o papel de cuidador desse idoso quando este apresenta limitações na realização de atividades da vida diária, ficando responsáveis por auxiliá-lo com tarefas diárias como a higiene pessoal, o uso de medicações, e o controle das finanças. A própria legislação, além de um traço cultural brasileiro, indica que a condição de cuidado ideal é justamente a provida pela família (Silva *et al.*, 2019). Quando não é possível que

a família tome a frente desse cuidado, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) têm sido uma das opções encontradas. Alguns dos motivos que levam à decisão da institucionalização estão relacionados à perda da autonomia da pessoa idosa, causados por dificuldades significativas na mobilidade, doenças neurodegenerativas e alterações psiquiátricas que levam à necessidade de cuidados e assistência contínuos e que estão ligadas ao aumento da sobrecarga do cuidador (Fagundes *et al.*, 2021; Santos, Santos e Sousa, 2021).

ILPIs são instituições que podem ser governamentais ou não, destinadas ao convívio coletivo de pessoas com 60 anos ou mais, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (Ministério da Saúde, 2021). As leis vigentes atualmente estipulam diversas especificações que devem ser cumpridas por essas instituições, que vão desde a transparência das questões burocráticas, até especificações de segurança relacionadas à infraestrutura física, ao desenvolvimento de atividades que estimulem a autonomia dos residentes e a promoção de condições de lazer como atividades físicas e de recreação.

Vale ressaltar que, normalmente, a institucionalização é a última opção para as famílias, ou ocorre em idosos que não possuem rede de apoio. Um dos motivos para este fenômeno é a ideia negativa associada às instituições, como lugares de abandono e afastamento familiar (Anastácio *et al.*, 2021). Os dados disponíveis indicam que idosos institucionalizados apresentam índices funcionais abaixo dos esperados para a população de mesma faixa etária, além disso, apresentam também mais declínio cognitivo que idosos da comunidade (Andrade *et al.*, 2020; Cunha, Pacheco & Barreto, 2021).

Considerando-se o fenômeno cada vez mais atual e crescente da institucionalização de idosos e a necessidade de melhor caracterizar essa população, o presente estudo teve como objetivo caracterizar uma amostra de idosos em algumas ILPIs através de rastreio cognitivo, funcional e de humor realizado à distância.

## **Metodologia**

A presente pesquisa ocorreu após uma parceria firmada em março de 2021 entre o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ) e a Pontifícia Universidade Católica (PUC-Rio). O acordo prevê a avaliação dos idosos residentes nas ILPIs e Unidades de Ressocialização de Idosos selecionadas pelo MPRJ, a avaliação dos profissionais que atuam no cuidado desses idosos e, por fim, a apresentação de propostas de ações a serem implementadas dentro das

instituições para incremento da saúde mental. A fase inicial foi feita através de um exame de rastreio cognitivo.

## Sujeitos

Ao todo foram avaliados 58 idosos residentes em 5 diferentes instituições na cidade do Rio de Janeiro. Periodicamente as próprias instituições avaliavam a capacidade funcional dos idosos através do Índice de Katz, gerando classificação de funcionalidade entre grau I, grau II e grau III, conforme resolução RDC n<sup>o</sup> 283 de 26 de setembro de 2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Nesta resolução os idosos com grau I são idosos independentes, mesmo que precisem de alguma ferramenta de autocuidado; os idosos classificados com grau II são dependentes em até três atividades básicas de vida diária (como alimentação, mobilidade e higiene); os idosos em grau III de dependência funcional são aqueles que necessitam de ajuda em todas as atividades básicas de vida diária. Portanto, o critério de inclusão foi determinado pelas instituições, sendo idosos classificados em grau I e grau II de dependência na avaliação realizadas em 2021, conforme dados do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, outro critério de inclusão foi o idoso aceitar participar do estudo, através do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo I).

. O critério de exclusão foi a classificação como grau III na última avaliação periódica realizada. A tabela 1 indica quantos idosos foram selecionados e quantos foram excluídos de cada instituição:

Tabela 1: Quantidade de idosos selecionados e excluídos em cada instituição:

Instituição	Idosos avaliados	Idosos excluídos
1	10	28
2	7	0
3	6	19
4	23	54
5	12	4
Total	58	105

Estas avaliações foram feitas ainda em contexto de pandemia, o que limitou as possibilidades de acesso presencial aos idosos, por outro lado, permitiu que outra forma de realizar estas avaliações fosse pensada, planejada e implementada.

## Instrumentos

O exame de rastreio dos idosos consistiu em um formulário on-line que continha o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), a Escala de Medo da COVID-19, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), a Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI), o Índice de Barthel Modificado e o Questionário de Atividades Funcionais Pfeffer (FAQ).

Mini Exame do Estado Mental (MEEM). É uma medida de funcionamento cognitivo global já bem estabelecida no Brasil. Avalia funções como orientação, memória imediata, memória tardia, atenção e cálculo, nomeação, linguagem compreensiva e expressiva e praxia (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci & Okamoto, 2003; Folstein, Folstein & Mchugh, 1975).

Escala de Medo da COVID-19. Escala adaptada para o português que visa avaliar o impacto do medo da COVID-19 nos sujeitos. A escala é composta de 7 questões que têm 5 possibilidades de resposta, sendo 1 ponto para discordo fortemente e 5 pontos para concordo fortemente. As classificações são: de 7 a 19 pontos foi classificado como “pouco medo”; 20 a 26 pontos como “medo moderado” e a partir de 27 pontos como “muito medo” (Ahorsu, Lin, Imani, Saffari, Griffiths & Pakpour, 2020; Faro, Silva, Nunes & Feitosa, manuscrito em submissão).

Escala de Depressão Geriátrica (EDG). É uma versão reduzida da versão original com 30 itens que apresentou boa sensibilidade e especificidade no rastreio de sintomas depressivos. A escala é composta por 15 itens e as respostas são sim ou não. Pontuações acima de 6 são consideradas de risco para transtorno depressivo (Paradela, Lourenço & Veras, 2005; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey & Leirer, 1982).

Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). É um inventário composto por 20 questões que avaliam sintomas relacionados à ansiedade em idosos. As respostas são concordo e discordo. Cada resposta “concordo” é um ponto. O ponto de corte é 13 (Martiny, Silva, Nardi & Pachana, 2011; Massena, de Araújo, Pachana, Laks & de Pádua, 2015; Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley & Arnold, 2007).

Índice de Barthel Modificado. Questionário composto por 10 questões que avaliam o grau de dependência nas atividades básicas de vida diária do idoso que

são alimentação, higiene pessoal, uso do banheiro, banho, continência do esfíncter anal, continência do esfíncter vesical, vestir-se, transferências para cama e cadeira, subir e descer escadas e deambulação ou uso da cadeira de rodas. A pontuação varia de 0 a 5 pontos em cada questão, sendo 1 ponto dado para o maior nível de dependência e 5 pontos para a atividade que o idoso faz sem necessitar de qualquer ajuda. Pontuação 50 indica independência total, pontuações entre 46 e 49 indicam dependência ligeira, pontuações entre 31 e 45 indicam dependência moderada, pontuações entre 11 e 30 indicam dependência severa e 10 pontos indicam dependência total (Mahoney & Barthel, 1965; Minosso, Amendola, Alvarenga & Oliveira, 2010).

Questionário de Atividades Funcionais de Pfeffer (FAQ). Questionário composto de 10 questões que visa avaliar o grau de dependência de idosos. A escala deve ser preenchida pelo cuidador do idoso e quanto maior a pontuação maior o grau de dependência deste idoso (Pfeffer, Kurosaki, Harrah, Chance & Filos, 1982; Sanchez, Correa & Lourenço, 2011).

## **Procedimentos**

Como já mencionado anteriormente, o acordo foi firmado ainda em situação pandêmica, causada pela COVID-19. Tendo isso em vista, a opção para dar prosseguimento às avaliações foi através de um formulário on-line. Para que o questionário fosse aplicado nos idosos institucionalizados, os formulários foram preenchidos pelos cuidadores das ILPIs, neste caso, assistentes sociais, psicólogos ou enfermeiros. Estes cuidadores passaram por treinamento on-line do formulário e visitas presenciais dos pesquisadores para sanar dúvidas ou quaisquer dificuldades que pudessem ser encontradas.

Tendo em vista que, nesta fase do acordo, as avaliações seriam realizadas pelos próprios funcionários da instituição, foi decidido que somente os idosos considerados em melhor estado de saúde mental responderiam ao questionário de rastreio. Esta escolha foi feita pelos próprios funcionários da instituição, que convivem com os idosos diariamente.

## **Treinamento dos cuidadores**

O treinamento dos cuidadores/avaliadores foi realizado com cada instituição separadamente, através da plataforma ZOOM, com cerca de 2 a 3

horas de duração cada. Estiveram presentes nas reuniões os coordenadores das instituições e os demais profissionais (psicólogo, assistente social ou enfermeiro chefe) conforme disponibilidade na escala da instituição.

Durante o treinamento, o formulário era apresentado e minuciosamente explicado, não só a sua aplicação como também a correção. Todas as dúvidas eram sanadas e o contato direto com a pesquisadora era incentivado em caso de qualquer dúvida posterior. Além disso, os coordenadores das instituições recebiam, por e-mail, o link do formulário, os arquivos com instrumentos, questionários e escalas utilizados, além dos artigos com os respectivos dados normativos. Sendo assim, as instituições receberam as ferramentas para a assimilação dessas avaliações, caso julgassem interessante a reaplicação em momentos posteriores.

### **Aspectos Éticos**

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, expressos através da Resolução nº 466 de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, conforme o Parecer nº 4.909.182, em 16/08/2021.

### **Análises**

A análise inicial consistiu na estatística descritiva dos dados sociodemográficos (idade, escolaridade, tempo de institucionalização), além dos dados de frequência de depressão, ansiedade, medo da Covid-19 e funcionalidade colhidos. Posteriormente, foi realizada uma correlação de Pearson para compreender as interações entre as variáveis colhidas. Por fim, os dados foram divididos em dois grupos de depressão, um clínico e um saudável e dois grupos de ansiedade, um clínico e um saudável, para que fosse possível identificar, através de Teste T, diferenças entre estes grupos. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial, fazendo-se uso do Microsoft Excel e do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0.0, todos em ambiente Windows 10.

## Resultados

Ao todo foram 58 idosos participantes, sendo 31 (53,4%) mulheres e 27 (46,6%) homens. As idades variaram entre 60 e 92 anos, com idade média de 72,22 (8,48) anos. Os dados de escolaridade não foram coletados em anos de estudos e sim em variáveis categóricas. Assim sendo, 7 (12,1%) idosos eram analfabetos, 18 (31%) idosos tinha o ensino fundamental 1 incompleto, 6 (10,3%) completaram o ensino fundamental 1, 6 (10,3%) não completaram o ensino fundamental 2, 3 (5,2%) completaram o ensino fundamental 2, 3 (5,2%) tinham o ensino médio incompleto, 9 (15,5%) completaram o ensino médio e 6 (10,3%) tinham ensino superior. O tempo de institucionalização variou de menos de 1 ano até 24 anos, com tempo médio de 5,07 (5,2) anos.

A média do MEEM de toda amostra foi 22,16 (4,88) com pontuação mínima de 8 e máxima de 30. Na Escala de Medo da COVID-19 a média foi 17,07 (7,03) com mínima de 7 e máxima de 34. Na EDG a média da amostra foi 6,09 (3,18) com mínima de 0 e máxima de 13. A média da GAI foi 9,62 (5,46) com mínimo de 0 e máximo de 20. No Índice de Barthel a média foi 44,72 (10,57) com mínimo de 10 e máximo de 52. Por fim, no Pfeffer, a média foi 10,16 (9,88) com mínimo de 0 e máximo de 30.

A tabela 2 descreve os resultados da Escala de Medo da COVID-19 em forma de frequência. A tabela 3 descreve os resultados da avaliação cognitiva realizada através do Mini Exame do Estado Mental, em forma de frequência. A tabela 4 apresenta os resultados das escalas de humor. Por fim, a tabela 5 apresenta os resultados das avaliações funcionais em forma de frequência.

Tabela 2: Resultados da Escala de Medo da COVID-19.

Escala de Medo da COVID-19	Pouco Medo	Medo Moderado	Muito Medo
Frequência %(n)	67,2 (39)	20,7 (12)	12,1 (7)

Tabela 3: Resultados do MEEM.

Mini Exame do Estado Mental	Inferior	Médio Inferior	Médio	Médio Superior	Superior
Frequência %(n)	15,5 (9)	22,4 (13)	46,6 (27)	12,1 (7)	3,4 (2)

Tabela 4: Resultados das escalas de humor.

Escala de Depressão Geriátrica	Ausência de Sintomas Depressivos	Perfil Subclínico de Depressão	Presença de Sintomas Depressivos
Frequência %(n)	22,4 (13)	19 (11)	58,6 (34)
Escala de Ansiedade Geriátrica	Ausência de Sintomas Ansiosos		Presença de Sintomas Ansiosos
Frequência %(n)	67,2 (39)		32,8 (79)

Tabela 5: Resultados das escalas funcionais.

Índice Barthel	Independente	Ligeira Dependência	Moderada Dependência	Severa Dependência	Total Dependência
Frequência %(n)	48,3 (28)	24,1 (14)	19,0 (11)	3,4 (2)	5,2 (3)
Pfeffer	Independente			Dependente	
Frequência %(n)	41,4 (24)			58,6 (34)	

Na análise de correlação o tempo de institucionalização apresenta correlação positiva com a idade do idoso ( $r=0,54$ ,  $p<0,001$ ), negativa com o índice de Barthel para as atividades básicas do dia a dia ( $r= -0,38$ ,  $p=0,003$ ) e positiva com o Pfeffer para as atividades instrumentais de vida diária ( $r= 0,26$ ,  $p=0,042$ ). A idade do idoso se correlacionou, de forma negativa, com o Barthel ( $r= -0,27$ ,  $p=0,040$ ) e positiva com o Pfeffer ( $r= 0,28$ ,  $p=0,035$ ).

A Escala de Medo da Covid-19 se relacionou positivamente com a EDG ( $r= 0,53$ ,  $p<0,001$ ) e com a GAI ( $r= 0,46$ ,  $p<0,001$ ). O MEEM se correlacionou negativamente com a GAI ( $r= -0,27$ ,  $p=0,038$ ) e positivamente com o Barthel ( $r= 0,32$ ,  $p=0,013$ ). A EDG se correlacionou positivamente com a GAI ( $r= 0,63$ ,  $p<0,001$ ). Por fim, o Barthel apresentou correlação negativa com o Pfeffer ( $r= -0,60$ ,  $p<0,001$ ), o que era esperado, já que ambos medem funcionalidade, mas com pontuações inversas.

Os resultados do Teste T com os grupos divididos pelos resultados da EDG, indicaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos clínico ( $n=45$ ) e normal ( $n=13$ ) na Escala de Medo da COVID-19 ( $T(56)=-2,68$ ,  $p=0,01$ ) e na GAI ( $T(56)=-2,41$ ,  $p=0,019$ ).

Os resultados do Teste T com os grupos divididos pelos resultados da GAI, grupo clínico (n=19) e grupo normal (n=39), indicaram diferenças estatisticamente significativas na Escala de Medo da COVID-19 ( $T(28,72)=-3,16$ ,  $p=0,004$ ) e na EDG ( $T(56)=-4,52$ ,  $p=<0,001$ ).

## Discussão

A idade média da amostra estudada foi de 72,22 anos, com idade mínima de 60 e máxima de 92 anos de idade. Dados semelhantes foram publicados no estudo de Silva *et al.* (2019) com idade média de 75,5 anos e idade mínima de 60 e máxima de 105 anos. O trabalho de Andrade e colaboradores (2020) apresentou uma amostra mais envelhecida com idade média de 81,4 anos. Este estudo também apresentou dados de tempo médio de institucionalização com 63,3 meses, cerca de 5 anos em média, resultado bastante semelhante ao da presente amostra, com 5,07 anos de média de institucionalização, variando de meses até 24 anos.

A maior parte da amostra é formada por mulheres (53,4%) assim como no estudo de Andrade *et al.* (2020) que apresentou 75,3% da amostra do sexo feminino e do estudo de Fagundes e colaboradores (2021) que mapeou idosos de instituições de longa permanência que atendem ambos os sexos e encontrou 56,2% da amostra do sexo feminino. Este mesmo estudo avaliou dados de escolaridade e identificou 40,9% dos homens analfabetos. O presente estudo não dividiu os dados de escolaridade por gênero, mas a proporção de idosos analfabetos foi de 12,1% (Fagundes *et al.*, 2021). No estudo de Silva e colaboradores (2019) a taxa de alfabetização foi de 53,73% enquanto o perfil aqui apresentado indica que 87,9 % possuem escolaridade e 10,3% da amostra possui ensino superior.

A amostra aqui apresentada foi composta por idosos selecionados pelas próprios instituições como sendo saudáveis, tendo em vista que a proposta desta avaliação inicial era um rastreio cognitivo feito pelos próprios cuidadores após treinamento. Ainda assim, ao contrário do esperado inicialmente, 15,5 % da amostra apresentaram desempenho cognitivo comprometido, outros 22,4% apresentaram desempenho indicativo de possível declínio, e deveriam ter acompanhamento do quadro além de uma avaliação cognitiva mais detalhada.

Por outro lado, 62,1% da amostra pode ser considerada cognitivamente saudável. Este resultado não é compatível com o estudo de Andrade *et al.* (2020) em que 79,4% da amostra apresentou declínio cognitivo de moderado a severo,

no entanto, o estudo foi realizado sem seleção prévia da amostra estudada, o que certamente gerou um viés positivo nos resultados aqui apresentados. O mesmo ocorre quando os dados são comparados com o estudo de Fagundes e colaboradores (2021) que indicou prevalência de casos de demência em 62,3% da amostra e comprometimento cognitivo leve em 15,1% da amostra estudada, neste caso também sem viés de seleção prévia. Uma das possíveis explicações apresentadas no estudo para compreender os resultados é a falta de estimulação cognitiva a que os idosos são expostos nas ILPIs, que, em sua maioria, não oferecem recursos para manutenção do funcionamento cognitivo dos idosos. No trabalho de Cunha, Pacheco & Barreto (2021) 88,9% dos participantes apresentaram desempenho abaixo do esperado, corroborando com os outros artigos aqui apresentados. Este estudo, além da avaliação, indicou importantes impactos negativos do comprometimento cognitivo na capacidade de comunicação e de autonomia dos idosos, tornando-os cada vez mais dependentes em diversos aspectos.

