UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MATEUS DE CARVALHO MACIEL

AMBULATÓRIO PARA CUIDADORES DE IDOSOS: AÇÕES PARA A QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES SENESCENTES

SÃO PAULO
2021

MATEUS DE CARVALHO MACIEL

AMBULATÓRIO PARA CUIDADORES DE IDOSOS: AÇÕES PARA A QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES SENESCENTES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Profª. Draª. Suely Itsuko Ciosak

São Paulo

2021

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:_____ Data ___/___/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Maciel, Mateus de Carvalho
Ambulatório Para Cuidadores de Idosos: Ações para a qualidade de vida de cuidadores senescentes. / Mateus de Carvalho Maciel. – São Paulo, 2021. 87p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Draº Suely Itsuko Ciosak

1. Cuidadores 2. Qualidade de Vida. 3.Idoso. 4. Enfermagem Geriátrica.

Nome: Mateus de Carvalho Maciel

Título: Ambulatório para Cuidadores de Idosos: Ações para a qualidade de vida de cuidadores senescentes.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:___/___/___

Banca Examinadora

Orientadora: Profª. Draª. _____

Instituição:_____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

Prof. Dr. _____ Instituição:_____

Julgamento:_____ Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

À Deus, por me dar forças e sabedoria para seguir minha caminhada.

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Suely Itsuko Ciosak que se prontificou a orientar este trabalho, pela sua amizade e paciência agradeço de coração.

Aos meus pais, Angela Maciel e Paulo Maciel, por todo o esforço realizado em suas vidas para tornar esse momento possível, por todo apoio e amor incondicional.

À minha irmã, Marcella Maciel, pelo carinho, apoio e confiança.

Ao Lucas Oliveira que compartilha minhas angústias, alegrias e tristezas do dia a dia.

À minha tia Vera Lucia de Carvalho pelo carinho e ajuda sempre que necessário.

Às professora Naira Dutra Lemos e Regina Elena Galetti pela confiança, apoio, troca de conhecimentos e amizade.

Às professoras da Faculdade de Medicina de Marília, Maria José Sanches Marin e Márcia Renata Rodrigues, pela ajuda e amizade durante minha graduação e por me apresentarem à gerontologia, área que sigo com tanta dedicação e carinho.

Ao Sansão, meu amigo de quatro patas, que com seu carinho e amizade me transmite uma positividade revigorante para conseguir seguir em frente.

Às minhas amigas Pollyanna Biagini e Karina Reis pelo carinho mesmo que distantes.

À minha amiga Naira Mansano, pelo carinho, parceria e torcida.

À minha amiga Luciana Mitsue Sakano Niwa que me oportunizou conhecer minha orientadora e viabilizar a realização desse projeto, sempre disposta a ajudar quando necessário.

À minha amiga e futura enfermeira Daiane Cristina que muito me ajudou na fase de coleta dos dados.

Aos meus amigos da UBS Vila Arapuá, pela torcida e apoio, em especial a minha equipe de enfermagem: Daniel, Elisabete, Francisco, Laura, Lucas, Maria Ivonete, Renan e Samara. Às minhas amigas enfermeiras Érika Soares e Flavia Andrade, ao meu amigo enfermeiro Oziel Lopes e a gestora da unidade Rosemeire Almeida. Meus sinceros agradecimentos pelo apoio e torcida.

Aos pacientes do Ambulatório para Cuidadores de Idosos da UNIFESP, pela confiança e disponibilidade para participação deste estudo.

A todos os funcionários, residentes e colaboradores da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo, que dedicam seu tempo e conhecimento para atender com excelência os idosos de nossa comunidade.

Acreditar não significa estar livre de momentos difíceis, mas ter a força para os enfrentar sabendo que não estamos sozinhos.

(Papa Francisco, 2015)

Maciel, MC. Ambulatório para Cuidadores de Idosos: Ações para a qualidade de vida de cuidadores senescentes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2021.

RESUMO

A figura do cuidador senescente é cada vez mais frequente em nossa realidade e os serviços de saúde voltados para manutenção de uma boa qualidade de vida a eles, embora essenciais, são escassos. Foram objetivos do estudo: avaliar a Qualidade de Vida e a percepção de sobrecarga de cuidadores senescente que frequentam um Ambulatório para Cuidadores de Idosos. Estudo de natureza quantitativa, transversal, prospectivo, descritivo e exploratório. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e março de 2020 num ambulatório de Cuidadores de idosos no Município de São Paulo, com 33 cuidadores senescentes. Para entender a dinâmica do cuidado, foi importante caracterizar também, os idosos cuidados. Foram utilizados, além de instrumentos com dados de caracterização dos cuidadores e dos idosos cuidados, as escalas de Katz, Zarit Burden Interview e SF-36. Para análise dos dados foi utilizado o programa SPSS versão 20. Foi aplicado o coeficiente de correlação de Spearman e adotado um nível de significância de 5% (p valor < 0,05). Os resultados mostram que 72,7% dos idosos cuidados tem mais de 80 anos, 63,6% são do sexo feminino, 57,6% viúvos, 69,7% possuíam algum tipo de doença neurológica, 93,9% tinham pelo menos um filho, 90,9% eram aposentados, 84,8% viviam em casa própria, sendo que 93,9% tinham dois ou mais moradores. Nesta população o maior índice de dependência foi o controle da continência (72,7%) e o menor para alimentação (39,4%). Quanto ao cuidador senescente 75,7% tinham entre 60 e 69 anos e todos eram escolarizados. A figura feminina (esposa e filha) foi a mais prevalente (87,9%); 78,8% eram aposentados, 90,9% prestavam cuidados 24hs e 97% sete dias por semana; 36,4% se dedicavam ao cuidado há mais de 10 anos e 63,6% frequentavam o ambulatório há mais de um ano, sendo que para 97% ele proporcionou muita ajuda em seu cotidiano e para 87,9% contribuiu para o manejo dos problemas de saúde. Quanto a qualidade de vida evidenciamos os melhores escores nas dimensões de saúde mental (64,38) e estado geral de saúde (62,09), os piores nos aspectos físicos (34,09) e emocionais (38,33). Encontramos correlação inversamente proporcional entre a sobrecarga referida e a qualidade de vida do cuidador senescente, sendo os aspectos físicos, dor e emocional

apresentaram r>-0,5. Evidenciamos correlação proporcional entre a qualidade de vida do cuidador senescente na dimensão de aspecto físico com a dependência do idoso cuidado nos itens banhar-se, vestir-se e alimentar-se (r>0,4); entre a dimensão de aspecto emocional com banhar-se (r0,409) e entre a dimensão dor com a continência (r 0,417). Não encontramos correlações entre o tempo de inclusão no ambulatório com a sensação de sobrecarga e com os domínios do SF 36. Dos que frequentam o ambulatório há mais de um ano 76% não apresentaram piora na autopercepção de saúde comparada ao ano anterior e todos os que referiram melhora, pertenciam ao grupo que está em acompanhamento há mais tempo. Esperamos que esta experiência do Ambulatório de Cuidadores possa inspirar iniciativas para criação de outros serviços, buscando atender as necessidades do cuidador senescente, principalmente no autocuidado.

Palavras-Chave: 1. Cuidadores. 2. Qualidade de Vida. 3.Idoso. 4. Enfermagem Geriátrica.

Maciel, MC. Ambulatory for Elderly Caregivers: Actions for the quality of life of senescent caregivers [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2021.

ABSTRACT

The figure of the senescent caregiver is more and more frequent in our reality and health services aimed at maintaining a good quality of life for them, although essential, are scarce. The objectives of the study were: to assess the Quality of Life and the perceived burden of senescent caregivers who attend an Ambulatory of Elderly Caregivers. Quantitative, cross-sectional, prospective, descriptive, and exploratory study. Data collection took place between January and March 2020 at an outpatient caregiver in the city of São Paulo, with 33 senescent caregivers. To understand the dynamics of care, it was important to also characterize the elderly cared for. In addition to instruments with characterization for elderly cared and elderly caregivers, the Katz, Zarit Burden Interview and SF-36 scales were used. For data analysis, the SPSS version 20 program was used. Spearman's correlation coefficient was applied and a significance level of 5% was adopted (p value <0.05). The results show that 72.7% of the elderly cared for elderly caregivers are over 80 years old, 63.6% are female, 57.6% widowed, 69.7% had some type of neurological disease, 93.9% had at least one son, 90.9% were retired, 84.8% lived in their own home, and 93.9% had two or more residents. The highest dependency index was the control of continence (72.7%) and the lowest for food (39.4%). As for the senescent caregiver, 75.7% were between 60 and 69 years old and all were schooled. The female figure (wife and daughter) was the most prevalent (87.9%); 78.8% were retired, 90.9% provided care 24 hours and 97% seven days a week; 36.4% dedicated themselves to care for more than 10 years and 63.6% attended the clinic for over a year. For 97% this place help in their daily lives and for 87.9% it contributed to the management of health problems. As for the quality of life, best scores are in the dimensions of mental health (64.38) and general health status (62.09), the worst in physical (34.09) and emotional aspects (38.33). We found a inversely proportional correlation between the referred burden and the senescent caregiver's quality of life, with the physical, pain and emotional aspects (r>-0.5) and a proportional correlation between the quality of life of the senescent caregiver in the

dimension of physical aspect with the dependence of the elderly cared on the items to bathe, dress and eat (r>0.4); between the dimension of emotional aspect with bathing (r0.409) and between the dimension of pain with continence (r0.417). We did not find any correlation between the time of inclusion in the ambulatory with the feeling of being overwhelmed and with the SF-36 domains. Of those who have accompanied for more than a year, 76% did not show a worsening of their self-perceived health compared to the previous year, and all those who reported improvement, had been followed for a longer time. We hope that this experience at the Ambulatory for Elderly Caregivers can inspire initiatives to create other services, seeking to meet the needs of senescent caregivers, especially in self-care.