Como já era esperado e de forma compatível com outros estudos, muitos dos idosos aqui avaliados apresentaram perda funcional tanto nas atividades instrumentais de vida diária, com 58,6% da amostra dependente, como também nas atividades básicas de vida diária com 27,6% da amostra apresentando dependência de moderada a severa. O artigo de Andrade e colaboradores (2020) demonstrou que 72,8% da amostra era dependente, dado bastante semelhante ao estudo de Silva et al. (2019) com 71,74% de idosos dependentes e ao estudo de Fagundes et al. (2021) com 78,9% apresentando algum grau de dependência funcional.

Naturalmente, na análise das correlações, as escalas funcionais apresentaram associação entre si, com o exame de rastreio cognitivo, com a idade e com o tempo de institucionalização dos idosos. A perda de funcionalidade é um grande desafio para gestores de instituições e para os cuidadores, tendo em vista que idosos mais dependentes precisam de mais cuidados específicos, como banho, alimentação e higiene. Diversos estudos apontam para esta perda de funcionalidade como sendo impactada pelo próprio processo de institucionalização, já que o idoso tende a abandonar atividades instrumentais como preparar refeições, cuidar dos próprios medicamentos e da manutenção da casa ao dar entrada no serviço (Cunha, Pacheco & Barreto 2021; Poltronieri, Souza & Ribeiro, 2019).

Vale ressaltar que o tempo de institucionalização e a idade participam deste processo de modo que idosos mais velhos e residentes na ILPI há mais

tempo apresentam mais declínio funcional. No estudo de Fagundes *et al.* (2021) esta associação é mediada pelo declínio cognitivo dos residentes, no entanto, como já mencionado, a presente amostra apresenta melhores índices de funcionamento cognitivo que a maioria dos estudos, não sendo capaz de captar esta associação com os dados coletados.

A perda de funcionalidade acarreta uma série de consequências negativas como menor chance de retorno ao convívio familiar, já que um dos motivos para institucionalização é a maior dependência do idoso e a falta de estrutura familiar para lidar com esta condição (Fagundes *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2019). Outra consequência nefasta é a associação entre dependência funcional e o maior risco de queda e internação dos idosos, podendo aumentar em até 2,5 vezes a possibilidade do idoso precisar de recursos hospitalares para seu tratamento (Andrade *et al.*, 2020; Paula *et al.*, 2020).

O presente estudo também avaliou o quanto os idosos institucionalizados apresentavam medo da COVID-19. Dos artigos pesquisados, mesmo os realizados durante o período pandêmico, nenhum investigou este fator. Como era de se esperar, tendo em vista que as avaliações foram realizadas com a vacinação da população em andamento, a maior parte da amostra, 67,2%, apresentou pouco ou nenhum medo da COVID-19. No entanto, ainda 12,1% dos idosos foram classificados como tendo muito medo da COVID-19. O resultado desta escala se correlacionou positivamente com as escalas de humor utilizadas, EDG e GAI, que também se correlacionaram entre si. Comumente a depressão e ansiedade, principalmente na população geriátrica, ocorrem em parceria. Outros estudos também encontraram correlações positivas entre depressão e ansiedade, avaliadas por diferentes escalas em idosos institucionalizados (Rezende *et al.*, 2022; Vicente *et al.*, 2014).

Na amostra aqui apresentada, 77,6% dos idosos apresentam sintomas depressivos, enquanto 32,8 % apresentam sintomas de ansiedade. No estudo realizado por Rezende, de Souza Romero, Lima e Sandim (2022), 63,3% da amostra apresentava sintomas de depressão, enquanto que 46,7% apresentavam sintomas de ansiedade. Neste estudo, a depressão e a ansiedade também apresentaram correlação positiva ( $r_s = 0,587$ ;  $p < 0,05$ ). Vale refletir sobre o impacto que a pandemia causou na população em geral, e principalmente nos idosos institucionalizados. Uma das possíveis causas para o aumento de casos de ansiedade e depressão nesta população é justamente o isolamento social e afetivo, ligado diretamente ao processo de institucionalização em si (Vicente *et al.*, 2014). Como agravante deste processo, a pandemia obrigou que as visitas de

familiares fossem suspensas, assim como os trabalhos voluntários que ocorriam nas instituições e a liberdade dos idosos, aqueles com capacidade para tal, de sair e manter sua autonomia.

Outro ponto importante é o impacto que os sintomas depressivos e ansiosos geram nos idosos, aumentando as dificuldades cognitivas, agravando a perda funcional, piorando qualidade de vida e, em casos extremos, piorando os índices de suicídio (Rezende *et al.*, 2022).

O presente estudo apontou dados relevantes sobre os idosos residentes em instituições de longa permanência na cidade do Rio de Janeiro. Mesmo entre os idosos considerados saudáveis, muitos apresentam desempenho cognitivo abaixo da média, a perda funcional é um fator influenciado por esses quadros e que podem agravar as alterações de humor aqui demonstradas. Conhecer o perfil destes idosos ajuda a entender quais ferramentas podem ser implementadas para melhorar a qualidade de vida desta população (Silva *et al.*, 2019). O estudo demonstra que estes idosos se beneficiariam de mais estimulação, mais interação com a família e a comunidade, além da manutenção do acompanhamento médico oferecido pelas ILPIs (Fagundes *et al.*, 2021).

Um ponto relevante deve ser ressaltado, como o fato de as avaliações serem realizadas pelos próprios cuidadores nas instituições. Foi demonstrado, conforme dados condizentes com a literatura, que este foi um modelo adequado e os profissionais que atuam no cuidado tem potencial para treinamento e aplicação destes instrumentos. Esta foi uma boa solução para que a pesquisa fosse realizada, mesmo em contexto de restrição de contato e que tem implicações para o futuro, permitindo que dados sejam coletados mesmo em grandes distâncias espaciais.

Uma das limitações do estudo foi o fato de os idosos terem sido previamente selecionados para o exame de rastreio, o que, possivelmente, ocasionou um viés na amostra estudada. Futuros estudos associando avaliação com intervenção, com acompanhamento dos idosos, seriam de grande valia para que possamos pensar em como incrementar a qualidade de vida e a saúde mental de idosos institucionalizados.

### Artigo 3

Araujo, V.C., Silva, V.A.F.S., Charchat-Fichman, H. Associação entre funcionamento cognitivo e saúde mental entre cuidadores atuantes em ILPIs na cidade do Rio de Janeiro (em preparo).

Resumo: Os avanços medicinais e tecnológicos vêm contribuindo para o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, da população idosa. Considerando-se que esta requer cuidados diferenciados por conta de doenças crônicas e transtornos neurodegenerativos que podem causar dependência nas atividades de vida diária, cresce também o número de instituições de longa permanência para idosos, e de profissionais trabalhando nelas como cuidadores de idosos. O objetivo do presente estudo foi realizar associações entre variáveis cognitivas, qualidade de vida, humor, sobrecarga, e do risco de violência contra o idoso dos cuidadores que atuam em instituições de longa permanência na cidade do Rio de Janeiro. Foram avaliados 22 profissionais que atuam no cuidado de idosos, entre estes enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e educadores. Foi aplicada uma bateria, avaliando variáveis cognitivas como memória, atenção, raciocínio, funções executivas e inteligência, de humor (depressão e ansiedade), de qualidade de vida, de sobrecarga e de risco de violência. Os resultados indicaram que os dados sociodemográficos, qualidade de vida, depressão e ansiedade estão dentro da média esperada, além de serem compatíveis com outros estudos. Quanto às avaliações cognitivas, as medidas de atenção, memória e executivas também estão dentro da média, no entanto, os dados de funcionamento cognitivo global precisam ser melhor explorados. Esse estudo apontou para a necessidade de um acompanhamento mais próximo dos cuidadores, visto que não raramente fazem jornadas duplas e longas de trabalho, e que poucas são as pesquisas que voltam o olhar para esses profissionais.

Palavras-chave: Cuidadores, Instituição de longa permanência para idosos, Cognição, Fardo do Cuidador, Qualidade de vida

# Associação entre funcionamento cognitivo e saúde mental entre cuidadores atuantes em ILPIs na cidade do Rio de Janeiro

## Introdução

O avanço da medicina e das tecnologias permitiu que a expectativa de vida tenha visto um aumento constante nas últimas décadas. Com isso, a população idosa cresce no mundo todo, e o envelhecimento populacional tem se tornado um assunto cada vez mais discutido. Considerando-se que essa parcela da população necessita de cuidados diferenciados, uma vez que o envelhecimento tem grande influência no desenvolvimento de doenças crônicas e de transtornos neurodegenerativos que acarretam na dependência para a realização das atividades de vida diária (Mota *et al.*, 2020), crescem também as opções para o cuidado da pessoa idosa.

Uma dessas opções são os antigos asilos, agora conhecidos como Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPIs), que podem ser públicas ou privadas, e visam o convívio coletivo de pessoas com 60 anos ou mais, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (Ministério da Saúde, 2021). Essas instituições devem cumprir com várias estipulações definidas por lei, como medidas de segurança específicas e o oferecimento de atividades que estimulem a autonomia, lazer e recreação, e a atividade física dos residentes.

O cuidador é qualquer pessoa, familiar ou não, remunerado ou não, que auxilia o idoso na realização das atividades básicas de vida diária, como no banho e no tomar a medicação (Portaria, nº1395/99). No entanto, a regulamentação da profissão de cuidador de idosos ganhou mais visibilidade com o Projeto de Lei nº 4.702/12, caracterizando a classe como uma categoria relativamente recente no nosso país.

Os últimos anos têm visto mudanças importantes na estrutura familiar, como a inserção mais frequente da mulher no mercado do trabalho, a redução do número de filhos, maior dependência dos idosos na realização das atividades de vida diária como pagar as contas e fazer compras, divórcios, viuvez (Colomé *et al.*, 2011; Torres *et al.*, 2018), e o aumento do custo de vida e das horas de trabalho. Essas mudanças, somadas ao fato de que o cuidar de uma pessoa idosa requer cuidados específicos, fica cada vez mais difícil que um familiar possa atuar como este cuidador de um membro idoso da família, principalmente quando este

necessita de suporte constante. Desse modo, muitas vezes as ILPIs são a escolha de famílias que não têm condições de ser as principais responsáveis por esses cuidados (Anastácio et al., 2021).

Nas ILPIs, muitos são os funcionários envolvidos no cuidado dos residentes, como os médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, e os técnicos de enfermagem. Estes últimos frequentemente são os que atuam como cuidadores principais dentro das instituições, tomando a frente no cuidado dos idosos quando se trata das atividades diárias como banho, higiene pessoal em geral, vesti-los, fazer transferências, e cuidar da medicação. Apesar disso, estes não necessariamente têm o treinamento formal específico oferecido em cursos para formação de profissionais cuidadores de idoso, de modo que não receberam preparo anterior ao cargo, e dependendo da experiência prática dentro da instituição para aprender a lidar com as especificações de um trabalho de jornadas longas (geralmente turnos de 12 horas), exaustivo física e psicologicamente (Justo e Peterle, 2021).

Além de ser um trabalho cansativo, vez que frequentemente os cuidadores ficam responsáveis por idosos já fragilizados que sofrem de doenças físicas e psicológicas que dificultam o cuidado, há ainda outras barreiras no exercício da função. Por exemplo, mesmo quando contratado e remunerado, o profissional encontra dificuldades de conseguir realizar uma formação mais específica, em parte por conta de jornadas duplas de trabalho, necessárias por causa da baixa remuneração da classe, e dificuldades de conseguir promoções e de avançar de alguma forma na carreira (Mota et al., 2020).

Outra questão importante para a população idosa, os familiares, e para aqueles que exercem a profissão remunerada de cuidador, é que a quantidade de ILPIs não tem acompanhado o ritmo do aumento da população idosa, acarretando que as instituições atuais não são suficientes para dar conta da demanda. Além disso, as ILPIs no país estão concentradas principalmente na região Sudeste, Sul e Centro-Oeste, com pouca representação nas regiões Nordeste e Norte (IPEA, 2011). Desse modo, as ILPIs existentes ficam sobrecarregadas, e seus funcionários também.

Todas essas questões citadas podem levar os profissionais a ficarem frustrados com o trabalho. Além disso, pode levá-los a desenvolver problemas físicos e psicológicos, como ansiedade e depressão, que envolvem sintomas como alterações no humor (tristeza, irritabilidade, desânimo), cansaço, e sintomas físicos como dores estomacais, taquicardia e dores de cabeça. Tais sintomas podem estar relacionados com a sobrecarga do cuidador. Consequentemente,

estes problemas afetam não apenas a qualidade de vida dos cuidadores, como também podem afetar o cuidado prestado ao idoso (Lopes et al, 2012; Mota et al., 2020).

Em 2012, Lopes *et al.* já alertavam sobre a pouca disponibilidade na literatura, nacional e internacional, de pesquisas que investigassem a saúde de cuidadores de idosos dentro das ILPIs. Os autores apontaram que os estudos disponíveis contavam, em sua maioria, com amostras de cuidadores informais, ou seja, familiares (como filhos e cônjuges) e amigos dos idosos que necessitavam do cuidado.

O objetivo do presente estudo é realizar associações entre variáveis cognitivas, qualidade de vida, humor e sobrecarga, além do risco de violência contra o idoso dos cuidadores que atuam em instituições de longa permanência.

## **Metodologia**

A presente pesquisa ocorreu após uma parceria firmada em março de 2021 entre o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ) e a Pontifícia Universidade Católica (PUC-Rio). O acordo prevê a avaliação dos idosos residentes nas ILPIs e Unidades de Ressocialização de Idosos selecionadas pelo MPRJ, a avaliação dos profissionais que atuam no cuidado desses idosos e, por fim, a apresentação de propostas de ações a serem implementadas dentro das instituições para incremento da saúde mental. A fase inicial foi feita através de um exame de rastreio cognitivo, com resultados apresentados em outro artigo. A presente diz respeito à segunda etapa do acordo com o MPRJ, na qual os cuidadores foram avaliados de forma presencial.

## **Participantes**

Foram avaliados 22 profissionais, sendo 12 de nível médio e 10 de nível superior, que atuam no cuidado de idosos em cinco diferentes instituições na cidade do Rio de Janeiro. Dentre estes profissionais estavam enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e educadores, que atuam nas unidades de ressociação.

Os critérios de inclusão no estudo eram a disponibilidade de participar da avaliação, a atuação direta no cuidado com os idosos e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Por outro lado, não foram solicitados a participar da avaliação outros profissionais que, ainda que trabalhadores das instituições, nas suas atribuições não estavam previstas o cuidado direto com os idosos residentes.

## Instrumentos

Os cuidadores foram avaliados com instrumentos neuropsicológicos, escalas de humor para avaliar presença de sintomas depressivos e ansiosos, escala de qualidade de vida, escala de sobrecarga do cuidador e escala de risco de violência. Além destes instrumentos foram coletadas as seguintes informações em anamnese com o cuidador: idade, escolaridade, gênero, renda per capita, se fez ou não curso de cuidador, presença de queixa subjetiva de declínio cognitivo, tempo de trabalho na instituição.

Os instrumentos aplicados nos cuidadores foram:

Inventário de Depressão de Beck II. Inventário composto por 21 questões com pontuação mínima de 0 e máxima de 63, onde mais pontos indicam maior presença de sintomas depressivos (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Cunha, 2001; Gorenstein, Pang, Argimon & Werlang, 2011)

Inventário de Ansiedade de Beck. Inventário composto por 21 questões com pontuação mínima de 0 e máxima de 63, onde mais pontos indicam maior presença de sintomas ansiosos (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Cunha, 2001).

Zarit Burden Interview (ZBI). Escala que avalia a sobrecarga do cuidador composta por 22 itens em que o cuidador responde conforme a frequência em que é afetado por aquele fator, sendo 0 - nunca, 1 - raramente, 2 – algumas vezes, 3 – frequentemente e 4 – sempre. A pontuação varia de 0 a 88 pontos e, quanto maior a pontuações maior é o nível de sobrecarga do cuidador (Zarit & Zarit, 1987; Scazufca, 2002; Lino, Rodrigues, Lima, Athie & Souza, 2019).

Questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref. Este questionário é composto por 26 questões que variam de 1 a 5 pontos cada, sendo 1 de qualidade de vida geral, 1 de percepção geral da saúde e as demais representantes das 24 facetas do instrumento original. Avalia a qualidade de vida em 4 domínios sendo físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio possui um grupo específico de questões, a pontuação é somada e dali retirada uma média aritmética simples, dessa forma, todos os domínios tem pontuação mínima de 4 e máxima de 20 (The Whoqol Group, 1998; Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000; Cruz, Polanczyk, Camey, Hoffmann & Fleck, 2011).

Escala CASE (Caregiver Abuse Screen). Escala que avalia fatores de risco para casos de violência contra idoso. Este questionário, composto por 8 perguntas, é respondido pelo cuidador com respostas simples (sim ou não) e não possui acusador, evitando constrangimento ou mentiras na aplicação. Avalia risco para violência financeira, física, emocional e sexual. Cada questão em que o cuidador responde sim, gera 1 ponto (Reis,1995; Reichenheim, Paixão Junior & Moraes, 2009; Lino, Rodrigues, Lima, Athie & Souza, 2019).

Teste de aprendizagem auditivo verbal de Rey (RAVLT). Avaliação de memória que visa avaliar memória imediata, aprendizagem, evocação tardia, reconhecimento, velocidade de esquecimento, intrusão retroativa e intrusão proativa. O teste consiste em duas listas de 15 palavras. A primeira lista (lista A) é lida e então o examinador solicita a recordação ao examinando, este procedimento é repetido 5 vezes (A1, A2, A3, A4 e A5). Então é lida a segunda lista (lista B) e sua recordação também é solicitada. O examinador pede que o examinando recorde a lista A novamente, agora sem a releitura (A6). É dado um intervalo de 20 minutos quando outros instrumentos (não associados a memória) podem ser aplicados. Após o intervalo o examinando deve evocar as palavras da lista A (A7). Por fim, é lida uma lista de reconhecimento de 50 palavras em que o examinando deve identificar corretamente as palavras da lista A (Lezak, 1995; Spreen & Strauss, 1998; Salgado, Malloy-Diniz, Abrantes, Moreira, Schlottfeldt, Guimarães, Freitas, Oliveira & Fuentes, 2011; de Paula & Malloy-Diniz, 2018).

Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA). Teste que avalia a atenção total, atenção concentrada, atenção alternada e atenção dividida. Na atenção concentrada o avaliando deve riscar todos os símbolos iguais ao modelo apresentado, ele tem 120 segundos para riscar a maior quantidade possível de símbolos. Na atenção dividida ao invés de um símbolo o sujeito deve riscar três símbolos modelos, nesta etapa ele tem 240 segundos. Na atenção alternada, cada linha do teste apresenta um símbolo alvo, que é trocado constantemente. Nesta tarefa o sujeito tem 150 segundos. A atenção total é a soma dos resultados da atenção concentrada, dividida e alternada somadas (Rueda, 2013).

Subteste Dígitos da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos 3ª edição (WAIS-III). Teste que visa avaliar a memória de trabalho através da repetição de lista de números na ordem direta e na ordem inversa. Há duas listas de números, uma para ordem direta e outra para ordem inversa, que começam em pequenas

quantidades que vão aumentando conforme o sujeito acerta os itens anteriores. (Wechsler, 1997; Nascimento, 2004, WAIS III, 2020).

Five Digit Test (FDT). Teste que avalia processos automáticos e controlados da atenção, além de fornecer medidas de flexibilidade mental e controle inibitório. Para isso, o sujeito passa por quatro etapas. Na primeira, leitura, é necessário ler os números, sempre de 1 a 5, escritos nos quadros. Na segunda, contagem, o sujeito conta quantos asteriscos há em cada quadro, sempre de 1 a 5. Na terceira etapa, escolha, o sujeito precisa inibir o processo automático de leitura dos números, para contar quantos números há em cada quadro, em quantidade incongruente ao número que está escrito. Na quarta e última etapa, além dos números em quantidade divergente que devem ser contados como na terceira etapa, há quadros com bordas mais grossas em que o avaliando deve ler o número, ao invés de contar (Sedó, 2007; Sedó, de Paula & Malloy-Diniz, 2015).

WASI - Escala Wechsler Abreviada de Inteligência. Consiste na forma abreviada da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos formada pelos subtestes Vocabulário, Cubos, Semelhanças e Raciocínio Matricial. Fornece medidas de QI Global, Executivo e Verbal. O subtestes Vocabulário avalia a memória semântica através de palavras que o avaliando deve informar o significado. No subteste Cubos o avaliando deve organizar cubos tridimensionais de modo a reproduzir o modelo apresentado no livro de estímulos, bidimensional, dentro do tempo esperado. É um teste que avalia planejamento, automonitoramento e visuoconstrução. No subtestes semelhanças, são apresentadas duas palavras em que o avaliando deve identificar qual a semelhança que há entre estas palavras. Inicialmente são conceitos mais concretos que vão se tornando cada vez mais abstratos conforme o sujeito acerta os itens. É um teste que avalia capacidade de abstração verbal, organização de ideias e expressão verbal. Por fim, o subteste raciocínio matricial apresenta figuras que precisam ser completadas, o participante deve escolher qual das cinco opções melhor completa o quadro apresentado. É um teste que avalia abstração visual e resolução de problemas (The Psychological Corporation, 1999; Trentini, Yates & Heck, 2014).

### **Procedimentos**

As avaliações foram realizadas nas dependências das instituições, em local com mesa e iluminação adequadas. Por conta da alta carga de trabalho destes profissionais, frequentemente com mais de um vínculo profissional, as

avaliações tiveram que ocorrer durante o horário de trabalho, com consentimento e organização da coordenação de cada instituição. Por consequência da pandemia da COVID-19, todos os protocolos de segurança foram exigidos, estando as avaliadoras com equipamento de proteção individual adequado e esquema vacinal completo.

### **Aspectos Éticos**

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, expressos através da Resolução nº 466 de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, conforme o Parecer nº 4.909.182, em 16/08/2021.

### **Análises**

A primeira análise realizada foi a estatística descritiva de todos os dados sociodemográficos (idade, escolaridade, renda per capita, tempo de trabalho na ILPI e quantidade de horas semanais trabalhadas) e das variáveis cognitivas coletadas e frequências de casos de depressão, ansiedade, sobrecarga, qualidade de vida e risco de violência. Os dados foram analisados através de Correlação de Pearson para variáveis contínuas e Correlação Ponto Bisserial para variáveis dicotômicas para identificar possíveis associações entre as diversas variáveis estudadas. Considera-se que o valor de  $r$  é:  $0 < r < 0,25$  ou  $-0,25 < r < 0$ : correlação pequena ou nula;  $0,25 < r < 0,50$  ou  $-0,50 < r < -0,25$ : correlação fraca;  $0,50 < r < 0,75$  ou  $-0,75 < r < -0,50$ : correlação moderada;  $0,75 < r < 1,00$  ou  $-1,00 < r < -0,75$ : correlação forte ou perfeita (perfeita se  $r = -1$  ou  $r = 1$ ). Os cuidadores também foram divididos em dois grupos de escolaridade, médio e superior, conforme a quantidade de anos estudados, sendo até 14 considerado nível médio e acima de 16 anos de estudo considerado de nível superior. Foi realizado um Teste T comparando os resultados destes dois grupos

### **Resultados**

Ao todo foram avaliados 22 cuidadores. Destes, 19 (86,4%) são do sexo feminino e 3 (13,6%) são do sexo masculino. A média de idade foi de 42,91 (10,24) anos, com mínima de 22 e máxima de 58 anos. A escolaridade média foi de 15,45 (3,20) anos de estudo, com mínima de 12 anos, ou seja, ensino médio completo, e máxima de 25 anos, que abarca graduação e pós graduação completa.

A renda média per capita é de R\$1822,50 (1019,20) com mínima de R\$366,67 e máxima de R\$3666,67, levando em consideração que a renda per capita foi calculada com base no dado bruto da renda familiar e dividido por quantas pessoas residem na mesa casa. Quanto às horas trabalhadas a média foi de 41,18 horas (7,06) com mínima de 30 horas e máxima de 48 horas semanais. O tempo de trabalho na instituição variou de 1 a 144 meses, com média de 29,73 meses (39,12).

Quanto ao curso de cuidador, 16 (72,7%) relataram nunca terem feito enquanto somente 6 (27,3%) fizeram a referida formação. A maioria dos cuidadores, 68,2% (15 sujeitos), não relatou se sentir sobrecarregada, enquanto 31,8% (7 sujeitos), se consideravam sobrecarregados. Os mesmos números, 15 e 7, se aplicam à ausência e presença, respectivamente, de queixa de memória e de queixa de atenção. Quanto a queixa de raciocínio, 19 (86,4%) não apresentaram a queixa e 3 (13,6%) apresentaram queixa de raciocínio. Por fim, não há queixa de organização por parte de 17 (77,3%) cuidadores, enquanto 5 (22,7%) sujeitos apresentam queixa na capacidade de organização.

A Tabela 1 detalha os resultados das avaliações cognitiva, de sobrecarga, qualidade de vida, das escalas de humor e escala de risco de violência com pontuação mínima, máxima, média, desvio padrão e média de escore Z – calculado em relação às normas de cada teste.

Tabela 1: Dados de média e desvio padrão de todos os testes e escalas aplicados.

Teste	Tarefa	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Média do Z escore
Dígitos WAIS	Dígitos Escore Ponderado	5	14	9,41	2,28	-1,67
	Spam Ordem Direta	3	8	5,55	1,34	-0,08
	Spam Ordem Inversa	2	6	3,95	1,05	-0,11
RAVLT	Ravlt A1	4	9	6,00	1,38	-0,06
	Ravlt A2	6	13	8,59	2,02	0,00
	Ravlt A3	6	13	9,73	2,10	-0,09
	Ravlt A4	6	13	10,45	2,13	-0,19
	Ravlt A5	7	14	11,27	2,14	-0,22
	Ravlt B1	2	7	4,45	1,22	-0,32
	Ravlt A6	3	13	8,68	2,87	-0,53
	Ravlt A7	3	14	9,23	3,09	-0,25
	Aprendizagem ALT	3	26	16,23	6,38	-0,05

	Interferência Proativa	,12	1,25	,71	0,24	-0,43
	Interferência Retroativa	,33	1,00	,76	0,20	-0,46
	Velocidade de Esquecimento	,50	2,33	1,10	0,34	0,40
	Reconhecimento	1	15	11,36	3,30	0,16
BPA	BPA Atenção Concentrada	50	120	92,73	17,43	0,34
	BPA Atenção Dividida	28	98	59,77	21,57	-0,47
	BPA Atenção Alternada	29	119	78,68	24,61	-0,06
	BPA Total	131	337	230,95	51,25	0,10
FDT	Tempo Leitura	13	39	23,27	5,56	0,14
	Erros Leitura	0	0	0,00	0,00	0,00
	Tempo Contagem	15	35	25,32	4,50	0,17
	Erros Contagem	0	1	,05	0,21	-0,17
	Tempo Escolha	23	54	40,45	8,52	0,01
	Erros Escolha	0	1	,27	0,46	0,23
	Tempo Alternância	34	75	54,55	11,66	-0,16
	Erros Alternância	0	13	1,95	2,77	-0,21
	FDT Inibição	7	28	17,18	7,04	-0,03
	FDT Flexibilidade	13	50	30,55	9,94	-0,14
WASI	Vocabulário Escore T	31	68	46,95	9,55	-0,32
	Cubos Escore T	28	63	43,86	10,38	-0,60
	Semelhança Escore T	25	58	40,77	9,60	-0,89
	Raciocínio Matricial Escore T	24	61	45,18	10,57	-0,48
	QI Verbal	62	122	89,64	15,65	-0,69
	QI Executivo	66	111	91,86	13,24	-0,67
	QI Total	56	119	88,36	16,65	-0,78
Whoqol-bref	Geral	2	5	3,68	0,95	
	Saúde	2	5	3,68	0,95	
	Físico	17	35	27,91	4,56	1,57
	Psicológico	19	30	24,23	3,12	1,14
	Relações Sociais	3	15	10,73	2,68	-0,32
	Who Meio Ambiente	17	36	25,86	4,88	-0,01
Zarit	ZARIT	1	33	17,41	9,58	

CASE	CASE	0	9	2,73	2,16	
Escala Beck	Depressão II	0	24	8,68	6,61	
	Ansiedade	0	19	6,36	5,64	

Para melhor compreensão dos dados, foram gerados dados de frequência dos testes e escalas aplicados. Para melhor aproveitamento das informações, os dados dos testes selecionados são aqueles que representam resultados associados aos domínios cognitivos. Estes resultados estão relatados na tabela 2.

Tabela 2: Dados de frequência dos testes e escalas aplicados.

Teste / Escala	Inferior n (%)	Médio Inferior n (%)	Médio n (%)	Médio Superior n (%)	Superior n (%)
Dígitos (Memória Operacional)	-	2 (9,1%)	19 (86,4%)	1 (4,5%)	-
RAVLT A7 - Memória Episódica Anterógrada	1 (4,5%)	5 (22,7%)	14 (63,6%)	2 (9,1%)	-
RAVLT - ALT - Aprendizagem	1 (4,5%)	1 (4,5%)	19 (86,4%)	1 (4,5%)	-
RAVLT Reconhecimento	-	1 (4,5%)	21 (95,5%)	-	-
BPA - Atenção Concentrada	1 (4,5%)	-	15 (68,2%)	6 (27,3%)	-
BPA - Atenção Dividida	1 (4,5%)	1 (4,5%)	18 (81,8%)	2 (9,1%)	-
BPA - Atenção Alternada	1 (4,5%)	2 (9,1%)	16 (72,7%)	3 (13,6%)	-
BPA - Atenção Total	-	1 (4,5%)	18 (81,8%)	3 (13,6%)	-
FDT - Inibição	-	1 (4,5%)	21 (95,5%)	-	-
FDT - Flexibilidade	-	3 (13,6%)	18 (81,8%)	-	1 (4,5%)
WASI Vocabulário - Memória Semântica	-	5 (22,7%)	16 (72,7%)	1 (4,5%)	-
WASI Cubos - Planejamento	1 (4,5%)	6 (27,3%)	13 (59,1%)	2 (9,1%)	-
WASI Semelhanças - Abstração Verbal	5 (22,7%)	2 (9,1%)	15 (68,2%)	-	-
WASI Raciocínio Matricial - Abstração Visual	4 (18,2%)	-	16 (72,7%)	2 (9,1%)	-
WASI QI Verbal	4 (18,2%)	6 (27,3%)	11 (50,0%)	1 (4,5%)	-

WASI QI Executivo	3 (13,6%)	4 (18,2%)	14 (63,6%)	1 (4,5%)	-
WASI QI Total	5 (22,7%)	5 (22,7%)	10 (45,5%)	2 (9,1%)	-
Whoqol-bref Geral	Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa
	-	4 (18,2%)	2 (9,1%)	13 (59,1%)	3 (13,6%)
Whoqol-bref Saúde	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
	-	4 (18,2%)	2 (9,1%)	13 (59,1%)	3 (13,6%)
Domínio Whoqol	Inferior	Médio Inferior	Médio	Médio Superior	Superior
Físico	-	1 (4,5%)	7 (31,8%)	3 (13,6%)	11 (50,0%)
Psicológico	-	-	10 (45,5%)	4 (18,2%)	8 (36,4%)
Relações Sociais	1 (4,5%)	7 (31,8%)	12 (54,5%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)
Meio Ambiente	-	6 (27,3%)	11 (50,0%)	4 (18,2%)	1 (4,5%)
Zarit - Escala de Sobrecarga do Cuidador	Ausente ou Leve		Moderada		Grave
	12 (54,5%)		10 (45,5%)		-
CASE - Risco de Violência Contra Idoso	Risco Baixo ou Ausente		Presença de Risco de Violência		
	14 (63,6%)		8 (36,4%)		
Escalas Beck de Humor	Ausência de Sintomas	Sintomas Leves	Sintomas Moderados	Sintomas Graves	
Depressão II	16 (72,7%)	5 (22,7%)	1 (4,5%)	-	
Ansiedade	18 (81,8%)	4 (18,2%)	-	-	

Para a Correlação de Pearson foram utilizadas muitas variáveis incluindo as sociodemográficas, cognitivas e as escalas aplicadas. A tabela 3 descreve os resultados organizados por grau de correlação das variáveis sociodemográficas. Os resultados não apontam para nenhuma correlação moderada, somente nulas ou fracas.

Tabela 3: Resultado da Correlação de Pearson das variáveis sociodemográficas.

Variável	Correlação pequena ou nula	Correlação fraca	Correlação moderada
Escolaridade	*Tempo de ILPI (r=0,44, p=0,043); *Whoqol Saúde (r=-0,49, p=0,022)	*Renda Per Capita (r=0,71, p<0,001); *Horas semanais trabalhadas (r=-0,70, p<0,001);	

Variável	Correlação pequena ou nula	Correlação fraca	Correlação moderada
		*Semelhanças (r=0,56, p=0,006); *QI Verbal (r=0,56, p=0,007); *QI Total (r=0,54, p=0,009)	
Renda Per Capita	*Memória episódica (r=0,43, p=0,045); *Flexibilidade (r=-0,48, p=0,024); *Cubos (r=0,44, p=0,041); *Raciocínio Matricial (r=0,46, p=0,032); *CASE (r=0,43, p=0,044)	*Horas semanais trabalhadas (r=-0,58, p=0,005); *Vocabulário (r=0,60, p=0,003); *Semelhanças (r=0,73, p<0,001); *QI Verbal (r=0,70, p<0,001); *QI Executivo (r=0,54, p=0,010); *QI Total (r=0,71, p<0,001)	
Horas semanais trabalhadas		*Escolaridade (r=-0,70, p<0,001); *Renda per capita (r=-0,58, p=0,005); *Vocabulário (r=-0,60, p=0,003); *Semelhanças (r=-0,59, p=0,004); *QI Verbal (r=-0,64, p=0,001); *QI Total (r=-0,54, p=0,010)	
Tempo de ILPI	*Escolaridade (r=0,44, p=0,043);		

A tabela 4 descreve os resultados da correlação de Pearson das variáveis cognitivas organizadas por grau de correlação. As correlações moderadas apresentadas ocorrem entre as tarefas neuropsicológicas que avaliam habilidades cognitivas semelhantes ou correlatas.

Tabela 4: Resultado da Correlação de Pearson das variáveis cognitivas.

Variável	Correlação pequena ou nula	Correlação fraca	Correlação moderada
Dígitos - WAIS III (Memória operacional)	*Whoqol Relações sociais (r=0,43, p=0,049); *Whoqol Meio ambiente (r=0,43, p=0,044)	*Reconhecimento (r=0,64, p=0,001); *Whoqol Psicológico (r=0,58, p=0,004)	
Memória episódica	*Renda per capita (r=0,43, p=0,045); *Aprendizagem (r=0,49, p=0,020);	*Atenção total (r=0,50, p=0,017); *Cubos (r=0,53, p=0,011)	

Variável	Correlação pequena ou nula	Correlação fraca	Correlação moderada
	*Reconhecimento (r=0,46, p=0,030); *Atenção concentrada (r=0,44, p=0,038); *Atenção alternada (r=0,43, p=0,046); *QI executivo (r=0,46, p=0,031)		
Aprendizagem	*Memória episódica (r=0,49, p=0,020); *Atenção concentrada (r=0,46, p=0,032); *Atenção total (r=0,49, p=0,021); *Raciocínio matricial (r=0,48; p=0,023); *QI Executivo (r=0,48, p=0,023)		
Reconhecimento	*Memória episódica (r=0,46, p=0,030); *Whoqol psicológico (r=0,44, p=0,043)	*Dígitos (r= 0,64, p=0,001); *Cubos (r=0,52, p=0,013)	
Atenção Concentrada	*Memória episódica (r=0,44, p=0,038); *Aprendizagem (r=0,46, p=0,032); *Atenção dividida (r=0,44, p=0,041)	*Atenção alternada (r=0,63, p=0,002)	*Atenção total (r=0,83, p<0,001)
Atenção dividida	*Atenção concentrada (r=0,44, p=0,041); *QI executivo (r=0,44, p=0,041); *Whoqol psicológico (r=0,44, p=0,039)	*Atenção total (r=0,72, p<0,001); *Inibição (r=-0,54, p=0,010)	
Atenção alternada	*Memória episódica (r=0,43, p=0,046); *Atenção concentrada (r=0,63, p=0,002)		*Atenção total (r=0,84, p<0,001)
Atenção total	*Aprendizagem (r=0,49, p=0,021); *Flexibilidade (r=-0,45, p=0,036); *Cubos (r=0,46, p=0,030); *QI executivo (r=0,43, p=0,048)	*Memória episódica (r=0,50, p=0,017); *Atenção dividida (r=0,72, p<0,001)	*Atenção concentrada (r=0,83, p<0,001); *Atenção alternada (r=0,84, p<0,001)
Inibição		*Atenção dividida (r=-0,54, p=0,010); *Flexibilidade (r=0,63, p=0,002); *Cubos (r=-0,55, 0,008);	