Keywords: 1. Caregivers. 2. Quality of Life. 3. Elderly. 4. Geriatric Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos cuidadores senescentes de acordo com a percepção do estado de saúde comparado a um ano e o tempo de acompanhamento pelo ambulatório de cuidadores 28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	**-**	Distribuição dos idosos cuidados segundo dados sociodemográficos, São Paulo - SP, 2021	19
Tabela 2	**-**	Distribuição dos idosos cuidados segundo dados socioeconômicos, São Paulo - SP, 2021	20
Tabela 3	**-**	Distribuição dos idosos cuidados segundo antecedentes prévios de saúde referidos pelo cuidador, São Paulo - SP, 2021	20
Tabela 4	**-**	Distribuição dos idosos cuidados segundo índice de Katz, São Paulo - SP, 2021	21
Tabela 5	**-**	Distribuição dos cuidadores senescentes segundo dados sociodemográficos, São Paulo - SP, 2021	22
Tabela 6	**-**	Distribuição dos cuidadores senescentes segundo dados socioeconômicos, São Paulo - SP, 2021	23
Tabela 7	**-**	Distribuição dos cuidadores senescentes segundo tempo de cuidado, utilização dos serviços de saúde e comorbidades. São Paulo - SP, 2021	24
Tabela 8	**-**	Distribuição dos cuidadores senescentes segundo a escala Zarit Burden Interview, São Paulo - SP, 2021	25
Tabela 9	**-**	Distribuição dos cuidadores senescentes segundo score da escala SF-36. São Paulo – SP, 2021	25
Tabela 10	**-**	Distribuição dos cuidadores senescentes segundo a avaliação do estado de saúde atual comparado a um ano pela escala SF36, São Paulo - SP, 2021	26
Tabela 11	**-**	Análise de correlação entre os escores das dimensões do SF-36 e da escala ZBI dos cuidadores senescentes. São Paulo - SP, 2021	26
Tabela 12	**-**	Análise de Correlação entre os escores das dimensões do SF-36 dos cuidadores senescentes e escores do índice de KATZ dos idosos cuidados. São Paulo - SP, 2021	27

LISTA DE SIGLAS

AC	AMBULATÓRIO PARA CUIDADORES
AIVD	ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA
AVD	ATIVIDADE DE VIDA DIÁRIA
CS	CUIDADOR(ES) SENESCENTE(S)
EEUSP	ESCOLA DE ENFERMAGEM UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FAMEMA	FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
IC	IDOSO(S) CUIDADO(S)
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
PNI	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO
QV	QUALIDADE DE VIDA
SF-36	SHORT FORM HEALTH SURVEY-36
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIFESP	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ZBI	ZARIT BURDEN INTERVIEW

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO 1

1.1 O Envelhecimento e a dependência funcional 1

‘

1.3 Sobrecarga e qualidade de vida do cuidador 4

1.4 Suporte ao cuidador familiar senescente 6

OBJETIVOS 8

2.1 Objetivo Geral 8

2.2 Objetivos específicos 8

3. REFERENCIAL TEÓRICO 9

4. METODOLOGIA 11

4.1 Tipo de estudo: 11

4.2 Cenário do estudo: 11

4.3 Sujeitos do estudo: 12

4.4 Instrumento de Coleta de dados: 13

4.5 Coleta de Dados: 15

4.6 Aspectos éticos 16

4.7 Análise dos dados: 16

5. RESULTADOS 18

5.1 Idosos cuidados 18

5.2 Cuidadores Senescentes 21

6. DISCUSSÃO 29

7.0 CONCLUSÃO 39

8.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS 41

9.0 REFERÊNCIAS 43

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 51

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA DO IDOSO CUIDADO 53

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA DO CUIDADOR FAMILIAR.....54

ANEXO 1 - FICHA DE AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE – KATZ 56

ANEXO 2 - ESCALA DE ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI).....57

ANEXO 3 - THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT FORM HEALTH SURVEY (SF-36) 59

ANEXO 4 - PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36.....62

ANEXO 5 - CÁLCULO DO RAW SCALE (0 A 100) SF-36. 63

ANEXO 6 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 64

Anexo 7 – OFÍCIO COORDENADORIA DE ENSINO E PESQUISA HOSPITAL SÃO PAULO – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIFESP 68

APRESENTAÇÃO

Nasci e cresci na cidade de São Lourenço, estância hidromineral localizada no sul do Estado de Minas Gerais. Durante minha infância e adolescência estive cercado de familiares que atuavam na área de enfermagem, sendo minha mãe, minha maior inspiração. Ver o impacto que a prática de um cuidado humanizado gerava na vida de outras pessoas era algo fascinante, me fazendo optar em ser enfermeiro.

Me mudei para cidade de Marília, interior de São Paulo e me graduei Bacharel em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA).

Na minha graduação me envolvi em um projeto de Vigilância Epidemiológica nos dois primeiros anos até que comecei a conhecer e desenvolver um especial interesse pela área de envelhecimento. Atuei na gestão da Liga de Geriatria e Gerontologia da FAMEMA e com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso direcionado à população idosa sob a orientação da Prof.ª Maria Jose Saches Marin, sendo posteriormente publicado na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia com o título: Caracterização dos problemas relacionados aos pés de idosos de uma comunidade em município do interior do Estado de São Paulo.

Após o término de minha graduação me mudei para cidade de São Paulo, local onde me especializei na modalidade Residência Multiprofissional em Envelhecimento pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Foram dois anos de uma intensa imersão no mundo do envelhecimento, que me oportunizou conhecer a realidade dessa população sobre várias vertentes. Dessa experiência pude desenvolver um projeto de pesquisa com idosos hospitalizados, orientado pela Prof.ª Myrian Najas, publicado pela Revista de divulgação Científica Sena Aires com o título: Fatores precipitantes de delirium em pacientes idosos hospitalizados.

Posteriormente atuei por um ano como enfermeiro assistencial no Centro de Referência ao Idoso da Zona Norte e como preceptor voluntário da Residência Multiprofissional em Envelhecimento pela Disciplina de Geriatria e Gerontologia da UNIFESP.

Após esse período comecei a trabalhar no período noturno em um Hospital de Grande porte na cidade de São Bernardo do Campo. Continuei ligado aos assuntos relacionados a temática de envelhecimento e após um convite recebido da Associação

Brasileira de Enfermagem de São Paulo (ABEN-SP), participei da reunião de criação e implementação do Departamento de Enfermagem Gerontológica da ABEN-SP, fazendo parte da coordenação do mesmo, e neste departamento, tive a oportunidade de conhecer Luciana Niwa, que tem uma grande atuação na área de envelhecimento em São Paulo e convidado por ela, a participar do grupo de pesquisa “A senescência e a senilidade: desafios no cuidar em saúde” do Departamento de Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), local onde conheci minha atual orientadora Prof.ª Suely Itsuko Ciosak que me oportunizou entrar para o programa de Mestrado Acadêmico e desenvolver este projeto.

Acredito que os contextos em que o envelhecimento se desenvolve são os mais diferentes possíveis, no entanto, é claro como essa realidade está cada vez mais presente em nosso cotidiano. Em minha prática evidenciei diversas histórias de pedido de ajuda devido à falta de preparo que os familiares apresentavam perante a necessidade de cuidados a um ente querido.

No âmbito hospitalar, as configurações familiares se revelavam como um fator primordial para uma alta bem-sucedida. As orientações fornecidas durante as internações, serviam como instrumentalização para uma nova realidade para aquela família. Diversas vezes, me deparei com pessoas emocionalmente abaladas e com a saúde comprometida, mas que estavam ali, na posição daquele que iria prestar os cuidados e percebia que a função do profissional de saúde naquele momento, se voltava somente à instrumentalização daquela pessoa frente as necessidades de cuidado do paciente que estava para receber alta.

A partir dessas observações, veio a indagação sobre como era realizado e praticado o cuidado e autocuidado daquelas pessoas que se apresentavam na condição de cuidador, principalmente quando já idosas e se os serviços de saúde, levavam em conta sua realidade de cuidados e suas necessidades.

Atualmente trabalho em uma Unidade Básica de Saúde, na região Sudeste de São Paulo, onde tenho visto outras faces das necessidades voltadas aos idosos em meio aos desafios impostos pela pandemia de COVID-19, tendo em vista a prioridade de vacinação dessa população devido sua maior vulnerabilidade.

1. INTRODUÇÃO

1.1 O Envelhecimento e a dependência funcional

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial facilmente observado em nosso cotidiano e pode ser entendido como um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea.

O censo realizado no Brasil em 2010 aponta uma população de 191,7 milhões de habitantes. Destes, quase 20,6 milhões (10,8%) tem 60 anos e mais (IBGE, 2011), existe a estimativa indicando que no ano de 2040 esse número passará de 54 milhões, representando aproximadamente 23,4% de toda a população, sendo esse expressivo aumento relacionado a fatores como a queda das taxas de fecundidade, de mortalidade infantil e de mortalidade nas idades mais avançadas (Miranda, Mendes, Silva, 2017).

Com o rápido crescimento demográfico da população com 60 anos e mais, as doenças crônicas não transmissíveis assumem um papel crucial no contexto de vida do idoso, acarretando significativas repercussões negativas em sua capacidade funcional (Porciúncula et al., 2014) mostrando dessa forma, que os anos acrescidos a vida podem ser marcados por limitações, dependência e sofrimento.

O processo de dependência ocorre de forma heterogênea e pode ser multifatorial, sendo importante destacar que mesmo pessoas que sempre foram ativas e independentes passam pelo seguimento contínuo do envelhecimento fisiológico, com suas perdas funcionais inerentes e esse processo se denomina, senescência. Somado a isso, ainda temos o idoso que devido a condições adversas apresentadas no decorrer de sua vida, como doenças, acidentes e estresse emocional, acaba por desenvolver uma condição patológica de envelhecimento, denominada senilidade (Brasil, 2006a), que repercute em sua capacidade funcional.

A dependência funcional pode ser definida como a incapacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma (Gordilho et al., 2000). O idoso dependente apresenta necessidade de cuidados até então dispensáveis. Habitualmente os déficits se iniciam por tarefas consideradas mais complexas, como ir ao supermercado, pagar contas, manipular dinheiro e utilizar o telefone, por exemplo. O estímulo para manutenção dessas atividades deve ser

contínuo, à afim de se preservar ao máximo sua autonomia. Com a progressão da perda de funcionalidade, tarefas básicas como se alimentar, se vestir e utilizar o banheiro, antes tidas como habituais e corriqueiras, começam a demandar atenção e, por vezes, se constituem em risco ao serem desempenhadas sozinhas, sem nenhum tipo de supervisão ou ajuda.

A independência funcional, pode ser vista como um marcador do envelhecimento considerado bem sucedido e devido a sua importância, foram desenvolvidos instrumentos que nos permitem mensurá-la, como a escala de Katz que é direcionada a avaliar questões de autocuidado, as consideradas atividades de vida diária (AVDs), como vestir-se, alimentar-se, tomar banho, realizar a própria higiene pessoal, possuir o controle da continência fecal e urinária e realizar sua própria transferência (Katz et al., 1963). Quanto mais dificuldades uma pessoa tem em realizar suas AVDs, maior será sua incapacidade e em consequência, demandará mais cuidados.

Para as tarefas mais adaptativas ou necessárias para uma vida comunitária mais independente, utiliza-se a escala desenvolvida por Lawton e Brody (1969), que avaliam as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), como, por exemplo, fazer compras, utilizar o telefone, manipular dinheiro, preparar uma refeição.

A prevalência de dependência funcional é variada, como mostra um estudo realizado em uma unidade de saúde da família do Município de Vitória- ES, onde avaliaram 178 idosos, destes 48% foram classificados como dependentes funcionais (Pampolim et al., 2017), já em Ribeirão Preto, dos 574 idosos avaliados, apenas 15,7% foram identificados como dependentes (Gratão, 2013), que levam a induzir que as formas de envelhecer se desenvolvem em diferentes contextos, sendo este um processo único e heterogênico.

Segundo o Ministério da Saúde - MS (2006), a dependência para o desempenho das AVDs tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos, para cerca de 50% entre os com 90 anos ou mais, além disso, existe uma relação entre dependência e as doenças crônicas não degenerativas (Alves et al., 2007). Levando-se em conta que a população idosa tem uma maior propensão a manifestar processos patológicos crônicos, espera-se uma repercussão direta em sua funcionalidade e consequente diminuição no seu grau de independência, o que na maioria das vezes, implica na necessidade da presença de um cuidador.

1.2 O Cuidador no Brasil

No Brasil, cerca nove dos 26 milhões de idosos precisam de cuidados contínuos (IBGE, 2013), necessitando, portanto, da figura de uma segunda pessoa, que esteja disponível para suprir as diferentes lacunas para manutenção do autocuidado.

Inicialmente, é importante traçar algumas definições de cuidador, dentre as diversas disponíveis. Para o MS nos Cadernos de Atenção Básica (Brasil, 2006a) é:

> "A pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa".

O cuidador, segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNI (Brasil, 2006b) é definido como:

> "A pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente, no exercício das suas atividades de vida diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicações de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços que requeiram no cotidiano, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem".

Nesta pesquisa, optamos por esta última por considerá-la mais abrangente.

Nunes et al. (2018) apontam que tradicionalmente, os cuidadores eram referidos como "formais" e "informais", sendo que a diferença entre eles consiste que no primeiro grupo, geralmente é contemplado com uma remuneração e capacitação para o desenvolvimento de suas atividades, o que não é observado no segundo que, na maioria das vezes, desenvolve suas atividades devido questões familiares e emocionais, conceitos estes que serão adotadas neste estudo.

A prestação de cuidados pelo cuidador familiar, predominantemente é desempenhada por mulheres que, muitas vezes, cuidam simultaneamente de crianças, adolescentes e idosos, sendo essas configurações influenciadas pelas normas sociais familiares, onde historicamente se estabelece a função de cuidar à figura da mulher (Braz, 2008).

Karsch (2003), com base na literatura internacional aponta para quatro fatores, geralmente observados, na escolha do cuidador do idoso incapacitado: parentesco (cônjuges), gênero (principalmente mulheres), proximidade física (vive junto) e

proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos), além disso a autora destaca que os pressupostos de um modelo estável de família nuclear de que qualquer pessoa pode contar com a disponibilidade de outra para a prestação de cuidados quando necessário, nem sempre são presentes.

Essas novas configurações familiares advindas do desenvolvimento industrial, da inserção da mulher no mercado de trabalho, das separações conjugais e de novos modelos de união matrimonial, impactam significativamente processo de definição da pessoa que assumirá a prestação de cuidados e, embora, os modelos nucleares (casais com filhos) sejam hegemônicos, estes vem apresentando redução, enquanto os arranjos como os de pessoas que vivem sozinhas, dos casais sem filhos, das mulheres sem cônjuge, vem apresentando crescimento na realidade das famílias brasileiras (Teixeira, 2008).

No Brasil a carência das instituições sociais no amparo às pessoas que necessitam de cuidados, faz com que a maior responsabilidade dos cuidados recaia sobre a família, que em muitos casos, devido às condições econômicas, seus integrantes não podem abrir mão de seu trabalho, dificultando o processo de prestação de cuidados (Caldas, 2003) e, em outros casos, ela inexiste, restando ao idoso, utilizar de sua rede de apoio social, quando disponível, para suprir suas necessidades.

Diante desta nova configuração, há necessidade de maior atenção a esta realidade, pois ela pode tornar o processo de escolha do cuidador familiar ainda mais delicado, difícil e conflituoso.

1.3 Sobrecarga e qualidade de vida do cuidador

São diversas as atribuições voltadas ao cuidador e englobam vários níveis de complexidade, que vão além de questões unicamente técnicas, mas que permeiam questões emocionais, culturais e sociais. Para o cuidador familiar, a rotina de cuidados pode se transformar em algo extremamente exaustivo e estressante, afetando sua qualidade de vida e a de todos os que o rodeiam (Jede, Spuldaro, 2009). Dentro de sua rotina, além de garantir as tarefas que seu dependente não é mais capaz de realizar sem auxílio, ainda incorpora diversas outras atividades, como a gestão de comportamentos difíceis, tomada de decisões em seu nome, gestão financeira,

supervisão constante, além da manutenção de um ambiente adequado (Fernandes, Angelo, 2016).

A falta de acesso a serviços de apoio, faz com que muitos cuidadores não tenham o conhecimento suficiente para lidar com as situações negativas decorrentes da assistência ao idoso (Piratoba-hernández, Rozo-gutiérrez, 2015), impactando significativamente no seu cotidiano e repercutindo em sua condição de saúde e qualidade de vida.

Estudo realizado em Ribeirão Preto apontou que a idade do cuidador e as horas diárias de cuidado durante a semana e nos finais de semana se relacionam a sobrecarga ao cuidador (Gratão et al., 2012). Já em João Pessoa, o grau de parentesco, o compartilhamento do lar e a escolaridade do cuidador, foram fatores estatisticamente significativos relacionados a sobrecarga (Loureiro et al., 2013),

Apesar de que a sobrecarga do exaustivo trabalho de cuidar seja preponderante, o modo como as pessoas encontram significados na adversidade podem fazer com que extraiam algum ganho com o ato de cuidar, Sommerhalder e Neri (2001) descrevem possíveis benefícios como: sentir-se útil, forte, valorizado socialmente e ser um modelo de solidariedade para as populações mais jovens, além das questões relacionadas a melhoria das relações familiares.

Devido as diversas tarefas atribuídas ao cuidador familiar, é de se esperar que sua qualidade de vida seja afetada negativamente.

Embora inexista um consenso sobre o conceito de qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde (OMS), reuniu especialistas de várias partes do mundo, que definiram qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995).

Ao analisarmos a qualidade de vida em cuidadores familiares, destaca-se que quanto maior a sobrecarga referida, pior é sua percepção sobre sua qualidade de vida. (Loureiro et al., 2013; Gratão et al., 2012).

Amendola, Oliveira, Alvarenga (2008) apontam que o paciente idoso demanda condições específicas para o seu cuidado devido a diminuição de suas capacidades funcionais ao longo dos anos e que há relação entre a maior idade, com uma pior avaliação de qualidade de vida no domínio físico, pois acredita-se que os pacientes mais velhos requerem cuidados que sobrecarregam fisicamente o cuidador.

Nardi et al. (2011) evidenciaram que quanto maior a sobrecarga referida pelo cuidador familiar, pior a percepção da qualidade de vida, principalmente no domínio ambiental, sugerindo que o aumento da sensação de sobrecarga está relacionado a uma piora das condições do ambiente, englobando finanças, moradia, transporte e recursos básicos.

1.4 Suporte ao cuidador familiar senescente

As novas configurações familiares, já discutidas anteriormente, somadas ao aumento da expectativa de vida da população, tem feito com que muitos idosos senescentes, assumam a função de cuidar de outro mais dependente.

Vários são os motivos que levam um idoso a assumir o papel de cuidador de outro idoso. Pesquisa realizada com idosas senescentes no município de Cascavel-PR, buscou identificar por meio das representações sociais quais motivos a levaram a se tornarem cuidadoras de outros idosos dependentes, sendo encontrados: o conformismo/resignação, medo da perda, o compromisso, a compaixão, a imposição familiar ou do próprio idoso que recebia os cuidados e a questão do gênero (Braz, Ciosak 2008).