Variável	Correlação pequena ou nula	Correlação fraca	Correlação moderada
		*QI executivo (r=-0,56, p=0,007)	
Flexibilidade	*Renda per capita (r=-0,48, p=0,024); *Atenção total (r=-0,45, p=0,036)	*Inibição (r=0,63, p=0,002); *Vocabulário (r=-0,52, p=0,014); *Semelhanças (r=-0,59, p=0,004); *Raciocínio matricial (r=-0,44, p=0,040); *QI verbal (r=-0,56, p=0,007); *QI executivo (r=-0,58, p=0,004); *QI total (r=-0,59, p=0,004)	
Vocabulário (Memória semântica)	*Whoqol Saúde (r=-0,46, p=0,033)	*Renda per capita (r=0,60, p=0,003); *Horas semanais trabalhadas (r=-0,60, p=0,003); *Flexibilidade (r=-0,52, p=0,014); *QI Executivo (r=0,56, p=0,007); *CASE (r=0,50, p=0,017)	*Semelhanças (r=0,86, p<0,001); *QI Verbal (r=0,96, p<0,001); *QI Total (r=0,88, p<0,001)
Cubos (Planejamento)	*Renda per capita (r=0,44, p=0,041); *Atenção total (r=0,46, p=0,030); *Semelhanças (r=0,45, p=0,037); *QI Verbal (r=0,44, p=0,039)	*Memória episódica (r=0,53, p=0,011); *Reconhecimento (r=0,52, p=0,013); *Inibição (r=-0,55, p=0,008); *QI Executivo (r=0,69, p<0,001); *QI Total (r=0,54, p=0,009)	
Semelhanças (Raciocínio verbal)	*Cubos (r=0,45, p=0,037)	*Escolaridade (r=0,56, p=0,006); *Renda per capita (r=0,73, p<0,001); *Horas semanais trabalhadas (r=-0,59, p=0,004); *Flexibilidade (r=-0,59, p=0,004); *Raciocínio matricial (r=0,55, p=0,008); *QI Executivo (r=0,68, p<0,001); *Whoqol Saúde (r=-0,53, p=0,012)	*Vocabulário (r=0,86, p<0,001); *QI Verbal (r=0,96, p<0,001); *QI Total (r=0,92, p<0,001)
Raciocínio matricial (raciocínio visual)	*Renda per capita (r=0,46, p=0,032); *Aprendizagem (r=0,48, p=0,023)	*Flexibilidade (r=-0,44, p=0,040); *Semelhanças (r=0,55, p=0,008);	*QI Executivo (r=0,84, p<0,001)

Variável	Correlação pequena ou nula	Correlação fraca	Correlação moderada
		*QI Verbal (r=0,50, p=0,017); *QI Total (r=0,69, p<0,001)	
QI Verbal	*Cubos (r=0,44, p=0,039); *CASE (r=0,45, p=0,036)	*Escolaridade (r=0,56, p=0,007); *Renda per capita (r=0,70, p<0,001); *Horas semanais trabalhadas (r=-0,64, p=0,001); *Flexibilidade (r=-0,56, p=0,007); *Raciocínio matricial (r=0,50, p=0,017); *QI Executivo (r=0,64, p=0,001); *Whoqol Saúde (r=-0,53, p=0,012)	*Vocabulário (r=0,96, p<0,001); *Semelhanças (r=0,96, p<0,001); *QI Total (r=0,94, p<0,001)
QI Executivo	*Memória episódica (r=0,46, p=0,031); *Aprendizagem (r=0,48, p=0,023); *Atenção dividida (r=0,44, p=0,041); *Atenção total (r=0,43, p=0,048)	*Renda per capita (r=0,54, p=0,010); *Inibição (r=-0,56, p=0,007); *Flexibilidade (r=-0,58, p=0,004); *Vocabulário (r=0,56, p=0,007); *Cubos (r=0,69, p<0,001); *Semelhanças (r=0,68, p<0,001); *QI Verbal (r=0,64, p=0,001);	*Raciocínio matricial (r=0,84, p<0,001); *QI Total (r=0,82, p<0,001)
QI Total		*Escolaridade (r=0,54, p=0,009); *Renda per capita (r=0,71, p<0,001); *Horas semanais trabalhadas (r=-0,54, p=0,010); *Flexibilidade (r=-0,59, p=0,004); *Cubos (r=0,54, p=0,009); *Raciocínio matricial (r=0,69, p<0,001)	*Vocabulário (r=0,88, p<0,001); *Semelhanças (r=0,92, p<0,001); *QI Verbal (r=0,94, p<0,001); *QI Executivo (r=0,82, p<0,001)

A tabela 5 descreve os resultados da correlação de Pearson e da correlação ponto bisserial das variáveis de qualidade de vida, humor, sobrecarga e risco de violência contra a pessoa idosa organizadas por grau de correlação. Nesta etapa apareceram correlações relevantes tais como associação entre melhores índices de qualidade de vida geral e física e pontuações menores na escala de depressão; associação entre o raciocínio verbal e qualidade de saúde; associação entre memória operacional e qualidade de vida psicológica e de

relações sociais; e a associação entre a escala de sobrecarga e o risco de violência contra a pessoa idosa.

Tabela 5: Resultado da Correlação de Pearson e da Correlação Ponto Bisserial das variáveis de qualidade de vida, humor, sobrecarga e risco de violência contra a pessoa idosa.

Variável	Correlação pequena ou nula	Correlação fraca	Correlação moderada
Whoqol Geral	*Whoqol físico (r=0,49, p=0,020); *Whoqol meio ambiente (r=0,42, p=0,050)	*Whoqol Psicológico (r=0,74, p<0,001); *Depressão (r=-0,54, p=0,009)	
Whoqol Saúde	*Escolaridade (r=-0,49, p=0,022); *Vocabulário (r=-0,46, p=0,033)	*Semelhanças (r=-0,53, p=0,012); *QI Verbal (r=-0,53, p=0,012); *Whoqol físico (r=0,56, p=0,007); *CASE (r=-0,56, p=0,007); *Ansiedade (r=-0,63, p=0,002)	
Whoqol Físico	*Whoqol geral (r=0,49, p=0,020)	*Whoqol saúde (r=0,56, p=0,007); *Whoqol psicológico (r=0,67, p=0,001); *Depressão (r=-0,74, p<0,001); *Ansiedade (r=-0,58, p=0,004)	
Whoqol Psicológico	*Reconhecimento (r=0,44, p=0,043); *Atenção dividida (r=0,44, p=0,039); *Whoqol relações sociais (r=0,44, p=0,040)	*Dígitos (r=0,58, p=0,004); *Whoqol geral (r=0,74, p<0,001); *Whoqol físico (r=0,67, p=0,001); *Whoqol meio ambiente (r=0,53, p=0,012); Depressão (r=-0,70, p<0,001)	
Whoqol Relações Sociais	*Dígitos (r=0,43, p=0,049); *Whoqol psicológico (r=0,44, p=0,040)	*Whoqol meio ambiente (r=0,60, p=0,004)	
Whoqol Meio Ambiente	*Dígitos (r=0,43, p=0,044); *Whoqol geral (r=0,42, p=0,050); *Zarit (r=-0,49, p=0,022); *Ansiedade (r=-0,43, p=0,49)	*Whoqol psicológico (r=0,53, p=0,012); *Whoqol relações sociais (r=0,60, p=0,004); *Depressão (r=-0,60, p=0,003)	
Zarit	*Whoqol meio ambiente (r=-0,49, p=0,022);		*CASE (r=0,81, p<0,001)

Variável	Correlação pequena ou nula	Correlação fraca	Correlação moderada
CASE	*Renda per capita (r=0,43, p=0,044); *QI Verbal (r=0,45, p=0,036)	*Vocabulário (r=0,50, p=0,017); *Whoqol saúde (r=-0,56, p=0,007);	*Zarit (r=0,81, p<0,001)
Escala Beck de Depressão II		*Whoqol geral (r=-0,54, p=0,009); *Whoqol físico (r=-0,74, p<0,001); *Whoqol psicológico (r=-0,70, p<0,001); *Whoqol meio ambiente (r=-0,60, p=0,003); *Ansiedade (r=0,63, p=0,002)	
Escala Beck de Ansiedade	*Whoqol meio ambiente (r=-0,43, p=0,49)	*Whoqol saúde (r=-0,63, p=0,002); *Whoqol físico (r=-0,58, p=0,004); *Depressão (r=0,63, p=0,002)	

Os resultados do Teste T realizado comparando os resultados dos grupos de cuidadores divididos por nível de escolaridade, médio e superior, demonstraram diferenças na renda per capita ( $T(20)=-3,059$ ;  $p=0,006$ ), na quantidade de horas semanais trabalhadas ( $T(16,286)=5,644$ ;  $p<0,001$ ), nos subtestes do WASI Vocabulário ( $T(20)=-2,282$ ;  $p=0,034$ ) e Semelhanças ( $T(17,475)=-3,165$ ;  $p=0,006$ ), nos QI Verbal ( $T(20)=-2,923$ ;  $p=0,008$ ) e Total ( $T(20)=-2,190$ ;  $p=0,041$ ), e, por fim, no Whoqol Saúde ( $T(20)=2,422$ ;  $p=0,025$ ).

## Discussão

O presente estudo teve como objetivo realizar associações entre variáveis cognitivas, qualidade de vida, humor, sobrecarga, e do risco de violência contra o idoso dos cuidadores que atuam em instituições de longa permanência na cidade do Rio de Janeiro. Para tanto, foram avaliados 22 cuidadores, sendo 10 de nível superior e 12 de nível médio, de diferentes instituições de longa permanência e unidades de ressocialização para idosos na cidade do Rio de Janeiro.

Conforme relatado por diversos estudos, a maior parte da amostra foi composta pelo sexo feminino. Neste trabalho foi verificado que 86,4% (19 sujeitos) da amostra eram mulheres. Lopes e colaboradores (2012) avaliaram também cuidadores em ILPIs e encontraram 88% da amostra do sexo feminino, enquanto 12% era do sexo masculino, já Torres de Medeiros Alves *et al.* (2018) encontraram 83,7% dos sujeitos do sexo feminino e 16,2% do sexo masculino. Outros estudos

encontraram 100% da amostra do sexo feminino (Justo & Peterle, 2021; Lampert, Scortegagna & Grzylovski, 2016), indicando a alta prevalência de mulheres responsáveis pelo cuidado, seja ele formal ou informal. O que está relacionado ao possível papel social da mulher na execução do cuidado com o outro, frequentemente explicado como uma questão da nossa cultura, além da forte entrada da mulher no mercado de trabalho (Costa, Costa, Martins, Fernandes & Brito, 2015).

Quanto a idade, a presente amostra variou de 22 a 58 anos, com idade média de 42,91(10,24). Estes dados são muito semelhantes ao de outros estudos que encontraram idades médias como 46,3 (9,5) (Lampert, Scortegagna & Grzylovski, 2016), 46,32 (8,72) (Lopes *et al.*, 2012) e 39,6 (10,36) (Justo & Peterle, 2021). Lopes e colaboradores (2012) relatam justamente a relevância de profissionais de meia idade atuando no cuidado, pois estes apresentam, em sua maioria, mais experiência e mais recursos para lidar com situações novas e na resolução de problemas.

A amostra estudada apresentou maior nível de escolaridade do que outros estudos. Todos os sujeitos avaliados tinham, no mínimo, o ensino médio completo. Vale ressaltar que a legislação vigente exige que o sujeito que exerce o cuidado tenha o ensino fundamental completo (CBO, 2022). A presente amostra possui, portanto, média de 15,43 (3,20) anos de escolaridade. Colomé e colaboradores (2011) avaliaram uma amostra de cuidadores em ILPIs e identificaram a maioria com o ensino fundamental incompleto. Outro estudo identificou maioria com ensino médio completo, no entanto, parte da amostra, 17,05%, não atendia aos requisitos mínimos da legislação (Torres de Medeiros Alves *et al.*, 2018). Lopes *et al.* (2012) identificaram 60% da amostra com menos que o ensino médio completo.

A escolaridade apresenta importância não somente pela questão da legislação, mas pela associação da mesma com os níveis de inteligência e consequente qualidade do cuidado oferecido. Na presente amostra, a escolaridade apresentou correlações com o QI Total ( $p=0,009$ ), com a renda ( $p<0,001$ ) e correlação inversa com as horas trabalhadas ( $p<0,001$ ). Além disso, as comparações entre os dois grupos de cuidadores apontaram diferenças estatisticamente significativas em medidas de raciocínio verbal, no QI verbal e, por consequência, no QI Total. Assim como a escolaridade, o curso de cuidador também auxilia os profissionais em suas atividades laborais. A maior parte da amostra (72,7%) estudada não possui curso de cuidador. Lampert e colaboradores (2016) indicaram que a qualificação profissional afeta diretamente o cuidado prestado e a capacidade dos próprios cuidadores de lidarem com

situações adversas, naturais quando se cuida de idosos em diferentes condições de saúde. Lopes *et al.* (2012) também identificaram a amostra com baixa escolaridade e baixa remuneração. O que gera necessidade dos cuidadores de terem mais de um emprego e trabalharem mais horas.

A renda per capita média da amostra estudada foi R\$1822,50 (1019,20), ou seja, menor que dois salários mínimos. Profissionais com mais escolaridade têm salários melhores, como já dito. A média da renda per capita no grupo dos profissionais de nível médio foi R\$1309,31 (808,73), já a média do grupo de nível superior foi R\$2438,33 (922,96), uma diferença de quase 1 salário mínimo. Além disso, a renda também se correlacionou com as horas trabalhadas de forma negativa ( $p=0,005$ ) e de forma positiva com o QI verbal ( $p<0,001$ ), QI executivo ( $p=0,010$ ), com o QI total ( $p<0,001$ ) e com a medida de memória episódica ( $p=0,045$ ). A média de horas semanais trabalhadas é de 41,8 (7,06) com mínima de 30 horas e máxima de 48 horas. No grupo de nível médio a média das horas semanais trabalhadas é 46,17 (3,76), já no grupo de nível superior a média é 35,20 (5,10), uma diferença de 11 horas semanais de trabalho. As horas de trabalho também se correlacionam negativamente com p QI verbal ( $p=0,001$ ) e com o QI total ( $p=0,010$ ). Obviamente, mais horas trabalhadas resultam em maior cansaço físico e mental e pior qualidade do cuidado. Em suma, um círculo vicioso que reúne baixa capacitação e escolaridade, baixa renda e muitas horas trabalhadas e que afeta o tratamento dado aos idosos institucionalizados (Colomé *et al.*, 2011; Justo & Peterle, 2021; Lopes *et al.*, 2012; Torres de Medeiros Alves *et al.*, 2018).

Outro dado relevante da presente pesquisa foi a avaliação dos índices de sobrecarga dos cuidadores contratados que atuam em instituições. A maior parte da amostra (68,2%) não relatava se sentir sobrecarregada, no entanto, a avaliação da sobrecarga através da escala Zarit, indicou que 45,5% da amostra apresenta sobrecarga moderada e 54,5% apresentam ausência de sobrecarga ou sobrecarga leve. Esta medida se correlacionou positivamente com a escala que avaliou risco de violência contra a pessoa idosa ( $p<0,001$ ). Como relatado por alguns cuidadores no estudo de Colomé e colaboradores (2011), a sobrecarga dificulta que o cuidado seja fornecido de forma adequada, principalmente para aqueles idosos mais dependentes que demanda uma assistência mais personalizada. Fernandes & Garcia (2009) e Anastácio e colaboradores (2021) demonstraram que cuidadores sobrecarregados apresentam maiores limitações de prestar assistência aos idosos, principalmente aos idosos mais dependentes e ressaltam que esta mesma dependência pode ocorrer, também, por estimulação do próprio cuidador, impactando diretamente na qualidade de vida do idoso.

O risco de violência se associou a sobrecarga, como já discutido, e também com a qualidade de vida no domínio de saúde global de forma inversa ( $p=0,007$ ). A maior parte da amostra (63,6%) apresentou risco baixo ou ausente de violência, no entanto, uma parcela importante (36,4%) apresenta algum risco. A escala CASE avalia o risco de violência não somente física, mas também verbal em forma de gritos ou negligência, com a possibilidade de ignorar aquele idoso que depende dos seus cuidados. Atualmente, a negligência é o tipo de violência mais frequente seguida da violência psicológica, física e abuso financeiro. O não entendimento da condição clínica do idoso, como nos casos de demência, por exemplo, pode contribuir para casos de violência, da mesma maneira que o estresse emocional vivenciado pelo cuidador e a sobrecarga pelo ato de cuidar também (Matos *et al.*, 2021). No presente estudo houve associação positiva entre a escala CASE e o subtestes vocabulário, um índice de memória semântica e de raciocínio verbal. A hipótese pensada para a explicação deste resultado inesperado é que, pessoas com melhor nível de compreensão verbal teriam melhores condições de perceber suas próprias atitudes, e ter um olhar crítico para as mesmas.

As medidas de qualidade de vida avaliadas, qualidade geral, saúde, física, relações sociais, psicológico e de meio ambiente, se correlacionam entre si, como já esperado. As medidas geral, física, psicológico e meio ambiente também se correlacionam com as medidas de depressão e ansiedade. A maior parte da amostra apresentou bons índices de qualidade de vida, bem como de depressão e ansiedade. Contudo, assim como em Anastácio *et al.* (2021) os dados aqui encontrados de qualidade de vida também demonstram piores índices no domínio de relações sociais. O estudo de Colomé *et al.* (2011) indicou que a depressão é um problema de saúde presente entre os cuidadores. Já em Lopes e colaboradores (2012) 48% dos cuidadores têm presença de sintomas depressivos e 60% de sintomas ansiosos. Assim como neste estudo, o presente trabalho identificou associação entre depressão e ansiedade ( $p=0,002$ ). Da mesma forma que nas outras medidas já discutidas, sintomas de depressão e ansiedade causam impacto na qualidade de vida do cuidador e na qualidade do cuidado oferecido. Outra interessante associação foi das medidas de qualidade de vida com medidas cognitivas como índices verbais de memória semântica, raciocínio abstrato verbal e memória operacional. É possível que esta associação se dê por uma relação indireta com melhor escolaridade e, por consequência, melhor renda e menos horas trabalhadas, já que a escolaridade também se correlaciona com as mesmas medidas.

No estudo de Borges, Bomfim & Chagas (2021) foi identificada a presença de sintomas depressivos em 19,8% da amostra, já em Lopes *et al.* (2012) a presença alcançou 48% dos cuidadores avaliados, mesmo número encontrado por Anastácio *et al.* (2021). A presente amostra foi composta de 27,3% da amostra com índices de depressão entre leve e moderado. É possível que haja um peso emocional no exercer o cuidado, quando se trata de idosos, muitos dependentes, é necessário considerar o contato constante com doenças incapacitantes e com a própria finitude. No entanto, seria positivo ter estudos comparando a frequência de casos de depressão em grupos de profissionais similares, ou seja, com baixa renda e baixa escolaridade.