Sabe-se que a qualidade de vida do cuidador senescente (CS) é influenciada pela sobrecarga exercida em cuidar de outro idoso. Um estudo com cuidadores com mais de 60 anos, apontou que os CS com níveis mais altos de sobrecarga podem ter até 11,4 vezes mais chance de apresentarem uma pior qualidade de vida (Oliveira et al., 2018). Esse impacto significativo na qualidade de vida, pode ser decorrente do fato de não existir um preparo prévio para assumir essa nova função que exige uma reserva tanto física quanto emocional para ser desempenhada.

Outro estudo com CS de uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no interior do Rio Grande do Sul, buscou compreender através de pesquisa qualitativa, a rotina diária de cuidados a idosos por seus CS, evidenciando que pode ser constituída por situações de conflitos e tensões além de evidenciar o desgaste físico e mental dos prestadores de cuidados que tiveram de realizar alterações em seus planos de vida e se veem muitas vezes em uma situação de isolamento social e sobrecarga de trabalho (Areosa et al., 2014).

Apesar de sua importância, dentro do sistema de saúde, existem poucos serviços que prestam o atendimento as necessidades do cuidador familiar, em suas dimensões físicas e psicoemocionais, especialmente se este for idoso. A maioria dos serviços de apoio existentes focam suas abordagens na pessoa cuidada, visando o treinamento de técnicas de cuidar, não abordando questões referentes a saúde do próprio cuidador.

A PNI está em conformidade com a legislação e princípios do SUS e a questão do cuidador de idosos, aparece nas mesas de discussão no momento em que a dimensão do cuidado passou para o âmbito público, sendo necessário que se busquem formas de estimular a criação de redes de apoio formais e informais aos cuidadores de idosos (Bretas, 2003). No entanto, como lacuna da PNI, podemos destacar a falta de qualquer menção à questão dos cuidadores.

Lemos (2018) que idealizou a implementação de um ambulatório especializado no cuidado aos cuidadores familiares, com foco principal para os senescentes, aponta que existem algumas iniciativas isoladas e pontuais que visam o suporte formal a cuidadores e que embora alcancem alguma efetividade não possibilitam resultados significativos na melhoria das condições de vida daqueles que cuidam e dos que necessitam serem cuidados. A autora destaca, ainda, a importância de se realizar trabalhos científicos que busquem desvendar as questões que estão implícitas ao processo de cuidar na realidade brasileira, a fim de se criar subsídios para o fortalecimento dos serviços de apoio a essa parcela da população.

Considerando a realidade em que se insere o CS, onde sua visibilidade muitas vezes é reduzida em virtude da desvalorização de seu trabalho e levando em consideração as limitações inerentes ao processo do envelhecimento, é necessário conhecer suas necessidades para implementação de ações visando o fortalecimento do suporte formal para essas pessoas.

Acreditamos na importância da existência de serviços voltados a atender as necessidades físicas e biopsicossociais do cuidador, especialmente se este é senescente, portanto, este estudo busca avaliar o quanto a assistência multiprofissional direcionada a essas necessidades pode influenciar na qualidade de vida e na sensação de sobrecarga dessa população.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida e a percepção de sobrecarga de cuidadores senescentes que frequentam um ambulatório de cuidadores de idosos.

2.2 Objetivos específicos

Conhecer o perfil sociodemográfico dos idosos cuidados pelos cuidadores senescentes.

Caracterizar o grau de dependência funcional dos idosos cuidados pelos cuidadores senescentes.

Conhecer o perfil sociodemográfico do cuidador senescente de idosos.

Conhecer a qualidade de vida e a sobrecarga percebida pelos cuidadores senescentes.

Correlacionar a qualidade de vida dos cuidadores senescentes com sobrecarga percebida pelos cuidadores senescentes e com a capacidade funcional dos idosos cuidados.

Verificar se na percepção dos cuidadores senescentes, o Ambulatório de Cuidadores interfere na qualidade de vida.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O conceito de qualidade de vida (QV) gera constantes debates em torno de sua definição. Segundo Almeida, Gutierrez, Marques (2012), podemos perceber inúmeros esforços na tentativa de elucidar esse campo de conhecimento que se relaciona com uma forma humana de percepção do próprio existir a partir de duas esferas: objetiva e subjetiva.

Quanto a subjetividade, em sua definição, Minayo, Hartz e Buss (2000) relacionam qualidade de vida ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Segundo os autores:

> "O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a eles se reportam em várias épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural"

Almeida, Gutierrez, Marques (2012), ressaltam que as questões subjetivas de qualidade de vida englobam as expectativas e possibilidades dos indivíduos em relação a suas realizações e percepção sobre suas próprias vidas, considerando, inclusive, questões imensuráveis como prazer, felicidade, angústia e tristeza. E que, a partir de elementos identificáveis e mensuráveis essa esfera lida com a presença ou ausência de determinados elementos e a intensidade de sua ocorrência.

Quanto a esfera objetiva, Gonçalves e Vilarta (2004) a relaciona com as questões referentes as maneiras como as pessoas vivem e compreendem seu cotidiano, envolvendo saúde, educação, transporte, moradia e trabalho, por exemplo.

É importante ressaltar que embora existam diversas formas de definição sobre o termo, as visões objetivas e subjetivas são complementares, devendo ser consideradas ao se trabalhar com a temática qualidade de vida.

Neste estudo, optamos por seguir a definição de Gonçalves e Vilarta (2004), pois ela contempla as concepções de subjetividade do indivíduo e de objetividade das condições materiais.

Existem diversos instrumentos disponíveis para avaliação da qualidade de vida. A OMS constituiu um projeto colaborativo multicêntrico, que inicialmente, trouxe como resultado o instrumento WHOQOL-100, composto por cem itens, distribuídos em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e

aspectos espirituais/religião/crenças pessoais (Fleck et al., 2000). Posteriormente foi desenvolvido um instrumento, de mais rápida aplicação o WHOQOL-bref, contendo 26 questões com quatro domínios: físico, psicológico, relações socias e meio-ambiente (Fleck et al., 2000). Para complementar a avaliação da qualidade de vida, direcionando a questões pertinentes ao idoso, foi criado um módulo específico que permite a avaliação do impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida de idosos o questionário WHOQOL-OLD composto por 24 itens. Escores altos representam uma alta qualidade de vida e escores baixos representam uma baixa qualidade de vida (Fleck et al., 2000).

Nas últimas décadas, tem sido bastante utilizado o termo qualidade de vida relacionada à saúde, dentre os instrumentos utilizados, já adaptados para a população brasileira, encontramos o Short Form Health Survey-36 (SF-36), um instrumento simples, de fácil compreensão e rápida aplicabilidade (Faria et al., 2011).

O SF-36 é um questionário genérico composto por oito dimensões (capacidade funcional, aspecto físico, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspecto social, aspecto emocional e saúde mental) e o escore de cada dimensão varia de 0 (pior estado) a 100 (melhor estado).

Neste estudo, optou-se pela utilização do SF-36, por ser um instrumento de mais rápida aplicação e utilizado em diversos estudos direcionados a população idosa nas últimas décadas.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo:

Estudo de natureza quantitativa, transversal, prospectivo, descritivo e exploratório que permitirá identificar e fornecer dados básicos para futuros estudos ou ações (Trivinõs, 1987).

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou constituir hipóteses (Gil, 2002).

4.2 Cenário do estudo:

O estudo foi realizado no Ambulatório para Cuidadores (AC) da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da UNIFESP, inserida no complexo da Universidade, sediado na zona sul da cidade de São Paulo.

Este ambulatório é o primeiro serviço no Brasil a atender de maneira multidimensional os idosos cuidadores de idosos, utilizando instrumentos específicos e servindo-se da expertise de profissionais que estudam e se preocupam com essa importante questão, a saúde de cuidadores idosos (Lemos, 2018).

Sua criação dentro de uma Universidade Pública Federal, foi amparada na PNI onde houve uma tentativa a nível governamental para inserir o tema cuidador informal:

> “Essas pessoas deverão, também, receber atenção médica pessoal, considerando que a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos à saúde do cuidador. Por conseguinte, a função de prevenir perdas e agravos à saúde abrangerá, igualmente, a pessoa do cuidador (Brasil, 1999).

Posteriormente, com a revogação dessa política em 2006 e o lançamento de uma nova PNI, esse tema foi excluído (Brasil, 2006c).

A implementação do AC se deu em 2007, visando propiciar aos cuidadores a possibilidade de serem atendidos em um serviço especializado e tendo como objetivo prestar um atendimento integral e interdisciplinar a eles na busca da melhoria na sua qualidade de vida.

Inicialmente o AC era direcionado somente para cuidadores idosos com idade a partir de 60 anos, porém, devido a uma demanda do serviço, este critério de inclusão foi alterado, sendo incluídos os cuidadores a partir de 55 anos de idade.

Dentre os familiares, é eleito um cuidador responsável do paciente idoso acompanhado nos ambulatórios da Disciplina de Geriatria e Gerontologia e este, quando identificado alguma necessidade física ou emocional, será inserido como paciente no AC.

O atendimento é realizado semanalmente às sextas-feiras no período da manhã, das oito horas ao meio dia. Toda semana é incluído um caso novo, de acordo com a demanda de encaminhamento.

Em 12 anos de funcionamento, o AC atendeu aproximadamente 340 cuidadores de idosos e atualmente cerca de 96 estão em atendimento.

Na primeira consulta é realizada uma avaliação por assistente social, médico e psicólogo utilizando uma avaliação clínica ampla acrescida de instrumento específico para avaliar o impacto da doença do paciente no cuidador. Na sequência é realizado uma discussão multiprofissional elencando as prioridades e condutas iniciais do caso.