Por fim, a análise das medidas cognitivas indica que as variáveis de atenção se correlacionam com as de memória e executivas como inibição e flexibilidade. Além disso, os subtestes do WASI se correlacionam entre si, como já era esperado. Outro dado coletado foi como os cuidadores percebem o próprio desempenho cognitivo e a maioria não apresentou queixa de memória e atenção (68,2%), de raciocínio (86,4%) e de organização (77,3%). Estes dados foram confirmados nas avaliações em que a maioria apresentou desempenho satisfatório nas medidas de atenção, memória, executivas e de desempenho global. Este último com mais resultados abaixo do esperado com 45,5% da amostra com resultados inferior e médio inferior. Dos estudos reunidos para compreensão dos resultados, nenhum deles realizou avaliações cognitivas dos cuidadores, o que demonstra a pouca atenção dada a este domínio, que certamente causa impactos na qualidade do cuidado e nas relações estabelecidas dentro das próprias instituições.

No entanto, estudos realizados com cuidadores informais, familiares, indicaram diferenças cognitivas entre cuidadores e não cuidadores em medidas de memória episódica e aprendizagem (de Vugt *et al.*, 2006; Mackenzie *et al.*, 2009). Outros estudos também identificaram diferenças em medidas de funcionamento cognitivo global (Boucher, Renvall & Jackson, 1996; de Vugt *et al.*, 2006) e em tarefas de atenção, concentração e velocidade de processamento (Vitaliano *et al.*, 2009).

O presente estudo identificou dados similares aos da literatura quanto às variáveis sociodemográficas, principalmente idade, gênero e renda. A amostra estudada apresenta melhores níveis de escolaridade que outros estudos, por isso mesmo, criou-se uma expectativa de bom desempenho cognitivo na imensa maioria dos cuidadores, todavia, quase metade da amostra apresentou

desempenho cognitivo global abaixo do esperado, apesar de resultados normais nas medidas de atenção, memória e funções executivas.

Uma das limitações do presente estudo foi a dificuldade de realizar as avaliações, o que gerou uma amostra pequena. No entanto, são profissionais com uma rotina laboral intensa e, frequentemente, com mais de um vínculo empregatício, o que torna a realização destas entrevistas um grande desafio. Outra limitação foi o fato de não haver um grupo controle, permitindo somente que fosse traçado um perfil destes profissionais, mas sem a possibilidade de identificar diferenças significativas em relação a um grupo pareado por idade e escolaridade. Todavia, o estudo é válido para melhorar a parca compreensão que temos a respeito destes profissionais, principalmente sobre o funcionamento cognitivo, que impacta diretamente na qualidade do cuidado oferecido, além disso, deixa clara a necessidade de mais estudos que realizem avaliações mais detalhadas desta população.

#### **Artigo 4**

Araujo, V.C., Silva, V.A.F.S., Charchat-Fichman, H. Perfil cognitivo de cuidadores em Instituições de Longa Permanência na Cidade do Rio de Janeiro (em preparo).

Resumo: O envelhecimento populacional é uma realidade cada vez mais frequente. Com o aumento da população idosa, cresce o número de instituições de longa permanência de idosos (ILPIs), e também de cuidadores, ou seja, trabalhadores responsáveis pelo cuidado dos residentes dessas instituições. O objetivo deste estudo foi investigar o funcionamento cognitivo de cuidadores formais atuantes em ILPIs e quais variáveis sociodemográficas, de humor, qualidade de vida, sobrecarga e risco de violência podem influenciar o desempenho neuropsicológico deste grupo. Foram avaliados 22 profissionais que atuam no cuidado de idosos, entre estes enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e educadores. Foram avaliadas variáveis sociodemográficas, variáveis cognitivas como inteligência, atenção, memória, raciocínio e funções executivas, variáveis de humor como depressão e ansiedade, de qualidade de vida, de sobrecarga e de risco de violência. Uma análise de cluster dividiu a amostra em dois grupos, e ambos foram comparados em todas as variáveis. Observou-se diferença significativa para a escolaridade, renda per capita, flexibilidade mental, memória semântica, abstração verbal e visual, e no quociente intelectual. Este trabalho apontou para a necessidade de mais estudos que façam uma avaliação cognitiva dessa categoria, de modo a acompanhá-la e entender melhor suas necessidades e os possíveis impactos da cognição no cuidado da população idosa.

Palavras-chave: Cuidadores, Instituição de longa permanência para idosos, Cognição, Inteligência,

## Perfil cognitivo de cuidadores em Instituições de Longa Permanência na Cidade do Rio de Janeiro

### Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade em boa parte do mundo e também no Brasil. As constantes quedas nas taxas de natalidade e aumento da expectativa de vida são fatores que propiciaram esse cenário de mudança na pirâmide populacional ao longo dos anos. Essas mudanças têm impactos diversos, inclusive nos índices de atendimento médico e investimento em saúde pública. Atualmente, as doenças consideradas mais associadas ao envelhecimento já respondem por boa parte das causas de mortalidade no Brasil (Oliveira, 2019).

Frequentemente idosos portadores de diferentes patologias crônicas necessitam de cuidados diversos nas atividades instrumentais de vida diária como auxílio no pagamento de contas e na administração de medicação. Em casos mais graves há a necessidade de auxílio também nas atividades básicas como alimentar-se, vestir-se e locomover-se. Culturalmente, em nosso país, há a preferência de que esse cuidado seja fornecido por familiares, frequentemente filhos e cônjuges (Ducal, Thumé & Hallal, 2011; Justo & Peterle, 2021; Mota *et al.*, 2020; Torres de Medeiros Alves *et al.*, 2018), além disso, nossa legislação também identifica essa forma de cuidado como a mais adequada (Lampert *et al.*, 2016). Contudo, nem sempre as famílias possuem condições para manter esse cuidado em casa, em alguns casos, sequer o idoso possui família ou rede de apoio que o valha para que haja esse cuidado residencial.

Desta maneira, atualmente há um crescente aumento nas taxas de institucionalização no Brasil. Este fenômeno possui diversas razões para ocorrer dentre elas o menor número de filhos das famílias, a maior participação das mulheres, normalmente responsáveis pelo cuidado, no mercado de trabalho e o reduzido poder aquisitivo das famílias, tornando difícil a contratação de cuidadores para atuação dentro da casa do idoso (Anastácio *et al.*, 2021; Colomé *et al.*, 2011; Justo & Peterle, 2021; Torres de Medeiros Alves *et al.*, 2018).

As instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) são residências coletivas para pessoas com mais de 60 anos. Nestes locais, os idosos residentes recebem cuidados nos mais diferentes níveis para suas necessidades. Alguns necessitam de cuidados mais superficiais, como lembretes das medicações e

auxílio no cumprimento das regras das instituições. Outros idosos precisam de cuidados mais especializados como ajuda no banho e na alimentação. Este cuidado é realizado por diferentes profissionais como técnicos de enfermagem, enfermeiros e educadores sociais. No Brasil não há uma exigência de formação técnica para que o profissional seja considerado um cuidador. Embora seja desejável que as pessoas que atuam neste ramo tenham algum tipo de qualificação, para melhor compreensão do processo de envelhecimento e das patologias associadas (Justo & Peterle, 2021; Lopes *et al.*, 2012; Mota *et al.*, 2020).

Dentro deste universo das ILPIs é comum que sejam realizadas pesquisas com os idosos residentes, mas alguns estudos se dedicam a compreender o perfil destes profissionais que realizam o cuidado aos idosos nas instituições. Lopes e colaboradores (2012) identificaram a presença de sintomas depressivos e ansiosos em parte da amostra de cuidadores em ILPIs, mas não em sua maioria, assim como Borges, Bomfim & Chagas (2021). Outros estudos avaliaram a sobrecarga dos cuidadores, Fernandes & Garcia (2009) e Anastácio e colaboradores (2021) encontraram dados de sobrecarga variando entre leve e moderado. Além disso, algumas pesquisas visaram identificar a qualidade de vida destes profissionais, encontrando dados positivos na maior parte dos domínios avaliados (Anastácio *et al.*, 2021; Colomé *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2012).

Vale ressaltar que poucos estudos abordam os domínios cognitivos dos cuidadores familiares, no entanto, quando o objeto de pesquisa são os cuidadores contratados dentro das ILPIs estes dados são ainda mais escassos. Sendo assim, o objetivo do presente estudo é investigar o funcionamento cognitivo de cuidadores formais atuantes em instituições de longa permanência e quais variáveis sociodemográficas, de humor, qualidade de vida, sobrecarga e risco de violência podem influenciar o desempenho neuropsicológico deste grupo.

## **Metodologia**

A presente pesquisa ocorreu após uma parceria firmada em março de 2021 entre o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (MPRJ) e a Pontifícia Universidade Católica (PUC-Rio). O acordo prevê a avaliação dos idosos residentes nas ILPIs e Unidades de Ressocialização de Idosos selecionadas pelo MPRJ, a avaliação dos profissionais que atuam no cuidado desses idosos e, por fim, a apresentação de propostas de ações a serem implementadas dentro das instituições para incremento da saúde mental. A fase inicial foi feita através de um exame de rastreio cognitivo, com resultados apresentados em outro artigo. A

presente publicação diz respeito da segunda etapa do acordo com o MPRJ, na qual os cuidadores foram avaliados.

### **Participantes**

Foram avaliados 22 profissionais que atuam no cuidado de idosos em cinco diferentes instituições na cidade do Rio de Janeiro. Dentre estes profissionais estavam enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e educadores, que atuam nas unidades de ressocialização.

Os critérios de inclusão no estudo eram a disponibilidade de participar da avaliação, a atuação direta no cuidado com os idosos e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Por outro lado, não foram solicitados a participar da avaliação outros profissionais que, ainda que trabalhadores das instituições, nas suas atribuições não estavam previstas o cuidado direto com os idosos residentes.

### **Instrumentos**

Os cuidadores foram avaliados com instrumentos neuropsicológicos, escalas de humor para avaliar presença de sintomas depressivos e ansiosos, escala de qualidade de vida, escala de sobrecarga do cuidador e escala de risco de violência. Além destes instrumentos foram coletadas as seguintes informações em anamnese com o cuidador: idade, escolaridade, gênero, renda per capita, se fez ou não curso de cuidador, presença de queixa subjetiva de declínio cognitivo, tempo de trabalho na instituição.

Os instrumentos aplicados nos cuidadores foram:

Inventário de Depressão de Beck II. Inventário composto por 21 questões com pontuação mínima de 0 e máxima de 63, onde mais pontos indicam maior presença de sintomas depressivos (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; Cunha, 2001; Gorenstein, Pang, Argimon & Werlang, 2011)

Inventário de Ansiedade de Beck. Inventário composto por 21 questões com pontuação mínima de 0 e máxima de 63, onde mais pontos indicam maior presença de sintomas ansiosos (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Cunha, 2001).

Zarit Burden Interview (ZBI). Escala que avalia a sobrecarga do cuidador composta por 22 itens em que o cuidador responde conforme a frequência em que

é afetado por aquele fator, sendo 0 - nunca, 1 - raramente, 2 – algumas vezes, 3 – frequentemente e 4 – sempre. A pontuação varia de 0 a 88 pontos e, quanto maior a pontuações maior é o nível de sobrecarga do cuidador (Zarit & Zarit, 1987; Scazufca, 2002; Lino, Rodrigues, Lima, Athie & Souza, 2019).

Questionário de qualidade de vida WHOQOL-bref. Este questionário é composto por 26 questões que variam de 1 a 5 pontos cada, sendo 1 de qualidade de vida geral, 1 de percepção geral da saúde e as demais representantes das 24 facetas do instrumento original. Avalia a qualidade de vida em 4 domínios sendo físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada domínio possui um grupo específico de questões, a pontuação é somada e dali retirada uma média aritmética simples, dessa forma, todos os domínios tem pontuação mínima de 4 e máxima de 20 (The Whoqol Group, 1998; Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000; Cruz, Polanczyk, Camey, Hoffmann & Fleck, 2011).

Escala CASE (Caregiver Abuse Screen). Escala que avalia fatores de risco para casos de violência contra idoso. Este questionário, composto por 8 perguntas, é respondido pelo cuidador com respostas simples (sim ou não) e não possui acusador, evitando constrangimento ou mentiras na aplicação. Avalia risco para violência financeira, física, emocional e sexual. Cada questão em que o cuidador responde sim, gera 1 ponto (Reis,1995; Reichenheim, Paixão Junior & Moraes, 2009; Lino, Rodrigues, Lima, Athie & Souza, 2019).

Teste de aprendizagem auditivo verbal de Rey (RAVLT). Avaliação de memória que visa avaliar memória imediata, aprendizagem, evocação tardia, reconhecimento, velocidade de esquecimento, intrusão retroativa e intrusão proativa. O teste consiste em duas listas de 15 palavras. A primeira lista (lista A) é lida e então o examinador solicita a recordação ao examinando, este procedimento é repetido 5 vezes (A1, A2, A3, A4 e A5). Então é lida a segunda lista (lista B) e sua recordação também é solicitada. O examinador pede que o examinando recorde a lista A novamente, agora sem a releitura (A6). É dado um intervalo de 20 minutos quando outros instrumentos (não associados a memória) podem ser aplicados. Após o intervalo o examinando deve evocar as palavras da lista A (A7). Por fim, é lida uma lista de reconhecimento de 50 palavras em que o examinando deve identificar corretamente as palavras da lista A (Lezak, 1995; Spreen & Strauss, 1998; Salgado, Malloy-Diniz, Abrantes, Moreira, Schlottfeldt, Guimarães, Freitas, Oliveira & Fuentes, 2011; de Paula & Malloy-Diniz, 2018).

Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA). Teste que avalia a atenção total, atenção concentrada, atenção alternada e atenção dividida. Na atenção concentrada o avaliando deve riscar todos os símbolos iguais ao modelo apresentado, ele tem 120 segundos para riscar a maior quantidade possível de símbolos. Na atenção dividida ao invés de um símbolo o sujeito deve riscar três símbolos modelos, nesta etapa ele tem 240 segundos. Na atenção alternada, cada linha do teste apresenta um símbolo alvo, que é trocado constantemente. Nesta tarefa o sujeito tem 150 segundos. A atenção total é a soma dos resultados da atenção concentrada, dividida e alternada somadas (Rueda, 2013).

Subteste Dígitos da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos 3ª edição (WAIS-III). Teste que visa avaliar a memória de trabalho através da repetição de lista de números na ordem direta e na ordem inversa. Há duas listas de números, uma para ordem direta e outra para ordem inversa, que começam em pequenas quantidades que vão aumentando conforme o sujeito acerta os itens anteriores. (Wechsler, 1997; Nascimento, 2004, WAIS III, 2020).

Five Digit Test (FDT). Teste que avalia processos automáticos e controlados da atenção, além de fornecer medidas de flexibilidade mental e controle inibitório. Para isso, o sujeito passa por quatro etapas. Na primeira, leitura, é necessário ler os números, sempre de 1 a 5, escritos nos quadros. Na segunda, contagem, o sujeito conta quantos asteriscos há em cada quadro, sempre de 1 a 5. Na terceira etapa, escolha, o sujeito precisa inibir o processo automático de leitura dos números, para contar quantos números há em cada quadro, em quantidade incongruente ao número que está escrito. Na quarta e última etapa, além dos números em quantidade divergente que devem ser contados como na terceira etapa, há quadros com bordas mais grossas em que o avaliando deve ler o número, ao invés de contar (Sedó, 2007; Sedó, de Paula & Malloy-Diniz, 2015).

WASI - Escala Wechsler Abreviada de Inteligência. Consiste na forma abreviada da Escala de Inteligência Wechsler para Adultos formada pelos subtestes Vocabulário, Cubos, Semelhanças e Raciocínio Matricial. Fornece medidas de QI Global, Executivo e Verbal. O subtestes Vocabulário avalia a memória semântica através de palavras que o avaliando deve informar o significado. No subteste Cubos o avaliando deve organizar cubos tridimensionais de modo a reproduzir o modelo apresentado no livro de estímulos, bidimensional, dentro do tempo esperado. É um teste que avalia planejamento, automonitoramento e visuoconstrução. No subtestes semelhanças, são

apresentadas duas palavras em que o avaliando deve identificar qual a semelhança que há entre estas palavras. Inicialmente são conceitos mais concretos que vão se tornando cada vez mais abstratos conforme o sujeito acerta os itens. É um teste que avalia capacidade de abstração verbal, organização de ideias e expressão verbal. Por fim, o subteste raciocínio matricial apresenta figuras que precisam ser completadas, o participante deve escolher qual das cinco opções melhor completa o quadro apresentado. É um teste que avalia abstração visual e resolução de problemas (Fernandes Lopes et al., 2012; The Psychological Corporation, 1999; Trentini, Yates & Heck, 2014).

### **Procedimentos**

As avaliações foram realizadas de forma presencial, nas dependências das instituições, em local com mesa e iluminação adequadas. Por conta da alta carga de trabalho destes profissionais, frequentemente com mais de um vínculo profissional, as avaliações tiveram que ocorrer durante o horário de trabalho, com consentimento e organização da coordenação de cada instituição. Por consequência da pandemia da COVID-19, todos os protocolos de segurança foram exigidos, estando as avaliadoras com equipamento de proteção individual adequado e esquema vacinal completo.

### **Aspectos Éticos**

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, expressos através da Resolução nº 466 de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética (CEP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, conforme o Parecer nº 4.909.182, em 16/08/2021.

### **Análises**

Em artigo prévio foram apresentadas as análises descritivas e de frequência da amostra estudada. No presente artigo, os dados obtidos foram submetidos a uma análise de cluster com base no Quociente de Inteligência Total. A partir desta análise a amostra foi dividida em dois grupos, um com rendimento dentro do esperado e outro com desempenho abaixo do esperado para a faixa etária. Estes grupos foram comparados através de Teste T em todas as outras variáveis coletadas.

## Resultados

A amostra foi composta por 22 cuidadores que atuam em instituições de longa permanência ou em unidades de ressocialização. Destes, 19 (86,4%) são do sexo feminino e 3 (13,6%) são do sexo masculino. A média de idade foi de 42,91 (10,24) anos, com mínima de 22 e máxima de 58 anos. A escolaridade média foi de 15,45 (3,20) anos de estudo, com mínima de 12 anos, ou seja, ensino médio completo, e máxima de 25 anos, que abarca graduação e pós graduação completa.