O AC conta com a atuação de uma equipe fixa formada por médicos geriatras, psicólogos e assistente social e outra de apoio nas áreas de nutrição, fisioterapia e enfermagem.

Outro ponto a destacar é que o apoio e o atendimento a esses idosos cuidadores não se encerra quando o idoso deixa de ser cuidado por ele, como em caso de óbito ou institucionalização, por exemplo. O cuidador continuará a ser atendido por um prazo mínimo de seis meses até que possa se reorganizar e se “desligar” emocionalmente da tarefa de ser cuidador, sendo então encaminhado e acolhido por outro serviço ambulatorial (Lemos, 2018).

4.3 Sujeitos do estudo:

Composta pelos cuidadores familiares senescentes que frequentem o AC de idosos e que atendam os seguintes critérios de inclusão: sexos feminino e masculino, idade de 60 anos e mais, qualquer escolaridade, que cuidem do idoso há pelo menos três meses, não tenham vínculo empregatício formal de cuidador, que sejam capazes de expressar sentimentos, percepções e concordarem em participar da pesquisa.

A amostra inicialmente prevista, era a totalidade da população de CS que aceitasse participar do estudo, porém, devido a pandemia mundial de COVID-19, os atendimentos do AC foram suspensos, visando preservar os idosos, considerados como população de vulneráveis. Sua retomada se deu com o atendimento de apenas dois casos por semana, em uma nova configuração temporária, onde o atendimento era direcionado para questões urgentes à fim de que os pacientes permanecessem pouco tempo no espaço físico do AC, dessa forma a abordagem para aplicação do questionário não foi possível, além disso, no mês de julho, devido reestruturação dos espaços físicos de atendimentos ambulatoriais dos serviços da UNIFESP, o AC foi transferido para um prédio compartilhado com outras especialidades, aumentando ainda mais o risco de exposição dos pacientes acompanhados, nesse mesmo período, a própria equipe de atendimento estava reduzida, visto que os residentes estavam na linha de frente de atendimento ao COVID-19.

Por não existir uma previsão de retomada dos atendimentos com a possibilidade de acesso aos pacientes cuidadores, para tornar viável a continuidade desse trabalho, optou-se por uma amostra de conveniência com os pacientes que haviam sido abordados antes da paralisação pela pandemia.

Para entender melhor o processo de cuidar, foram coletados dados do idoso cuidado por cada CS e, assim, verificar a sua relação na qualidade de vida e sobrecarga do cuidador.

Neste estudo, os idosos foco de cuidado, foram denominados de **idosos cuidados** (IC) e os idosos que prestam cuidados e frequentam o AC de **cuidadores senescentes (CS)**.

4.4 Instrumento de Coleta de dados:

Para a coleta de dados foram utilizados instrumentos direcionados ao IC (APÊNDICE A e ANEXO 1) e ao CS, com aplicação de três instrumentos (APÊNDICE B e ANEXOS 2 e 3) descritos à seguir.

A. Idosos Cuidados

A.1 - Caracterização do IC: composto pelos dados socioeconômicos contendo idade, sexo, escolaridade, estado civil, número de filhos, renda, aposentadoria, tipo de moradia, número de habitantes no lar, religião, raça referida, diagnósticos prévios (APÊNDICE A).

A.2 Capacidade Funcional do IC: avaliada através da aplicação da escala de Katz (ANEXO 1) que avalia a capacidade do idoso em realizar AVDS (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação), classificando os idosos como independentes ou dependentes (Katz et al., 1963).

B. Idosos senescentes:

B.1 - Caracterização do CS: dados socioeconômicos contendo as variáveis: idade, sexo, raça referida, escolaridade, religião, estado conjugal, número de filhos, grau de parentesco com o idoso, se possui atividade remunerada, aposentadoria, renda, se reside no mesmo local do idoso, se recebe alguma ajuda financeira pelos cuidados prestados e por quem; Se recebe auxilio para a realização de algum cuidado e quem auxilia; Horas de cuidado prestado, dias das semana em que presta cuidados, data de início da função de cuidador, data de início do acompanhamento no AC, grau de percepção de ajuda do ambulatório, como se tornou cuidador, comorbidades referidas e se fazia algum tipo de tratamento em outros serviços de saúde (APÊNDICE B).

B.2 – Escala de Zarit Burden Interview (ZBI), instrumento utilizado para verificar a sobrecarga do cuidador em relação aos cuidados prestados ao idoso (ANEXO 2). É composto por 22 itens para avaliar questões referentes à condição de saúde, vida social e pessoal, situação financeira, emocional, bem-estar psicológico e relações pessoais. Embora a escala tenha sido construída para ser autoaplicável, também, pode ser aplicada por um entrevistador, sendo aconselhável fazer um cartão de respostas, com letras grandes e números para cada resposta à fim de ajudar o entrevistado. O entrevistador deve ler em voz alta o item e pedir que o entrevistado indique a resposta correta. A escala de respostas varia de 0 a 4, de acordo com a presença ou a intensidade de uma resposta afirmativa (0=nunca, 1= raramente, 2= algumas vezes, 3= frequentemente e 4= sempre). A exceção é o último item da escala,

no qual o entrevistado é questionado se está se sentindo sobrecarregado no papel de cuidador e as possíveis respostas são: 0= nem um pouco, 1= um pouco, 2= moderadamente, 3=muito, 4= extremamente. Todos os itens devem ser pontuados. O escore da escala varia entre 0 e 88, sendo que quanto maior a pontuação, maior a sobrecarga. Trata-se de uma escala traduzida para o português e validada em 2001 em um estudo com cuidadores informais de indivíduos com doenças mentais, onde o instrumento teve uma boa consistência interna (alpha de Cronbach=0,87) e boa validade de construção (Scazufca, 2002). Para estratificar o grau de sobrecarga, podemos utilizar os seguintes escores propostos pelos autores originais da escala: de 61 a 88 pontos sobrecarga severa, de 41 a 60 sobrecarga de moderada a severa, de 21 a 40 sobrecarga moderada e de 0 a 20 pontos ausência de sobrecarga ou sobrecarga pequena (Zarit, 1987).

B.3 - SF-36 é um questionário genérico de avaliação de qualidade de vida, foi traduzido e validado para língua portuguesa por Ciconelli (1997) (ANEXO 3). Trata-se de um instrumento multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou componentes: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença ou enfermidade), como os aspectos positivos (bem-estar) (Ciconelli, 1997).

Para avaliação dos resultados do questionário SF-36 foi dado um escore para cada questão (ANEXO 4), transformados numa escala de 0 a 100 (Raw Scale), onde zero corresponde a um pior estado de saúde e 100 a um melhor (ANEXO 5), sendo analisada cada dimensão avaliada em separado, não existindo um único valor que resuma toda avaliação, para que, em uma média dos valores, tente-se identificar os verdadeiros problemas relacionados a saúde ou evitar de subestimá-los (Ciconelli, 1997).

4.5 Coleta de Dados:

A partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP e da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa da UNIFESP, os CS que atenderam os critérios

de inclusão foram contatados por telefone com no mínimo sete dias de antecedência para agendamento da entrevista para que os participantes pudessem se organizar.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de janeiro e março de 2020, utilizando os instrumentos anteriormente descritos por uma, graduanda do último ano de enfermagem, com experiência em atividade científica na área da saúde. A mesma foi devidamente treinada pelo pesquisador principal, que acompanhou as primeiras aplicações à fim de validar a condução das entrevistas. Pelos motivos já expostos as, entrevistas foram realizadas no AC, em um ambiente privativo. A aplicação dos instrumentos teve duração em torno de 30 minutos.

4.6 Aspectos éticos

Atendendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP, sob parecer 3.723.946. Após o qual foi encaminhado e autorizado pela coordenadoria de ensino e pesquisa da UNIFESP responsável pelo AC. De acordo com a mesma Resolução todos os participantes foram orientados a ler e assinar o Termo de Consentimento livre e esclarecido - TCLE, sendo respeitada a confidencialidade e sigilo sobre as informações obtidas, bem como a garantia da liberdade de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, punição ou atitude preconceituosa. O TCLE foi elaborado em duas vias, sendo a primeira via do entrevistado e a segunda arquivada pelo pesquisador.

4.7 Análise dos dados:

Os dados foram registrados no instrumento de coleta de dados e posteriormente digitados em planilhas do Excel para o adequado armazenamento das informações, após, os dados foram exportados para o programa SPSS versão 20.

Foram realizadas análises estatísticas descritivas, para tratamento dos dados sociodemográficos e clínicos e escores da sobrecarga de trabalho (ZBI) e qualidade de vida (SF-36), com determinação do coeficiente alfa de Cronbach, para verificar a consistência interna dos itens dos instrumentos ZBI e SF-36 sendo estabelecido como

evidência de consistência interna satisfatória um valor de alfa de Cronbach > 0,70 (Landis, Koch, 1977).

Para análise de correlação entre os escores (total e dimensões), optou–se o emprego do coeficiente de correlação de Spearman, devido a amostra não obedecer a uma distribuição normal, necessitando, portanto, de testes não paramétricos. Para a interpretação da magnitude das correlações foi adotada a seguinte classificação: coeficientes de correlação < 0,4 correlação de fraca magnitude, > 0,4 a < 0,5 de moderada magnitude e > 0,5 de forte magnitude (Hulley et al., 2003). Foi utilizado um nível de significância de 5% (p valor < 0,05).

5. RESULTADOS

Ainda que a ideia inicial fosse de avaliar a totalidade de cuidadores acompanhados pelo AC, devido a pandemia mundial de covid-19, com a interrupção das atividades e necessidade de isolamento social, principalmente dos idosos, grupo mais vulnerável, optou-se pela continuidade do estudo com a utilização dos dados dos pacientes que já haviam sido abordados antes da paralisação.