A análise de cluster (figura 1) realizada com base no QI Total, calculado pelo WASI. A amostra foi então dividida em duas, uma que apresentou desempenho abaixo do esperado (grupo 1) e outra com QI dentro ou acima do esperado para a faixa etária (grupo 2). O grupo 1 foi composto por 8 sujeitos (36,4%), enquanto o grupo 2 contou com 14 participantes (63,6%). A tabela 1 traz os dados da estatística descritiva dos dois grupos.

### Dendrograma usando a ligação média (Entre Grupos)

Combinação de cluster de distância redimensionada

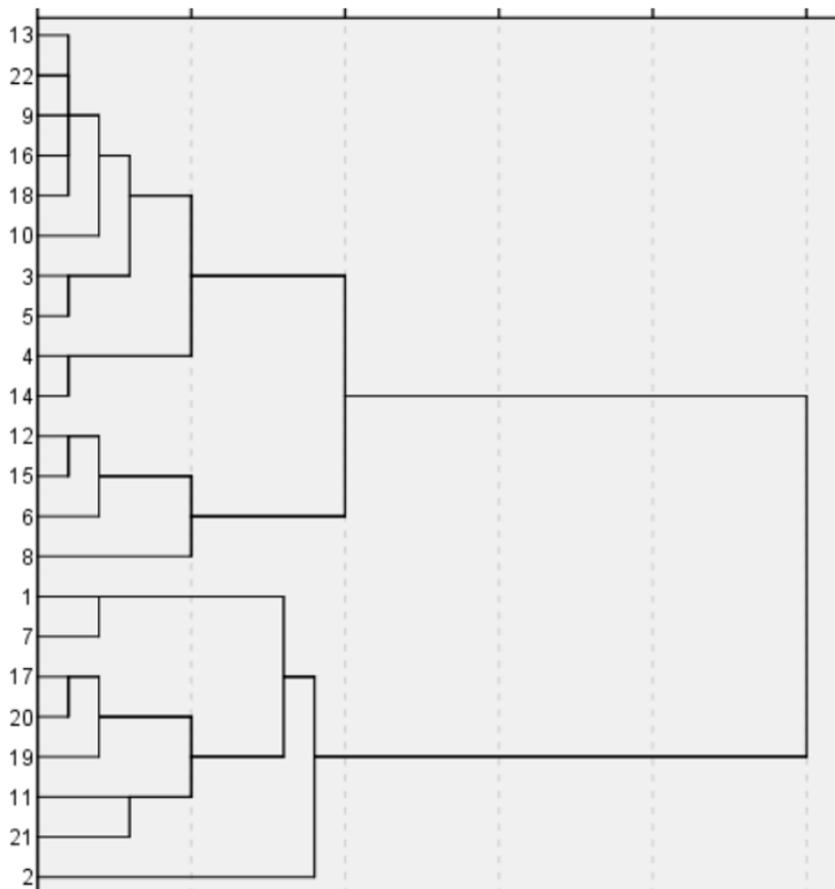


Figura 1. Resultado da análise de cluster, que dividiu a amostra em dois grupos conforme desempenho no QI Total.

Tabela 1: Estatística descritiva dos grupos de QI.

Variável	Grupo 1 (n 8, 36,4%) Média (DP)	Grupo 2 (n 14, 63,6%) Média (DP)
Idade	39,75 (10,36)	44,71 (10,09)
Escolaridade	13,25 (1,49)	16,71 (3,27)
Renda per capita	898,33 (425,80)	2350,60 (868,59)
Horas semanais trabalhadas	46,50 (2,98)	38,14 (6,95)
Tempo de trabalho na ILPI	24,25 (35,92)	32,86 (41,81)
Dígitos - escore ponderado (memória de trabalho)	8,63 (2,45)	9,86 (2,14)
RAVLT A7 (memória episódica)	8,13 (3,04)	9,86 (3,04)
RAVLT ALT (aprendizagem)	14,13 (7,64)	17,43 (5,47)
RAVLT Reconhecimento	10,38 (4,41)	11,93 (2,50)
BPA Atenção concentrada	92,88 (21,01)	92,64 (15,92)
BPA Atenção dividida	54,25 (27,61)	62,93 (17,64)
BPA Atenção alternada	76,13 (30,88)	80,14 (21,41)
BPA Atenção total	223,88 (68,03)	235,00 (41,25)
FDT Inibição	19,38 (7,69)	15,93 (6,60)
FDT Flexibilidade	37,38 (10,84)	26,64 (7,15)
WASI Vocabulário - escore T (memória semântica)	38,25 (6,65)	51,93 (7,09)
WASI Cubos - escore T (planejamento)	38,88 (8,08)	46,71 (10,72)
WASI Semelhanças - escore T (abstração verbal)	30,38 (5,42)	46,71 (5,33)
WASI Raciocínio matricial - escore T (abstração visual)	36,13 (11,28)	50,36 (5,71)
WASI QI Verbal	73,63 (9,24)	98,79 (10,09)
WASI QI Executivo	79,38 (11,17)	99,00 (8,07)
WASI QI Total	70,13 (8,84)	98,79 (9,16)
Variável	Grupo 1 (n 8, 36,4%) Frequência (%)	Grupo 2 (n 14, 63,6%) Frequência (%)
Curso de Cuidador	Sim 4 (50,0%) Não 4 (50,0%)	Sim 2 (14,3%) Não 12 (85,7%)
Whoqol Geral	Ruim 2(25,0%) Nem ruim nem boa 2 (25,0%) Boa 2 (25,0%) Muito boa 2 (25,0%)	Ruim 2 (14,3%) Boa 11 (78,6%) Muito boa 1 (7,1%)

Whoqol Saúde	Insatisfeito 1 (12,5%) Satisfeito 6 (75,0%) Muito satisfeito 1 (12,5%)	Insatisfeito 3 (21,4%) Nem ins. nem sat. 2 (14,3%) Satisfeito 7 (50,0%) Muito satisfeito 2 (14,3%)
Whoqol Físico	Médio 2 (25,0%) Superior 6 (75,0%)	Médio inferior 1 (7,1%) Médio 5 (35,7%) Médio superior 3 (21,4%) Superior 5 (35,7%)
Whoqol Psicológico	Médio 4 (50,0%) Superior 4 (50,0%)	Médio 6 (42,9%) Médio superior 4 (28,6%) Superior 4 (28,6%)
Whoqol Relações Sociais	Inferior 1 (12,5%) Médio inferior 2 (25,0%) Médio 3 (37,5%) Médio superior 1 (12,5%) Superior 1 (12,5%)	Médio inferior 5 (35,7%) Médio 9 (64,3%)
Whoqol Meio Ambiente	Médio inferior 3 (37,5%) Médio 2 (25,0%) Médio superior 2 (25,0%) Superior 1 (12,5%)	Médio inferior 3 (21,4%) Médio 9 (64,3%) Médio superior 2 (14,3%)
Escala Beck de Depressão II	Sem depressão 4 (50,0%) Depressão leve 3 (37,5%) Depressão moderada 1 (12,5%)	Sem depressão 12 (85,7%) Depressão leve 2 (14,3%)
Escala Beck de Ansiedade	Mínimo 7 (87,5%) Leve 1 (12,5%)	Mínimo 11 (78,6%) Leve 3 (21,4%)
Escala de Sobrecarga Zarit	Ausente ou leve 5 (62,5%) Moderada 3 (37,5%)	Ausente ou leve 7 (50,0%) Moderada 7 (50,0%)
Escala de Risco de Violência CASE	Risco baixou ou ausente 6 (75,0%) Risco presente 2 (25,0%)	Risco baixou ou ausente 8 (57,1%) Risco presente 6 (42,9%)

Após a divisão dos grupos conforme desempenho de QI, foi realizada a análise de diferença entre estes grupos através de Teste T. Os resultados indicaram diferenças estatisticamente significativas, nas variáveis sociodemográficas de escolaridade ( $T(20) = -2,81$ ;  $p=0,011$ ) e renda per capita ( $T(19,75) = -5,25$ ;  $p<0,001$ ).

Quanto às variáveis cognitivas, os resultados foram significativos para o índice de Flexibilidade do FDT ( $T(20) = 2,81$ ;  $p=0,011$ ), o subtteste Vocabulário do WASI ( $T(20) = -4,45$ ;  $p<0,001$ ), o subtteste Semelhanças do WASI ( $T(20) = -6,88$ ;  $p<0,001$ ) e o subtteste Raciocínio Matricial do WASI ( $T(9,09) = -3,33$ ;  $p=0,009$ ). Naturalmente há diferenças também no QI Verbal ( $T(20) = -5,79$ ;  $p<0,001$ ), no QI Executivo ( $T(20) = -4,78$ ;  $p<0,001$ ) e no QI Total ( $T(20) = -7,15$ ;  $p<0,001$ ), que já

eram esperadas em grupos divididos por diferença de desempenho no QI medido pelo WASI.

## Discussão

O presente trabalho teve como o objetivo investigar o funcionamento cognitivo de cuidadores formais atuantes em instituições de longa permanência e quais variáveis sociodemográficas, de humor, qualidade de vida, sobrecarga e risco de violência podem influenciar o desempenho neuropsicológico deste grupo. Para tanto, foi executada uma análise de cluster que dividiu a amostra de 22 cuidadores em dois grupos conforme do desempenho no funcionamento intelectual total. Estes dois grupos foram então comparados em todas as variáveis coletadas durante a entrevista.

Diferente de outros estudos com cuidadores formais, em que parte da amostra tem entre 5 e 8 anos de escolaridade, a presente amostra foi composta por todos os cuidadores com pelo menos o ensino médio completo (Colomé *et al.*, 2011; Lopes *et al.*, 2012; Torres de Medeiros Alves *et al.*, 2018). Ainda assim, a escolaridade foi uma das variáveis sociodemográficas que apresentou diferença entre os dois grupos de QI ( $p=0,011$ ). O impacto da escolaridade no desempenho cognitivo já é bem estabelecido na literatura, bem como o fator protetivo que mais anos de estudo geram em relação a possibilidade de declínio cognitivo e desenvolvimento de síndrome demencial no futuro (Pavarini *et al.*, 2018; Pedraza-Linares *et al.*, 2019). O nível de escolaridade também pode gerar impactos na qualidade do cuidado oferecido, afinal, mais anos de estudos nos ajudam a criar recursos cognitivos que facilitam a execução de atividade como controle de medicação e resolução de problemas diversos (Colomé *et al.*, 2011).

A outra variável sociodemográfica que apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos foi a renda per capita ( $p<0,001$ ). A renda possui impacto indireto no desenvolvimento cognitivo de diversas formas. Há estudos que associam a baixa renda a condições nutricionais na infância que podem impactar no desempenho cognitivo futuro (Macedo, Amdreucci & Montelli, 2004). Outra forma de influência da renda no desempenho cognitivo é o estímulo recebido no ambiente familiar durante o crescimento. Há indícios que maior exposição a vocabulário amplo facilita a aprendizagem de leitura e escrita e outros estímulos mentais são positivos para o desenvolvimento intelectual infantil (Malloy-Diniz *et al.*, 2008; Pavarini *et al.*, 2018; Santos *et al.*, 2002).

Frequentemente famílias com menor poder aquisitivo, no Brasil, também enfrentam problemas para matricular seus filhos em escolas de melhor qualidade.

Em estudo que comparou desempenho cognitivo de crianças estudantes de escolas públicas e particulares, Malloy-Diniz e colaboradores (2008) identificaram diferenças estatisticamente significativas em testes de planejamento. As explicações para essas diferenças são diversas, mas as condições deficientes das escolas públicas, com escassos recursos pedagógicos, e o treinamento limitado dos professores que nelas atuam parecem ser determinantes para estas diferenças (Santos *et al.*, 2002).

Por outro lado, a baixa renda de cuidadores formais já foi identificada em outros estudos. Barbosa e colaboradores (2017), por exemplo, identificaram que a renda familiar média de cuidadores formais de ILPIs de Natal (RN) varia entre 1 e 3 salários mínimos. A amostra do presente estudo identificou renda per capita média no grupo de menor desempenho cognitivo de R\$898,33 (425,80), ou seja, menor que um salário mínimo. No grupo com melhor desempenho cognitivo a renda per capita média foi de R\$2350,60 (868,59), quase dois salários mínimos. Estes dados podem indicar também que, mesmo sendo uma profissão com baixa remuneração, é uma oportunidade de trabalho para pessoas que apresentam mais dificuldades cognitivas, mas que estas limitações não afetariam diretamente a qualidade do serviço prestado, tendo em vista que trabalham dentro de equipes e raramente atuam em cargos de liderança (Justo & Peterle, 2021).

Quanto às variáveis cognitivas, os grupos apresentaram diferenças estatisticamente significativas na medida de flexibilidade mental ( $p=0,011$ ), no subtteste Vocabulário de memória semântica ( $p<0,001$ ), no subtteste Semelhanças de abstração verbal ( $p<0,001$ ), no Raciocínio Matricial de abstração visual ( $p=0,009$ ). As outras diferenças eram previsíveis como no QI Verbal ( $p<0,001$ ), QI Executivo ( $p<0,001$ ) e no QI Total ( $p<0,001$ ). As medidas de inteligência e os subttestes identificados já eram esperados pois são formadores da avaliação de desempenho cognitivo escolhida para o presente estudo. Ainda assim, vale ressaltar que a inteligência diz respeito a uma capacidade de processar e integrar informações e experiências gerando assim novas possibilidades de resposta e resolução de problemas, necessitando de uma boa capacidade de abstração unida à inteligência cristalizada (Nogueira & Fleith, 2021).

O conceito de inteligência é conectado ao de flexibilidade já que esta é a capacidade de alternar entre focos atencionais, diferentes estratégias de resolução de problemas e, em último caso, diferentes comportamentos visando adaptação às mudanças ambientais (Nava, Lázaro & Alba, 2010). Tanto a flexibilidade quanto a inteligência são de extrema importância para o exercício do cuidado do outro. Na fala dos próprios cuidadores é necessário não somente a

capacidade de execução do cuidado, mas também a capacidade de orientação do outro quanto ao autocuidado (Silva & Falcão, 2014).

Em estudo anterior foi verificada a escassez de trabalhos que realizassem avaliações cognitivas de cuidadores formais, atuantes em ILPIs, dificultando a compreensão dos resultados encontrados. Outra limitação do estudo foi a amostra reduzida, impedindo que os resultados aqui encontrados possam ser extrapolados para outras instituições de longa permanência, ainda que dentro da cidade do Rio de Janeiro. Há a necessidade de mais estudos e maior investigação do impacto cognitivo no exercício do cuidado.

## Considerações Finais

O objetivo do presente trabalho foi compreender o funcionamento de diversos indicadores dentro da temática do cuidado. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica para identificar possíveis correlações entre a sobrecarga do cuidador e o funcionamento cognitivo de cuidadores familiares. Apesar de haver indícios de que a sobrecarga do cuidador afeta, entre outras áreas, também o desempenho cognitivo, nenhum artigo estudado fez esta comparação. O objetivo inicial deste doutorado era justamente a investigação dessa associação, mas pelos motivos já explicitados, não foi possível concluir esta avaliação. No entanto, estudos futuros já estão planejados para que esta investigação ocorra.

Além disso, foram realizadas diferentes avaliações em idosos institucionalizados e cuidadores atuantes nas mesmas instituições. Em relação aos idosos, foi possível perceber que há mais estudos sobre os idosos, com algumas consequências da institucionalização já documentadas como a piora no desempenho cognitivo e o maior número de limitações funcionais, quando comparados com idosos da comunidade.

Os outros dois artigos que compõe o presente trabalho tratam de um tema que parece ser inédito na literatura. A pesquisa bibliográfica realizada indicou a completa ausência de estudos que investigam o desempenho cognitivo dos cuidadores que atuam em ILPIs. Vale ressaltar as outras diferentes variáveis investigadas, inclusive o risco de violência contra a pessoa idosa e a qualidade de vida, além da sobrecarga e alterações de humor. Ficou evidente que parte da amostra tem renda familiar menor e esta baixa renda se associou ao desempenho cognitivo. As explicações convergem para uma necessidade de maior investimento em treinamento e capacitação para estes profissionais.

No projeto de parceria com o Ministério Público houve um comprometimento com estratégias para a melhora das condições de saúde mental e neuropsicológica nas ILPIs. Para isso, é necessário pensar numa parceria entre idosos e cuidadores. É preciso um olhar holístico para a instituição como um todo. O treinamento para os cuidadores caminha neste sentido. Alguns artigos estudados, em que os cuidadores foram entrevistados e indagados quanto ao que é necessário para ter melhores condições de trabalho, comumente as respostas indicavam a necessidade de conhecer mais sobre o envelhecimento, sobre as mudanças biopsicossociais que os idosos vivenciam (Colomé *et al.*, 2011;

Lampert, Scortegagna & Grzybovski, 2016; Poltronieri *et al.*, 2019; Silva & Falcão, 2014; Torres de Medeiros Alves *et al.*, 2018). Sendo assim, a primeira iniciativa que visa melhorar a qualidade de vida dentro das instituições é a capacitação e o treinamento técnico destes profissionais sobre o envelhecimento e suas transformações associadas. É uma fase da vida que tem especificidades, assim como as outras, mas que carrega alguns estigmas difíceis, ainda mais graves para idosos institucionalizados.

A segunda sugestão é um lugar de acolhimento para o cuidador expressar como se sente em relação a diversos pontos referentes ao cuidado de idosos. Há o contato com o envelhecimento, há o contato com casos de abandono, há o contato com doenças graves, debilitantes e incapacitantes e a consequente finitude (Anastácio *et al.*, 2021; Justo & Peterle, 2021; Silva & Falcão, 2014). São questões que afetam os cuidadores enquanto seres humanos e que podem ser trabalhadas em um momento de apoio, em um espaço em que seja possível falar desses assuntos delicados de forma livre, que os ajude a criar estratégias para lidar com estes sentimentos.

A terceira sugestão é o trabalho de estimulação cognitiva e psicoeducação que envolva idosos e cuidadores. Tendo em vista o número importante de cuidadores que apresentam desempenho cognitivo abaixo do esperado, seria benéfico para todos os entes nas instituições a participação nestes trabalhos. A estimulação, além de auxiliar profissionais e idosos a ter um melhor desempenho cognitivo e manter suas habilidades preservadas, promoveria a interação social e consequente melhora na qualidade de vida dentro das instituições (Cunha, Pacheco & Barreto, 2021; Fagundes *et al.*, 2021; Pedraza-Linares *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2019; Teixeira-Fabício *et al.*, 2012).

A quarta sugestão vai de encontro a essa necessidade de interação social e participação na vida comunitária por parte dos idosos. A promoção de passeios culturais com os residentes atenderia a estas expectativas além de também ser uma forma de estimulação cognitiva e enriquecimento mental para os idosos e cuidadores participantes (Poltronieri *et al.*, 2019).

A quinta e última sugestão leva em consideração a percepção dos cuidadores e dos idosos de que há um distanciamento entre os residentes e seus familiares. As instituições visitadas já promovem eventos internos como festas típicas, por exemplo. A ideia é incentivar familiares e pessoas da comunidade a participarem destes eventos aproximando os residentes de sua família, promovendo encontros intergeracionais e permitindo a participação social dos idosos (Justo & Peterle, 2021; Poltronieri *et al.*, 2019).

Há muita possibilidade de trabalho para melhora da qualidade de vida e da saúde mental dentro das instituições. Estas podem se tornar lugares mais associados ao cuidado e a estimulação de um olhar para oportunidade de crescimento pessoal, de trabalho, de enriquecimento de vida.

## Referências

Ahorsu, D. K., Lin, C.-Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>

Alban, L. L., & Silva, G. F. D. (2021). ATUAÇÃO DO RESIDENTE DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA - ILPS. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 2(4), 194. <https://doi.org/10.51161/rem/2631>

Anastácio, Fernanda Seidel, Tanaka, Ana Karina Silva da Rocha, Glanzner, Cecília Helena, Nora, Carlise Rigon Dalla, Matzenbacher, Lisiane Paula Sordi & Paczek, Rosaura Soares. (2021). Qualidade de vida de trabalhadores de instituição de longa permanência para idosos: revisão de escopo. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 14, e429101422022, DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22022>

Andrade, Fabienne Louise Juvêncio Paes de et al. (2020). Incidência e fatores de risco para hospitalização em pessoas idosas institucionalizadas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]*. V. 23, n. 4, e200241. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200241>>. Epub 10 Feb 2021. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200241>.

Barbosa, Lara de Melo, Noronha, Kenya, Spyrides, Maria Helena Constantino & Araújo, Cristiane Alessandra Domingos. (2017). Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. *Revista Brasileira de Estudos de População [online]*. v. 34, n. 02, pp. 391-414. Disponível em: <<https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0004>>. Epub 26 Jun 2017. ISSN 1980-5519. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0004>.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893–897.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives General Psychiatry*, 4, 561-571. 1961.

Bergvall, N., Brinck, P., Eek, D., Gustavsson, A., Wimo, A., Winblad, B., & Jönsson, L. (2011). Relative importance of patient disease indicators on informal care and caregiver burden in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 23(1), 73–85. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000785>

Borges, Marina Miranda, Bomfim, Ana Julia de Lima & Chagas, Marcos Hortes Nisihara. (2021) Depression and empathy in health professionals who work in the long-term care institutions for older adults. *Dementia & Neuropsychologia [online]*. V. 15, n. 03 [Accessed 31 May 2022] , pp. 381-386. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-030011>>. Epub 20 Sept 2021. ISSN 1980-5764. <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-030011>.

Boucher, L., Renvall, M. J., & Jackson, J. E. (1996). Cognitively impaired spouses as primary caregivers for demented elderly people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(7), 828–831. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1996.tb03742.x>

BRASIL (1999). Portaria nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. *Ministério da Saúde*. Brasília, DF. 1999.

BRASIL.(2002). Portaria nº 397, de 10 de dezembro de 2002. Institui a Classificação Brasileira de Ocupações. Ministério do Trabalho e Emprego. Brasília. 2002. Disponível em: <<http://www.mteco.gov.br>>.

Brasil. (2012). Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 4.702, de 12 de novembro de 2012, aguardando parecer. 2012. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=559429>>. Acessado em 16 jun. 2022.

Brucki, Sonia M.D., Nitrini, Ricardo, Caramelli, Paulo, Bertolucci, Paulo H.F., & Okamoto, Ivan H.. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 61(3B), 777-781. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>

Cardoso, Lucilene, Vieira, Mariana Verderoce, Ricci, Maira Aparecida Malagutti, & Mazza, Rafael Severio. (2012). Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 513-517. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200033>

Carod-Artal, F. J., Mesquita, H. M., Ziolkowski, S., & Martinez-Martin, P. (2013). Burden and health-related quality of life among caregivers of Brazilian Parkinson's disease patients. *PARKINSONISM & RELATED DISORDERS*, 19(11), 943–948. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2013.06.005>

Cassis, Stella Velasques Anderaos, Karnakis, Theodora, Moraes, Tatiana Alves de, Curiati, José Antônio Éesper, Quadrante, Ana Catarina Rodrigues, & Magaldi, Regina Miksian. (2007). Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53(6), 497-501. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302007000600015>

Caswell, L. W., Vitaliano, P. P., Croyle, K. L., Scanlan, J. M., Zhang, J., & Daruwala, A. (2003). Negative associations of chronic stress and cognitive performance in older adult spouse caregivers. *Experimental Aging Research*, 29(3), 303–318. <https://doi.org/10.1080/0361073030303721>

Chen, P., & Botticello, A. L. (2013). Spouses of stroke survivors may be at risk for poor cognitive functioning: A cross-sectional population-based study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 20(4), 369–378. <https://doi.org/10.1310/tsr2004-369>

Colomé, Isabel & Marqui, Alessandra & Jahn, Alice & Resta, Darielli & Carli, Rafaela & Winck, Marisa & Nora, Taís. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 13. 10.5216/ree.v13i2.9376

Costa, T.F, Costa, K.N.F.M., Martins, K.P., Fernandes, M.G.M. & Brito, S.S. (2015) Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. *Esc Anna Nery*, 19(2), 350-355. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150048>.

Cruz, L.N., Polanczyk, C.A., Camey, S.A., Hoffmann, J.F. & Fleck, M.P. (2011) Quality of life in Brazil: normative values for the Whoqol-bref in a Southern general population sample. *Qual Life Res*, 20:1123-1129. <https://dx.doi.org/10.1007/s11136-011-9845-3>

Cunha JA. (2001). *Manual das versões em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Cunha, Ruttienya Dias Braga da, Pacheco, Tayane Frez & Barreto, Simone dos Santos. (2021). Effects of language stimulation on cognition of institutionalized aged people: a preliminary case series study. *Dementia & Neuropsychologia [online]*. V. 15, n. 1, pp. 136-144. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-010015>>. Epub 09 Apr 2021. ISSN 1980-5764. <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-010015>.

de Paula, Jonas & Malloy-Diniz, Leandro. (2018). RAVLT: Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey.

de Vugt, M. E., Jolles, J., van Osch, L., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., & Verhey, F. R. J. (2006). Cognitive functioning in spousal caregivers of dementia patients: Findings from the prospective MAASBED study. *Age and Ageing*, 35(2), 160–166. <https://doi.org/10.1093/ageing/afj044>

Ducal, G.F.D., Thumé, E. & Hallal, P.C. (2011) Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saude Publica*, 45(1), 113-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000047>.

Ducal, G.F.D., Thumé, E. & Hallal, P.C. (2011) Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. *Rev Saude Publica*, 45(1), 113-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000047>.

Fagundes, Daniel Ferreira et al. (2021) Dementia among older adults living in long-term care facilities: an epidemiological study. *Dementia & Neuropsychologia [online]*. V. 15, n. 04, pp. 464-469. Available from: <<https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-040007>>. Epub 03 Dec 2021. ISSN 1980-5764. <https://doi.org/10.1590/1980-57642021dn15-040007>.

Faro, A., Silva, L.S., Nunes, D.S., & Feitosa, A.L.B. Adaptação e validação da Escala de Medo da COVID-19. Manuscrito em submissão.

Fernandes Lopes, Regina Maria, Welter Wendt, Guilherme, Rathke, Scheila Michele, Alves Senden, Débora, Ferreira Da Silva, Roselaine B., & Lima Argimon, Irani I. De. (2012). Reflexões teóricas e práticas sobre a interpretação da escala de inteligência wechsler para adultos. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 109-118. Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552012000200011&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552012000200011&lng=en&tlng=pt).

Fernandes, MGM & Garcia, TR. (2009). Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 62(1):57-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/09.pdf>.

Ferreira, Fernanda Pretti Chalet, Bansi, Luciana Orui, & Paschoal, Sérgio Márcio Pacheco. (2014). Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 911-926. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053>

Fialho, P.P.A., Koenig, A.M., Santos, E.L., Guimarães, H.C., Beato, R.G., Carvalho, V.A., Caramelli, P. (2009) Dementia caregiver burden in a Brazilian sample: Association to neuropsychiatric symptoms. *Dementia & Neuropsychologia*, 3(2), 132-135. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642009DN30200011>.

Figueiredo, Maria do Livramento Fortes, Gutierrez, Denise Machado Duran, Darder, Juan José Tirado, Silva, Rutielle Ferreira, & Carvalho, Mariana Lustosa de. (2021). Cuidadores formais de idosos dependentes no domicílio: desafios vivenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 37-46. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.32462020>

Fleck, Marcelo PA, Louzada, Sérgio, Xavier, Marta, Chachamovich, Eduardo, Vieira, Guilherme, Santos, Lyssandra, & Pinzon, Vanessa. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34(2), 178-183. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>

Folstein, M. F.; Folstein, S. E. & Mchugh, P. R. (1975) "Mini-mental state" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, v. 12, p. 189-198.

Foss, Maria Paula, Lange, Celmira, Silva Filho, José Humberto, Brunini, Fabiana, & Vale, Francisco A. Carvalho do. (2007). Support groups for caregivers of patients with Dementia: A comparative study. *Dementia & Neuropsychologia*, 1(2), 196-202. <https://dx.doi.org/10.1590/s1980-57642008dn10200013>

García-Alberca, J. M., Lara, J. P., Berthier, M. L., Maria Garcia-Alberca, J., Pablo Lara, J., & Luis Berthier, M. (2011). ANXIETY AND DEPRESSION IN CAREGIVERS ARE ASSOCIATED WITH PATIENT AND CAREGIVER CHARACTERISTICS IN ALZHEIMER'S DISEASE. *INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY IN MEDICINE*, 41(1), 57–69. <https://doi.org/10.2190/PM.41.1.f>

Garrido, Regiane, & Almeida, Osvaldo P. (1999). Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 57(2B), 427-434. <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300014>.

Gorenstein, Clarisse, Pang, Wang Yuan, Argimon, Irani De Lima & Werlang, Blanca Susana Guevara. 2011. *BDI-II - Inventário de depressão de Beck*. 1 ed. Editora Casa do Psicólogo.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população. Rio de Janeiro, 2019, Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>

Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas. (2011). Comunicados do Ipea nº 93. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. IPEA: Brasília 2011. [acesso 25 jan. 2020]. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=857](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=857).

Jones, R. W., Romeo, R., Trigg, R., Knapp, M., Sato, A., King, D., Niecko, T., Lacey, L., & Grp, D. I. (2015). Dependence in Alzheimer's disease and service use

costs, quality of life, and caregiver burden: The DADE study. *ALZHEIMERS & DEMENTIA*, 11(3), 280–290. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2014.03.001>

Justo, A. M., & Peterle, T. dos S. (2021). QUEM CUIDA DOS IDOSOS? NARRATIVAS DE CUIDADORES FORMAIS EM ILPI. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, 25(3). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.102868>

Kamalzadeh, L., Salehi, M., Rashedi, V., Ahmadzad Asl, M., Malakouti, S. K., Seddigh, R., Almasi-Doghaee, M., & Shariati, B. (2020). Perceived burden of dementia care, clinical, psychological and demographic characteristics of patients and primary caregivers in Iran. *Applied Neuropsychology. Adult*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/23279095.2020.1798960>

Lampert, Claudia Daiane Trentin, Scortegagna, Silvana Alba & Grzybovski, Denize; (2016) DISPOSITIVOS LEGAIS NO TRABALHO DE CUIDADORES: APLICAÇÃO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA. *REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre) [online]*. V. 22, n. 3 , pp. 360-380. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-2311.09515.57137>>. ISSN 1413-2311. <https://doi.org/10.1590/1413-2311.09515.57137>.

Lezak, M.D. (1995). *Neuropsychology assessment*. 3 ed. New York: Oxford University Press.

Lini, Ezequiel Vitorio, Portella, Marilene Rodrigues & Doring, Marlene. (2016). Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]*. v. 19, n. 06, pp. 1004-1014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>>. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>.

Lino, Valéria Teresa Saraiva, Rodrigues, Nádia Cristina Pinheiro, Lima, Idenalva Silva de, Athie, Soraya, & Souza, Edinilsa Ramos de. (2019). Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 87-96. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.34872016>

Lopes, Renata Antunes, Mitre, Natália Corradi Drumond, Coelho, Marlete Aparecida Gonçalves Melo & Queiroz, Bárbara Zille. (2012) Perfil dos cuidadores das instituições de longa permanência para idosos de Itaúna – MG. *ConScientiae Saúde*. V. 11, n. 2:338-344. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v11n2.2985>

Macedo, Célia Sperandéo, Andreucci, Lívia Christina & Montelli, Terezinha de Cresci Braga. (2004). Alterações cognitivas em escolares de classe socio-econômica desfavorecida: resultados de intervenção psicopedagógica. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online]*. v. 62, n. 3b, pp. 852-857. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000500021>>. Epub 05 Out 2004. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2004000500021>.

MacKenzie, C. S., Wiprzycka, U. J., Hasher, L., & Goldstein, D. (2009). Associations between psychological distress, learning, and memory in spouse caregivers of older adults. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(6), 742–746. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp076>

Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J*. 1965 Feb;14:61-5. PMID: 14258950.

Malloy-Diniz, Leandro Fernandes, Cardoso-Martins, Cláudia, Nassif, Elaine Pacheco, Levi, Angela Maria, Leite, Wellington Borges & Fuentes, Daniel. (2008). Planning abilities of children aged 4 years and 9 months to 8 1/2 years: Effects of age, fluid intelligence and school type on performance in the Tower of London test. *Dementia & Neuropsychologia [online]*. v. 2, n. 1, pp. 26-30. Available from: <<https://doi.org/10.1590/S1980-57642009DN20100006>>. ISSN 1980-5764. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642009DN20100006>.

Malmgren Fänge, A., Schmidt, S. M., Nilsson, M. H., Carlsson, G., Liwander, A., Dahlgren Bergström, C., Olivetti, P., Johansson, P., & Chiatti, C. (2017). The TECH@HOME study, a technological intervention to reduce caregiver burden for informal caregivers of people with dementia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s13063-017-1796-8>

Martiny, Camila, Silva, Adriana Cardoso de Oliveira e, Nardi, Antonio Egidio, & Pachana, Nancy Ann. (2011). Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38(1), 08-12. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000100003>

Massena, P. N., de Araújo, N. B., Pachana, N., Laks, J., & de Pádua, A. C. (2015). Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory--GAI-BR. *International psychogeriatrics*, 27(7), 1113–1119. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001021>

Massimo, L., Evans, L. K., & Benner, P. (2013). Caring for loved ones with frontotemporal degeneration: The lived experiences of spouses. *GERIATRIC NURSING*, 34(4), 302–306. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.05.001>

Matos, Neuza Moreira de et al. (2021). Mediação de conflito: soluções propostas em atendimento a casos de violência contra a pessoa idosa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]*. v. 24, n. 6, e210068. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.210068>>. Epub 26 Jul 2021. ISSN 1981-2256. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020024.210068>.

Medrano, M., Rosario, R.L., Payano, A.N. & Capellán, N.R. (2014) Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. *Dement Neuropsychol*, 8(4), 384-388. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642014DN84000013>.

Megido MJ, Espinas J, Carrasco RM, Copetti S & Caballé E. (1999) La atención de los cuidadores del paciente com demência. *Aten Primaria*, 2, 493-495.

Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Diretoria Colegiada (2005) Resolução RDC Nº 283. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.html#:~:text=a\)%20Grau%20de%20Depend%C3%Aancia%201%3A%20um%20cuidador%20para%20cada%20,%2C%20ou%20fra%C3%A7%C3%A3o%2C%20por%20turno](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html#:~:text=a)%20Grau%20de%20Depend%C3%Aancia%201%3A%20um%20cuidador%20para%20cada%20,%2C%20ou%20fra%C3%A7%C3%A3o%2C%20por%20turno).

Ministério da Saúde (2014) Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf)

Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Diretoria Colegiada (2021) Resolução RDC Nº 502, Diário Oficial da União, Edição 101, Seção 1, Pág. 110. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021-323003775>

Minosso, Jéssica Sponton Moura et al. (2010) Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paulista de Enfermagem [online]*. V. 23, n. 2, pp. 218-223. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>>. Epub 26 Maio 2010. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>.

Montgomery RJV & Hooyman NR. (1985). Caregiving and the experience of subjective burden. *Fam Relations*, 1, 151-158.

Moscoso, M.A., Marques, R.C.G., Ribeiz, S.R.I., Santos, L., Bezerra, D.M., Filho, W.J., Nitri, R. & Bottino, C.M.C. (2007) Profile of caregivers of Alzheimer's disease patients attended at a reference center for cognitive disorders. *Dementia & Neuropsychologia*, 1(4), 412-417. <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-57642008DN10400015>

Mota, Miriane Da Silva, Pacheco, Edildete Sene, Pita, Bartolomeu Da Rocha, Sepulveda, Geysa Soares, Ferreira, Eilen Tainá Matos, Santos, Francelly Carvalho, Souza, Camila Hanna De, Cardoso, Jádriel Marinho, Machado & Ana Larissa Gomes. (2020) *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. Vol.31,n.2,pp.113-116 Openly accessible at <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>

Nascimento, E. (2004). *WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos - manual para administração e avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Nava, Irma E. Medrano, Lázaro, Julio C. Flores, & Alba, Ana G. Canseco. (2010). Relación entre flexibilidad mental (desempeño en WCST) e inteligencia en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Neuropsicología Latinoamericana*, 2(2), 20-26. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2075-94792010000200003&lng=pt&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792010000200003&lng=pt&tlng=es).

Norton, M. C., Smith, K. R., Østbye, T., Tschanz, J. T., Corcoran, C., Schwartz, S., Piercy, K. W., Rabins, P. v, Steffens, D. C., Skoog, I., Breitner, J. C. S., Welsh-Bohmer, K. A., & Cache County Investigators. (2010). Greater risk of dementia when spouse has dementia? The Cache County study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(5), 895–900. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02806.x>. Increased

Oken, Barry; Fonareva, Irina & Wahbeh, Helané. (2011) Stress-related cognitive dysfunction in dementia caregivers. *J Geriatr Psychiatry Neurol* December ; 24(4): 191–198. doi:10.1177/0891988711422524.

Oldenkamp, M., Hagedoorn, M., Slaets, J., Stolk, R., Wittek, R. & Smidt, N. (2016) Subjective burden among spousal and adult-child informal caregivers of older adults: results from a longitudinal cohort study. *BMC Geriatrics*, 16, 208. doi: 10.1186/s12877-016-0387-y

OLIVEIRA, A. S. (2019). Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, [S. l.], v. 15, n. 32, p. 69–79. DOI:

10.14393/Hygeia153248614. Disponível em:  
<https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>.