Dessa forma, buscando responder aos objetivos propostos, foram contatados 40 CS acompanhados pelo AC da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da UNIFESP, porém, cinco não cumpriam os critérios de inclusão e dois recusaram a participar do estudo, totalizando uma amostra de 33 cuidadores. Para conhecer quem são nossos atores e facilitar a apresentação dos resultados e sua posterior análise e discussão, os dados foram apresentados em dois tópicos: Idosos cuidados e cuidador senescente.

5.1 Idosos cuidados

Os IC, apresentavam as seguintes características: predomínio dos longevos, com idade igual ou maior a 80 anos (72,7%), do sexo feminino (63,6%) e de raça branca (78,8%), sendo que a raça negra foi mais presente entre os homens. Encontrou-se um maior número de viúvos (57,6%), porém mais prevalente entre as mulheres com 81% desta população, já os homens 83,3% permaneciam casados. O Ensino fundamental foi o nível de escolaridade mais prevalente (69,7%), vale ressaltar que nesta amostra os 12,1% que não possuíam nenhum grau de escolaridade eram do sexo feminino onde, também, encontramos a única representante com grau universitário (Tabela 1).

Quanto ao número de filhos, 93,9% da amostra possuía pelo menos um, sendo que 6,1% não possui nenhum. Todos os idosos cuidados possuíam religião (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos idosos cuidados segundo dados sociodemográficos, São Paulo - SP, 2021.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	MASC		FEM		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária						
60 – 65 anos	1	8,3	1	4,8	2	6,1
70 – 75 anos	3	25	4	19	7	21,2
80 ou mais	8	66,7	16	76,2	24	72,7
Estado Civil						
Viúvo	2	16,7	17	81	19	57,6
Casado	10	83,3	2	9,5	12	36,4
Divorciado	0	0	2	9,5	2	6,1
Raça						
Branca	8	66,7	18	85,7	26	78,8
Preta	4	33,3	3	14,3	7	21,2
Escolaridade						
Sem escolaridade	0	0	4	19	4	12,1
Ensino Fundamental	8	66,7	15	71,4	23	69,7
Ensino Médio	4	33,3	1	4,8	5	15,2
Ensino Superior	0	0	1	4,8	1	3,0
Religião						
Sim	12	100	21	100	33	100
Quantidade de Filhos						
Nenhum	2	16,7	0	0	2	6,1
1	0	0	4	19	4	12,1
2 ou mais	10	83,3	17	81	27	81,9

Dos idosos cuidados, 90,9% eram aposentados, sendo única fonte de renda para 93,9%. Quanto a moradia, 84,8% viviam em casa própria, tendo em sua maioria (93,9) dois ou mais moradores. Destacamos que 39,4% da amostra, coabitavam apenas dois moradores por domicílio (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos idosos cuidados segundo dados socioeconômicos, São Paulo - SP, 2021.

VARIÁVEIS	MASC		FEM		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Aposentadoria						
Não	1	8,3	2	9,5	3	9,1
Sim	11	91,7	19	90,5	30	90,9
Outras Rendas						
Não	11	91,7	20	95,2	31	93,9
Sim	1	8,3	1	4,8	2	6,1
Tipo de moradia						
Própria	11	91,7	17	81	28	84,8
Alugada	0	0	2	9,5	2	6,1
Cedida	1	8,3	2	9,5	3	9,1
Número de Habitantes						
1	1	8,3	1	4,8	2	6,1
2	5	41,7	6	28,5	11	33,3
3 ou mais	6	50	14	66,7	20	60,6

Dos idosos cuidados, 69,7% possuíam algum tipo de doença neurológica, sendo o Mal de Alzheimer mais frequente (39,4%), para ambos os sexos. Observamos também, que 54,5% possuíam mais de uma comorbidade referida pelo cuidador, sendo que as mulheres apresentam uma incidência de doenças de 71,5%, enquanto a do sexo masculino foi de 66,7% (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos idosos cuidados segundo antecedentes prévios de saúde referidos pelo cuidador, São Paulo - SP, 2021

VARIÁVEIS	MASC		FEM		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Doenças Neurológicas						
Não	3	25	7	33,3	10	30,3
Alzheimer	5	41,6	8	38,1	13	39,4
Parkinson	0	0	2	9,5	2	6,1
Vascular	2	16,7	3	14,3	5	15,2
Outros Tipos	2	16,7	1	4,8	3	9,1
Outras comorbidades						
Não	4	33,3	6	28,5	10	30,3
1	2	16,7	3	14,3	5	15,2
2 ou mais	6	50	12	57,2	18	54,5

Ao avaliarmos o grau de dependência funcional dos idosos cuidados através da aplicação da escala de Katz, verificamos no sexo feminino os maiores graus de

dependência, sendo que o maior índice estava relacionado ao controle da continência (81%) e autonomia de ir ao banheiro (76,2%), ainda que em menor frequência, foram também, os maiores déficits apresentando pelo sexo masculino, juntamente com a dificuldade de realizar transferências, com 58,3% de frequência em cada uma delas (Tabela 4).

Destacamos que a dependência para alimentação nesta população foi de 39,4%, sendo o menor índice dos quesitos avaliados (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos idosos cuidados segundo índice de Katz, São Paulo - SP, 2021

VARIÁVEIS	DEPENDÊNCIA				INDEPENDÊNCIA				TOTAL			
	MASC		FEM		MASC		FEM		DEP		INDEP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Banhar-se	5	41,7	13	61,9	7	58,3	8	38,1	18	54,5	15	45,5
Vestir-se	6	50,0	13	61,9	6	50,0	8	38,1	19	57,6	14	42,4
Ir ao banheiro	7	58,3	16	76,2	5	41,7	5	23,8	23	69,7	10	30,3
Transferência	7	58,3	14	66,7	5	41,7	7	33,3	21	63,6	12	36,4
Continência	7	58,3	17	81	5	41,7	4	19	24	72,7	9	27,3
Alimentação	4	33,3	9	42,9	8	66,7	12	57,1	13	39,4	20	60,6

Dos idosos com doenças neurológicas, evidenciamos os maiores escores de dependência funcional avaliados pela escala de Katz, sendo que 56,5% apresentaram pontuações máximas de dependência (escores 5 ou 6) enquanto para os demais idosos, essa pontuação foi atingida em 20% dos idosos avaliados.

5.2 Cuidadores Senescentes

Sobre o CS, verificamos que a maioria se encontrava na faixa etária entre 60 e 69 anos (75,7%), do sexo feminino (87,9%), da raça branca (78,8%) e casados 54,5%. Quanto ao grau de instrução, 57,6% possuíam o ensino médio completo, 72,7% possuíam um ou mais filhos (Tabela 5).

Em relação ao grau de parentesco com o IC a figura feminina (esposa e filha) foi a mais presente, totalizando 87,9% da amostra. Todos os CS entrevistados referiram ter assumido a função de forma voluntária e 97% referiram ter alguma religião (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos cuidadores senescentes segundo dados sociodemográficos, São Paulo - SP, 2021

VARIÁVEIS	MASC		FEM		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária						
60 – 69 anos	1	25	24	82,8	25	75,7
70 – 79 anos	2	50	3	10,3	5	15,2
80 ou mais	1	25	2	6,9	3	9,1
Estado Civil						
Casado	2	50	16	55,2	18	54,5
Solteiro	0	0	8	27,6	8	24,2
Divorciado	1	25	3	10,3	4	12,1
Viúvo	1	25	2	6,9	3	9,1
Raça						
Branca	3	75	23	79,3	26	78,8
Preta	1	25	6	20,7	7	21,2
Escolaridade						
Ensino Médio	2	50	17	58,6	19	57,6
Ensino Superior	2	50	9	31,1	11	33,3
Ensino fundamental	0	0	3	10,3	3	9,1
Religião						
Sim	4	100	28	96,6	32	97,0
Não	0	0	1	3,4	1	3,0
Quantidade de Filhos						
Nenhum	1	25	8	27,6	9	27,4
1	1	25	7	24,1	8	24,2
2	1	25	7	24,1	8	24,2
3 ou mais	1	25	7	24,1	8	24,2
Grau de Parentesco						
Filho (a)	2	50	19	65,5	21	63,7
Cônjuge	2	50	9	31	11	33,3
Outros	0	0	1	3,4	1	3,0
Opção de se tornar cuidador						
Voluntária	4	100	29	100	33	100

Com relação a renda, observamos que 78,8% dos cuidadores eram aposentados, sendo que para 81,8% era a única fonte. A maioria (87,9%) residia em casa própria e 90,9% moram com o IC (Tabela 5).

A maior parte dos cuidadores referia cuidado integral, 24hs (90,9%) e 7 dias por semana (97%), sendo que 54,6% recebiam ajuda para o cuidado e destes, 83,3%

a consideravam suficiente. Nenhum dos CS referiu receber alguma ajuda financeira (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos cuidadores senescentes segundo dados socioeconômicos, São Paulo - SP, 2021

VARIÁVEIS	MASC		FEM		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Aposentadoria						
Não	0	0	4	13,8	4	12,1
Sim	4	100	25	86,2	29	87,9
Outras Atividades Remuneradas						
Não	3	75	24	82,8	27	81,8
Sim	1	25	5	17,2	6	18,2
Tipo de moradia						
Própria	3	75	26	89,7	29	87,9
Alugada	1	25	2	6,9	3	9,1
Cedida	0	0	1	3,4	1	3,0
Reside com o idoso cuidado						
Sim	4	100	26	89,7	30	90,9
Não	0	0	3	10,3	3	9,1
Horas de Cuidado						
24hs	3	75	27	93,1	30	90,9
Entre 6hs e 12hs	1	25	2	6,9	3	9,1
Dias de Cuidado na Semana						
7	4	100	28	96,6	32	97,0
4	0	0	1	3,4	1	3,0
Recebe Ajuda Para o Cuidado						
Não	2	50	13	44,8	15	45,5
Sim	2	50	16	55,2	18	54,5
Considera ajuda para o cuidado suficiente						
Não se aplica	2	50	13	44,8	15	-
Sim	2	50	13	44,8	15	83,3
Não	0	0	3	10,3	3	16,7
Recebe ajuda financeira						
Não	4	100	29	100	33	100

Evidenciou-se que 72,8% dos CS apresentavam pelo menos uma comorbidade e 60,6% utilizam outros serviços de saúde (Tabela 7).

Quanto ao tempo em que exercia a função de cuidador, 36,4% da amostra se dedicavam ao cuidado há mais de 10 anos e em relação ao acompanhamento pelo

AC, 63,6% frequentavam há mais de um ano, sendo que para 39,4% este era o único serviço de saúde que utilizava; 97% dos cuidadores acreditavam que o ambulatório proporcionou muita ajuda em seu cotidiano, sendo que para 87,9% ele contribuiu para o manejo dos problemas relacionados a saúde. Cabe ressaltar que a observação de melhora no autocuidado foi citada por 27,3% dos cuidadores. (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição dos cuidadores senescentes segundo tempo de cuidado, utilização dos serviços de saúde e comorbidades. São Paulo - SP, 2021

VARIÁVEIS	MASC		FEM		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Tempo que é cuidador						
< 5 anos	1	25	9	31	10	30,3
5 -10 anos	1	25	10	34,5	11	33,3
10 - 20 anos	2	50	7	24,1	9	27,3
> 20 anos	0	0	3	10,4	3	9,1
Tempo de inclusão no AC						
1 ano ou mais	3	75	18	62	21	63,6
Menos de 1 ano	1	25	11	38	12	36,4
Percepção de ajuda do AC						
Muita	4	100	28	96,6	32	97
Média	0	0	1	3,4	1	3
M**elhora percebida após inserção no AC**						
No manejo dos problemas relacionados a saúde	3	75	26	89,7	29	87,9
Na promoção do cuidado ao familiar	2	50	10	34,5	12	36,4
No autocuidado	0	0	9	31	9	27,3
No Acesso a exames	0	0	6	20,7	6	18,2
Utiliza Outros Serviços de Saúde						
Não	3	75	10	34,4	13	39,4
Sim	1	25	19	65,6	20	60,6
Quantidade de Comorbidades Referidas						
Zero	2	50	7	24,1	9	27,3
1	2	50	8	27,6	10	30,3
2 ou mais	0	0	14	48,3	14	42,4

Para avaliar a sobrecarga do cuidador, foi utilizada a escala de ZBI, na qual a média de sobrecarga para os cuidadores do estudo foi de 39,84, o que configura uma sobrecarga moderada, com mediana 39 e variação entre 4 e 76 (Tabela 8).

O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,891, indicando boa consistência interna (Landis, Koch, 1977).

Tabela 8. Distribuição dos cuidadores senescentes segundo a escala Zarit Burden Interview, São Paulo - SP, 2021

Dados de Identificação	n	%
Classificação da sobrecarga		
Ausência ou pequena (0 a 20)	5	15,1
Moderada (21 a 40)	12	36,4
De moderada a severa (41 a 60)	13	39,4
Severa (61 a 88)	3	9,1

Quanto a qualidade de vida, os dados dos domínios da SF36 mostraram os escores médios dos cuidadores, onde observamos que os aspectos físicos (média 34,09 e dp 46,27), o emocional (média 38,33 e dp 39,24), a dor (média 46,12 e dp 25,68) e a vitalidade (média 46,21 e dp 25,3) são os que apresentaram piores resultados conforme observado na tabela 9.

O coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,782, indicando boa consistência interna (Landis, Koch, 1977).

Tabela 9. Distribuição dos cuidadores senescentes segundo score da escala SF-36. São Paulo – SP, 2021

Dimensões do SF-36	Média	Mediana	Desvio Padrão	Variação Min / Max
Aspectos Físicos	**34,09**	**0,00**	**46,27**	**0 – 100**
Aspecto Emocional	**38,33**	**33,00**	**39,24**	**0 – 100**
Dor	**46,12**	**41,00**	**25,68**	**0 – 100**
Vitalidade	**46,21**	**45,00**	**25,03**	**10 – 95**
Aspectos Sociais	**54,167**	**50,00**	**31,04**	**0 – 100**
Capacidade Funcional	**57,42**	**55,00**	**32,72**	**5 – 100**
Estado Geral de Saúde	**62,09**	**62,00**	**21,34**	**20 – 97**
Saúde Mental	**64,38**	**68,00**	**20,81**	**12 - 100**

O valor atribuído à questão que reflete como o paciente se encontra agora comparado há um ano, não foi computado no cálculo dos oito domínios avaliados pelo SF-36. Dos cuidadores avaliados 21,2% apresentaram uma pior autoavaliação de saúde comparada ao ano anterior, sendo que a maioria referia não ter havido nem piora, nem melhora no período referido (Tabela 10).

Tabela 10. Distribuição dos cuidadores senescentes segundo a avaliação do estado de saúde atual comparado a um ano pela escala SF36, São Paulo - SP, 2021

Classificação do estado de saúde atual	n	%
Muito melhor	1	3
Um pouco melhor	1	3
Quase a mesma coisa	24	72,7
Um pouco pior	7	21,2

Para avaliar a Correlação entre a sobrecarga referida e a qualidade de vida do CS, foi aplicado a análise de correlação entre os instrumentos ZBI e SF-36 através do coeficiente de Spearman, sendo evidenciado que todas as dimensões possuem relação significativamente estatística (P < 0,05), sendo que os aspectos físicos, dor e emocional apresentaram valores de forte magnitude (r>0,5).

Tabela 11. Análise de correlação entre os escores das dimensões do SF-36 e da escala ZBI dos cuidadores senescentes. São Paulo - SP, 2021

	ZBI	Valor .p	r
	Capacidade Funcional	0,009	-0,450
	Aspectos Físicos	0,000	-0,660
	Dor	0,002	-0,530
SF - 36	Estado Geral de Saúde	0,033	-0,372
	Vitalidade	0,039	-0,362
	Aspectos Sociais	0,005	-0,481
	Aspecto Emocional	0,000	-0,613
	Saúde Mental	0,003	-0,497

*Coeficiente de Spearman

Para avaliar a Correlação entre qualidade de vida do CS e a dependência funcional do IC, foi aplicado a análise de correlação entre a escala SF-36 e a de KATZ através do coeficiente de Spearman, onde evidenciamos que as dimensões dos aspectos físicos, emocional, dor e de capacidade funcional tiveram relação significativamente estatística (P < 0,05) conforme observado na tabela 12.

A dimensão de aspecto físico teve moderada correlação com os itens banhar-se, vestir-se e alimentar-se e de baixa magnitude com o item de continência. A dimensão de aspecto emocional apresentou correlação de moderada magnitude com o item banhar-se, assim como a dimensão dor com o item continência, por fim, observamos que a dimensão capacidade funcional apresentou correlação de baixa magnitude com os itens banhar-se e continência (Tabela 12).

Tabela 12. Análise de Correlação entre os escores das dimensões do SF-36 dos cuidadores senescentes e escores do índice de KATZ dos idosos cuidados. São Paulo - SP, 2021

VARIÁVEIS		BAN	VES	IRB	TRA	CON	ALI
Aspectos Físicos*	r	0,451	0,409	0,170	-0,047	0,353	0,414
	p	0,008*	0,018*	0,245	0,796	0,044*	0,017*
Aspecto* Emocional	r	0,409	0,081	0,133	-0,231	0,155	0,030
	p	0,018*	0,652	0,460	0,196	0,388	0,870
Dor*	r	0,321	0,269	0,265	0,093	0,417	0,298
	p	0,068	0,131	0,137	0,606	0,016*	0,092
Vitalidade	r	0,090	0,061	0,090	-0,143	0,337	0,029
	p	0,619	0,734	0,617	0,428	0,055	0,871
Aspectos Sociais	r	0,120	0,81	0,133	-0231	0,155	0,030
	p	0,507	0,652	0,460	0,196	0,388	0,870
Capacidade Funcional*	r	0,375	0,320	0,264	0,23	0,387	0,219
	p	0,031*	0,070	0,138	0,898	0,026*	0,221
Estado Geral de Saúde	r	0,234	0,203	0,049	-0,172	0,243	0,095
	p	0,190	0,257	0,788	0,334	0,172	0,600
Saúde Mental	r	0,039	-0,107	0,049	0,113	0,122	-0,101
	p	0,831	0,554	0,788	0,531	0,499	,574

* Escala de Katz: BAN: banhar-se, VES: vestir-se, IRB: ir ao banheiro, TRA: transferência, CON: continência, ALI: alimentação

* R: Correlação de Spearman, p-valor d” 0,05.

Não evidenciamos correlação significativa entre o tempo de inclusão no AC de idosos com a sobrecarga do cuidador em relação aos cuidados prestados ao idoso, medida pela escala de Zarit, nem com os domínios da qualidade de vida avaliados pela SF36, entretanto, é importante destacar que a maioria dos CS que frequentavam o AC há mais de um ano não apresentaram piora na autopercepção de saúde e todos

que referiram melhora, pertenciam ao grupo que está a mais tempo no AC, conforme observado na figura 1.