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International psychogeriatrics*, 19(1), 103–114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>

Palma, K. A. X. A., Balardin, J. B., Vedana, G., de Lima Argimon, I. I., Luz, C., Schröder, N., Quevedo, J., & Bromberg, E. (2011). Emotional memory deficit and its psychophysiological correlate in family caregivers of patients with dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 25(3), 262–268. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e318209e453>

Paradela, Emylucy Martins Paiva, Lourenço, Roberto Alves e Veras, Renato Peixoto Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública* [online]. 2005, v. 39, n. 6, pp. 918-923. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>>. Epub 12 Dez 2005. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>.

Paredes, A. Morlett, Perrin, P. B., Peralta, S. v, Stolfi, M. E., Morelli, E., & Arango-Lasprilla, J. C. (2017). Structural equation model linking dementia cognitive functioning, caregiver mental health, burden, and quality of informal care in Argentina. *Dementia (London, England)*, 16(6), 766–779. <https://doi.org/10.1177/1471301215617080>

Paschoalini, Bruna, Oliveira, Mônica Martins, Frigério, Michele Cândida, Dias, Ana Luiza Ribeiro Pereira, & Santos, Flávia Heloísa dos. (2008). Efeitos cognitivos e emocionais do estresse ocupacional em profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 487-492. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300017>

Paula, Jully Greyce Freitas de et al. (2020) Correlação entre independência funcional e risco de quedas em idosos de três instituições de longa permanência\*  
 \* Extraído da dissertação: “Análise da correlação entre a independência funcional e o risco de quedas em idosos institucionalizados”, Universidade do Estado do Pará, 2018. *Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]*. V. 54, e3601. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018054103601>>. Epub 07 Set 2020. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018054103601>.

Paulo, Débora Lee Vianna, & Yassuda, Mônica Sanches. (2010). Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(1), 23-26. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000100005>

Pavarini, Sofia Cristina Iost, Brigola, Allan Gustavo, Ottaviani, Ana Carolina, Luchesi, Bruna Moretti, Souza, Érica Nestor, Rossetti, Estefani Serafim, Morales, Herick Fernando, Terassi, Marélli, Oliveira, Nathalia Alves, Manzine, Patrícia Regina & Neto, Roberto Fernandes Tavares. (2018). Factors associated with cognitive performance in elderly caregivers. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online]*. v. 76, n. 10, pp. 685-691. Available from: <<https://doi.org/10.1590/0004-282X20180101>>. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20180101>.

Pedraza-Linares, Olga Lucía, Cedeño-Izquierdo, María Isabel, Sarmiento-Borda, Lyda Carolina, Santamaría-Ávila, Luz Adriana, González-Arteaga, José Javier, Salazar-Montes, Ana María, Montalvo-Villegas, María Camila, Lozano-Ruiz,

Ángela Gisselle, Camacho-Bermúdez, Isis Norella, Castillo-Homez, Pablo César, Grimaldo-Lizarazo, Katherine, Piñeros-Perilla, César Arcadio, & Sierra-Matamoros, Fabio Alexander. (2019). Progresión del deterioro cognitivo y su relación con factores de riesgo modificables en una cohorte de adultos. *Acta Medica Colombiana*, 44(2), 66-74. Retrieved from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482019000200066&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482019000200066&lng=en&tlng=es).

Perez TMJ, Abanto AJ & Labarta MJ. (1996). El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demência). *Aten Primaria*, 18, 194-202.

Pertl, M. M., Lawlor, B. A., Robertson, I. H., Walsh, C., & Brennan, S. (2015). Risk of Cognitive and Functional Impairment in Spouses of People With Dementia: Evidence From the Health and Retirement Study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 28(4), 260–271. <https://doi.org/10.1177/0891988715588834>

Pessotti, Carla Fabiana Carletti, Fonseca, Lineu Corrêa, Tedrus, Gloria Maria de Almeida Souza, & Laloni, Diana Tosello. (2018). Family caregivers of elderly with dementia Relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden. *Dementia & Neuropsychologia*, 12(4), 408-414. <https://dx.doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040011>

Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH Jr, Chance JM, Filos S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, v.37, p.323-329.

Poltronieri, Bruno Costa, Souza, Edinilsa Ramos de & Ribeiro, Adalgisa Peixoto. (2019) Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. V. 24, n. 8, pp. 2859-2870. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.25192017>>. Epub 05 Ago 2019. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.25192017>.

Porto, Patrícia, Hermolin, Marcia, & Ventura, Paula. (2002). Alterações neuropsicológicas associadas à depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 4(1), 63-70. Recuperado em 15 de dezembro de 2019, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452002000100007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452002000100007&lng=pt&tlng=pt).

Reichenheim, Michael Eduardo; Paixão Junior, Carlos Montes & Moraes, Cláudia Leite (2009). Reassessing the construct validity of a Brazilian version of the instrument Caregiver Abuse Screen (CASE) used to identify risk of domestic violence against the elderly. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 63, n. 11, p. 878-883.

Reis, Myrna & Nahmiash, Daphne (1995). Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). *Canadian Journal on Aging*, Cambridge, 14 (S2), p. 45-60.

Rezende, I. L. A., de Sousa Romeiro, A. M., Lima, A. P. L., & Sandim, L. S. (2022). Depressão e ansiedade em idosos institucionalizados no interior de Goiás Depression and anxiety in institutionalized elderly people in the interior of Goiás. *Brazilian Journal of Development*, 8(2), 12732-12742.

Ribeiro, Marco Túlio de Freitas, Ferreira, Raquel Conceição, Ferreira, Efigênia Ferreira, Magalhães, Cláudia Silami de, & Moreira, Allyson Nogueira. (2008). Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo

Horizonte, MG. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1285-1292. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400025>

Rueda, F. J. M. (2013). *Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção – BPA*. São Paulo: Vetor.

Salgado, João Vinícius, Malloy-Diniz, Leandro Fernandes, Abrantes, Suzana Silva Costa, Moreira, Lafaiete, Schlottfeldt, Carlos Guilherme, Guimarães, Wanderlane, Freitas, Djeane Marcelly Ugoline, Oliveira, Juliana, & Fuentes, Daniel. (2011). Applicability of the Rey Auditory-Verbal Learning Test to an adult sample in Brazil. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33(3), 234-237. Epub March 18, 2011. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462011005000007>

Sanchez M.A.S, Correa P.C.R, Lourenço R.A. (2011). Cross-cultural Adaptation of the "Functional Activities Questionnaire - FAQ" for use in Brazil. *Dementia Neuropsychologia*, v. 5, p.322-327.

Santos LF, Santos LO, Sousa LCA. (2021) Análise da qualidade de vida de idosos institucionalizados no Brasil. *Rev Bras Interdiscip Saúde - ReBIS*; 3(4):10-21.

Santos, Darci Neves, Borges, Ana Patrícia V., Pereira, Paula Sanders, Chalhub, Anderson Almeida, Happé, Francesca, Silva, Rita C. Ribeiro, Assis, Ana Marlúcia O., Blanton, Ronald E., Parraga, Isabel M., Reis, Mitermayer G., Filho, Naomar M. Almeida & Barreto, Maurício L. (2002) Epidemiologia do desenvolvimento cognitivo de escolares em Jequié, Bahia, Brasil: procedimentos de avaliação e resultados gerais. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. v. 18, n. 3, pp. 723-733. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000300016>>. Epub 02 Out 2002. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000300016>.

Santos, R.L., Souza, M.F.B., Simões-Neto, J.P., Nogueira, M.L., Belfort, T.T., Torres, B., Dourado, M.C.N. (2014) Caregivers' quality of life in mild and moderate Dementia. *Arq Neuropsiquiatr*, 72(12), 931-937. doi: 10.1590/0004-282X20140155.

Scazufca Marcia (2002). Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr*. 24(1):12-7. doi: 10.1590/S1516-44462002000100006

Sedó M, de Paula JJ & Malloy-Diniz LF. (2015). *O Teste dos Cinco Dígitos*. São Paulo: Hogrefe.

Sedó M. (2007). *Test de Los Cinco Dígitos*. Madrid: TEA Ediciones.

Silva, M.P., & Falcão, D.V.da S. (2014, setembro). Cuidar de Idosos numa ILPI na Perspectiva de Cuidadoras Formais. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(3), pp.111-131. ISSN 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Silva, Rosane Seeger da et al. (2019) Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [online]*. V. 27, n. 2, pp. 345-356. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1590>>. Epub 06 Maio 2019. ISSN 2526-8910. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1590>.

Souza, L.R., Hanus, J.S., Libera, L.B.D., Silva, V.M., Mangilli, E.M., Simões, P.W., Tuon, L. (2015) Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, 23 (2), 140-149. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>.

Spreeen, O.; Strauss, E. (1998). *A Compendium of Neuropsychological Tests: Administration, Norms, and Commentary*. 2 ed. New York: Oxford University Press.

Taub, A., Andreoli, S.B. & Bertolucci, P.H. (2004) Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2), 372-376. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200004>

Teixeira-Fabício, Aline, Lima-Silva, Thaís Bento, Kissaki, Priscilla Tiemi, Vieira, Marcela Guidetti, Ordonez, Tiago Nascimento, Oliveira, Thalita Bianchi, Aramaki, Flávia Ogava, Souza, Patrícia Ferreira & Yassuda, Mônica Sanches (2012). Treino cognitivo em adultos maduros e idosos: impacto de estratégias segundo faixas de escolaridade. *Psico-USF [online]*. v. 17, n. 1, pp. 85-95. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-82712012000100010>>. Epub 28 Maio 2012. ISSN 2175-3563. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712012000100010>

The Psychological Corporation. (1999) *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.

The Whoqol Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science Medicine*. 46(12):1569-85.

Torres de Medeiros Alves, Amanda Karolina, Esmeraldo, Candice Alves, de Carvalho Costa, Mariela Samantha, Padilha Honório, Mônica Larissa, Medeiros de Araújo Nunes, Vilani, de Freitas, Anna Alice Lessa, Fernandes Pimenta, Isac Davidson Santiago, Machado Bezerra, Isaac Newton, & Piuvezam, Grasiela. (2018). Ações desenvolvidas por cuidadores de idosos institucionalizados no Brasil. *Avances en Enfermería*, 36(3), 273-282. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.67355>

Trentini, C.M.; Yates, D.B.; Heck, V.S. (2014) *WASI - Escala Wechsler Abreviada de Inteligência - manual para administração e avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Veras, R. & Lourenço, R. (2006) Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro: *UnATI/UERJ*.

Vicente, Filomena et al. (2014). Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]*. V. 63, n. 4, pp. 308-316. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0047-2085000000039>>. ISSN 0047-2085. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000039>.

Vitaliano, P. P., Zhang, J., Young, H. M., Caswell, L. W., Scanlan, J. M., & Echeverria, D. (2009). Depressed mood mediates decline in cognitive processing speed in caregivers. *Gerontologist*, 49(1), 12–22. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp004>

Vitaliano, Peter P., Murphy, Michael, Young, Heather M., Echeverria, Diana & Borson, Soo (2011) Does Caring for a Spouse with Dementia Promote Cognitive Decline? A Hypothesis and Proposed Mechanisms. *JAGS* 59:900–908, 201. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03368.x

WAIS III - Escala de inteligência Wechsler para adultos - Kit Completo. (2020) Pearson Clinical. Disponível em:< <https://www.pearsonclinical.com.br/wais-iii-escala-deinteligencia-wechsler-para-adultos.htm>

Weschler, D. (1997). *WAIS-III: Wechsler Adult Intelligence Scale-III*. 3 ed. Nova York: Psychological Corporation.

Wong, L. L. R. & Carvalho, J. A. (2006) O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 23 (1), 5-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982006000100002>.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983;17(1):37-49.

Zarit SH & Zarit JM. (1987) *The memory and behavior problems checklist and the burden interview (technical report)*. University Park: Pennsylvania State University.

Zwingmann, I., Hoffmann, W., Michalowsky, B., Dreier-Wolfgramm, A., Hertel, J., Wucherer, D., Eichler, T., Kilimann, I., Thiel, F., Teipel, S., & Thyrian, J. R. (2018). Supporting family dementia caregivers: testing the efficacy of dementia care management on multifaceted caregivers' burden. *Aging & Mental Health*, 22(7), 889–896. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1399341>

## 6 Anexos

Anexo I - Termo de consentimento livre e esclarecido do idoso:

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Idoso

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado “Impacto da sobrecarga do cuidador na cognição de cuidadores”, conduzida por Verônica Carvalho de Araujo. Este estudo tem por objetivo traçar um perfil neuropsicológico e funcional de pessoas que exercem, formal e informalmente, a função de cuidador. Avaliar o nível de sobrecarga a que esses cuidadores estão expostos, bem como sua qualidade de vida e presença de sintomas de doenças psiquiátricas como depressão e ansiedade. Verificar se fatores como a sobrecarga, qualidade de vida, depressão e ansiedade causam impacto no funcionamento cognitivo de cuidadores, podendo ser fator de risco para doenças neurodegenerativas no futuro.

Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual breve e outra entrevista com duração de aproximadamente 1 hora, para serem coletados dados através da aplicação de testes e escalas, que serão usados apenas com finalidade científica. Além disso, o(a) cuidador(a) responsável por seus cuidados também será avaliado(a) através de uma bateria de testagem cognitiva mais abrangente. Os resultados obtidos serão sempre apresentados como um todo, sem revelar sua identidade ou qualquer informação que esteja relacionada à sua privacidade e a do(a) cuidador(a) avaliado(a).

A sua participação é voluntária, assim como do(a) cuidador(a), estando você e ele(a) livres para fazer as perguntas que julgarem necessárias. Vocês têm o direito de não participar deste estudo, podendo desistir a qualquer momento. A recusa em participar do estudo não acarretará nenhuma consequência para vocês, não sofrerão qualquer penalização ou constrangimento pela decisão tomada.

Considera-se que nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua saúde, bem como do(a) cuidador(a). No entanto, riscos relacionados a constrangimentos ou desconfortos com as questões investigadas podem ocorrer. Neste caso, você receberá encaminhamento para atendimento psicoterapêutico no Serviço de Psicologia Aplicada da PUC-Rio. Algumas perguntas podem ser consideradas muito pessoais, caso ocorra, você poderá escolher não responder.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Sua entrevista ajudará a compreender melhor o perfil dos cuidadores, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo, você fornecerá mais informações sobre o funcionamento cognitivo e fatores que geram danos a esses familiares ou profissionais, que são de grande relevância para melhorar o entendimento que temos desta parcela da população e para fins acadêmicos e científicos.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Como foi dito acima, seu nome não aparecerá em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado, utilizando as informações somente para fins científicos. Os materiais utilizados neste estudo serão arquivados por período mínimo de 5 anos, em posse da pesquisadora Verônica Carvalho de Araujo.

Esta pesquisa possui vínculo com a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro através do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sendo Verônica Carvalho de Araujo a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Helenice Charchat-Fichman.

Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate a Prof<sup>a</sup> Helenice Charchat-Fichman no telefone (21) 99219-1293 / (21) 3527-2286 ou e-mail [hclichman@puc-rio.com](mailto:hclichman@puc-rio.com). Este termo possui duas vias, uma ficará com o pesquisador(a) e a outra ficará com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contatar, em caso de necessidade.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar deste estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

Assinatura  
(Pesquisador): \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Anexo II – Termo de consentimento livre e esclarecido do cuidador:

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO



## Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Cuidador

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), do estudo intitulado “Impacto da sobrecarga do cuidador na cognição de cuidadores”, conduzida por Verônica Carvalho de Araujo. Este estudo tem por objetivo traçar um perfil neuropsicológico e funcional de pessoas que exercem, formal e informalmente, a função de cuidador. Avaliar o nível de sobrecarga a que esses cuidadores estão expostos, bem como sua qualidade de vida e presença de sintomas de doenças psiquiátricas como depressão e ansiedade. Verificar se fatores como a sobrecarga, qualidade de vida, depressão e ansiedade causam impacto no funcionamento cognitivo de cuidadores, podendo ser fator de risco para doenças neurodegenerativas no futuro.

Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual, com duração de aproximadamente 2 horas, para serem coletados dados através da aplicação de testes e escalas, que serão usados apenas com finalidade científica. Além disso, o(a) idoso(a) que recebe os seus cuidados também será avaliado(a) através de uma bateria reduzida de testagem cognitiva. Os resultados obtidos serão sempre apresentados como um todo, sem revelar sua identidade ou qualquer informação que esteja relacionada à sua privacidade e a do(a) idoso(a) avaliado(a).

A sua participação é voluntária, assim como do(a) idoso(a), estando você e ele(a) livres para fazer as perguntas que julgarem necessárias. Vocês têm o direito de não participar deste estudo, podendo desistir a qualquer momento. A recusa em participar do estudo não acarretará nenhuma consequência para vocês, não sofrerão qualquer penalização ou constrangimento pela decisão tomada.

Considera-se que nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua saúde, bem como do(a) idoso(a). No entanto, riscos relacionados a constrangimentos ou desconfortos com as questões investigadas podem ocorrer. Neste caso, você receberá encaminhamento para atendimento psicoterapêutico no Serviço de Psicologia Aplicada da PUC-Rio. Algumas perguntas podem ser consideradas muito pessoais, caso ocorra, você poderá escolher não responder.

Sua entrevista ajudará a compreender melhor o perfil dos cuidadores, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo, você fornecerá mais informações sobre o funcionamento cognitivo e fatores que

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

geram danos a esses familiares ou profissionais, que são de grande relevância para melhorar o entendimento que temos desta parcela da população e para fins acadêmicos e científicos.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Como foi dito acima, seu nome não aparecerá em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado, utilizando as informações somente para fins científicos. Os materiais utilizados neste estudo serão arquivados por período mínimo de 5 anos, em posse da pesquisadora Verônica Carvalho de Araujo.

Esta pesquisa possui vínculo com a Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro através do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, sendo Verônica Carvalho de Araujo a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof<sup>ª</sup> Helenice Charchat-Fichman.

Os investigadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate a Prof<sup>ª</sup> Helenice Charchat-Fichman no telefone (21) 99219-1293 / (21) 3527-2286 ou e-mail [hclichman@puc-rio.com](mailto:hclichman@puc-rio.com). Este termo possui duas vias, uma ficará com o pesquisador(a) e a outra ficará com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contatar, em caso de necessidade.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, de 10h às 12h e 14h às 16h.

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar deste estudo.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

Assinatura  
(Pesquisador): \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_