FIGURA 1. Distribuição dos cuidadores senescentes de acordo com a percepção do estado de saúde comparado a um ano e o tempo de acompanhamento pelo ambulatório de cuidadores. São Paulo - SP, 2021

	MUITO MELHOR	UM POUCO MELHOR	QUASE A MESMA COISA	UM POUCO PIOR
Mais de um ano de ambulatório	11	29	1, 2, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 19, 22, 24, 25, 30, 32, 33	3, 6, 15, 18, 20, 27
Menos de um ano de ambulatório	---	---	4, 5, 21, 23, 26, 28,31	---

6. DISCUSSÃO

Buscando atender ao objetivo de avaliar a qualidade de vida e a percepção de sobrecarga de CS que frequentam um AC de idosos, observamos que o perfil da população de idosos cuidados mostra o predomínio de indivíduos longevos, que são caracterizados por terem 80 ou mais anos. Atualmente esses idosos representam cerca de 2,1% do total da população brasileira e estima-se que em 2060 esse percentual será de 8,4% (IBGE, 2016). Como consequência desse crescimento, levando-se em conta as especificidades dessa faixa etária, presume-se um aumento significativo da demanda de cuidados, no entanto, é importante ressaltar uma alerta realizada pela OMS, sobre a necessidade de mudança nas percepções de envelhecimento e saúde, pontuando, entre outros aspectos, que a idade avançada não significa dependência (OMS, 2015).

Ao analisarmos a escolaridade dos IC, observamos que poucos referiram acesso ao ensino médio ou superior, evidenciando que a maioria teve poucos anos de estudo, sendo que somente no sexo feminino, foi evidenciado idosas sem nenhum grau de escolaridade. Segundo o IBGE (2010), a escolaridade dos idosos brasileiros ainda é considerada baixa. No CENSO de 2010, 30,7% tinham menos de um ano de instrução. Estudo realizado na China, evidenciou que o acesso à escola primária pode proporcionar um melhor estado de saúde funcional entre pessoas mais velhas, comparado com uma população sem qualquer escolaridade. Aqueles que frequentaram escolas primárias tiveram uma menor mortalidade e incidência de deficiências mais baixas comparados aos que não tiveram nenhum grau de escolaridade (Chen, Hu, 2018).

Outro estudo realizado no Brasil com idosos longevos, mostrou a existência de uma importante relação entre escolaridade e independência funcional (Souza, 2018) demonstrando o quanto o investimento em educação reflete em melhores condições de vida e saúde.

Cabe destacar que determinados fatores sociais impactam diretamente na manutenção da funcionalidade no idoso, em nosso estudo observamos que a maioria das idosas cuidadas eram viúvas enquanto os idosos cuidados, em sua maioria, continuavam no estado civil casado. Sabe-se que o sexo feminino, habitualmente mantem-se sem companheiro após a viuvez, enquanto o sexo masculino mostra a

necessidade de encontrar uma nova companheira, talvez pelo fato de desenvolver uma maior dependência de cuidados da parceira (Gratão et al., 2012; Domingues, 2019).

Já outro estudo, aponta que os idosos viúvos e que não possuem mais companheiro, apresentam uma incidência na redução da funcionalidade cerca de 2,7 vezes maior que os idosos que possuem algum tipo de união, pois acredita-se que o cuidado provido pelo companheiro, nos diversos aspectos da vida, pode contribuir para a manutenção da capacidade funcional (Matos, et al., 2018).

Todos os IC avaliados eram vinculados à alguma religião. Sabemos que a espiritualidade e religiosidade são aspectos importantes que devem ser ponderados na vida do idoso, principalmente se este apresenta algum tipo de comorbidade. Embora não esteja claro qual o mecanismo pelo qual a religiosidade influencie nas questões de saúde, acredita-se que tenham importantes relações. Estudo qualitativo realizado em São Paulo, com objetivo de identificar e compreender o papel da espiritualidade no manejo da doença crônica do idoso, evidenciou que a mesma, interfere de maneira positiva no enfrentamento dos obstáculos e dificuldades da vida além de fortalecer a resiliência do paciente, impactando de uma forma positiva na sua qualidade de vida (Rocha, Ciosak, 2014).

Observamos que a maior parte dos idosos cuidados eram aposentados, sendo essa a única fonte de renda para quase a totalidade da amostra. Atualmente, muitos idosos são os responsáveis pelos proventos do lar, mesmo já não estando em atividade profissional, o que, de certa forma, pode contribuir positivamente no sentimento de se sentir útil, além disso, a manutenção da independência financeira pode influenciar positivamente em sua independência.

Estudo realizado com idosos longevos, demonstrou que que variáveis como participar de grupos e ser aposentado contribuem significativamente para a independência funcional, enquanto morar com familiares, que acabam suprindo essas atividades e apresentar alterações cognitivas, limitam (Ribeiro et al., 2015). Dessa forma a manutenção da autossuficiência financeira, onde os idosos não dependam necessariamente de uma segunda pessoa, podendo assim serem mais independentes, devem ser incentivadas, visando uma maior autonomia , além disso, esses idosos apresentam melhores resultados em testes de resolução de problemas e interação social (Ribeiro et al., 2015).

Ao verificarmos o grau de dependência nas ABVs, observamos que apenas 18,2% da amostra dos IC não apresenta nenhum grau de dependência nos itens avaliados pela escala de KATZ, evidenciando assim uma população dependente de cuidados, cabe ressaltar, ainda, que os idosos que possuem diagnósticos neurológicos e principalmente de demência, apresentam piores resultados.

Quanto maior o comprometimento da capacidade do idoso desempenhar suas ABVs, maior será a sua demanda de cuidados e consequentemente maior probabilidade de sobrecarga ao cuidador familiar. As atividades repetitivas do dia a dia como dar banho, realizar troca de fraldas, alimentação entre outras, desenvolvem cansaço físico e mental, fazendo com que a necessidade de apoio de outros indivíduos, aumente tanto para que se consiga desenvolver suas ações de cuidado, quanto para prover o autocuidado (Loureiro et al., 2014).

A ABVs com maior grau de dependência foi a continência e a de menor dependência foi a alimentação, corroborando com estudo realizado com 406 idosos longevos avaliados em 24 municípios mineiros (Gonçalves et al., 2017).

As incontinências urinária e fecal são consideradas síndromes geriátricas e afetam a independência do idoso, os restringem de realizar atividades no meio social e podem comprometer indiretamente sua mobilidade afetando sua qualidade de vida (Moraes, Marino, Santos 2010; Gonçalves et al., 2017). O paciente incontinente que não possui mais autonomia para realizar sua higiene de forma adequada, pode gerar uma maior demanda de cuidados e consequente maior sobrecarga ao cuidador, além disso, pacientes acamados que são incontinentes, apresentam maior predisposição para dermatites e lesões de pele, que são tratadas, em sua maioria, pelos próprios cuidadores, que, embora possuam boa iniciativa para manejar essas demandas, não dispõem do conhecimento técnico necessário, o que muitas vezes resulta em lesões crônicas que aumentam o tempo e dificultam o cuidado.

Por outro lado, quando nos debruçamos para a população de CS, encontramos que a faixa etária predominante foi de até 69 anos, embora, quase um quarto da amostra se constituía de cuidadores com idade igual ou superior a 70 anos. Sabemos que o aumento da idade está ligado ao maior risco de perda funcional, sendo sugerido que a cada aumento de dez anos em idade haja o dobro de risco de declínio funcional (Guralnik et al., 1993).

Estudo realizado em Bambuí evidenciou que a incapacidade funcional aumentou 3,1 vezes na faixa de 80 anos e 1,5 vez na de 70 a 79 anos, quando

comparada à faixa etária de 60 a 69 anos (Giacomim et al., 2005) demonstrando a importância de se pensar em formas de facilitar o acesso dessa população aos serviços de saúde visando diminuir essas perdas, propiciando uma melhor capacidade funcional e qualidade de vida, minimizando os impactos negativos decorrentes dos cuidados que necessita prestar.

A maioria dos CS são do sexo feminino, como mostra a literatura nacional e internacional (Bianchi et al., 2016, Gratão et al.,2012, Luchesi, 2015, Musich et al., 2017, Braz, Ciosak, 2008, Pinto et al., 2009), onde historicamente a mulher era vista como a detentora dos afazeres de casa, o que propiciava maior disponibilidade de cuidado à família (Gratão et al., 2012), porém, este panorama tende a piorar, com o advento do desenvolvimento industrial e a inserção da mulher no mercado de trabalho, elas estão cada vez mais assumindo e acumulando funções, levando a uma maior probabilidade de sobrecarga física e emocional, sendo necessário cada vez mais se discutir a questão da feminilização do cuidado, pois este, pode ser exercido e compartilhado independente do gênero de quem irá prestá-lo.

Quanto ao estado civil a maior parte dos CS eram casados, como mostram outros estudos (Pinto et al., 2009, Luchesi, 2015). Outro fator que podemos destacar é o da coabitação, pois com o número de idosos viúvos, solteiros ou divorciados e levando em consideração o estudo de Karsch (2003), que aponta os fatores observados na escolha do cuidador do idoso, a falta ou um número reduzido de filhos, pode se tornar um fator dificultador, caso surja algum grau de limitação funcional no decorrer da vida. Neste sentido o estudo de Teixeira (2008), traz à tona a discussão referente a estruturação dos novos modelos familiares, evidenciando uma nova realidade nas configurações das famílias brasileiras e um grande desafio frente a necessidade de um cuidador familiar, cabe destacar que em nosso estudo mais da metade dos CS possuíam uma menor quantidade de filhos do que o idosos cuidados.

Ao avaliarmos que uma significativa parcela da nossa população de idosos que recebem cuidados residem com até dois outros moradores, acreditamos que esse fator possa dificultar o autocuidado do CS, visto que na maioria das vezes a dedicação é integral, fazendo com que, muitas vezes, deixassem de comparecer à eventos sociais e até mesmo tenha que postergar compromissos relacionados a própria saúde devido à dificuldade em deixar o idoso a quem presta cuidados, sozinho.

Embora os CS que referiram possuir algum tipo de ajuda no cuidado a considerem suficiente, é importante refletirmos sobre este aspecto, visto que essa suficiência pode estar relacionada tão somente a necessidade do idoso que recebe os cuidados e nem sempre as necessidades do cuidador em si, que assume a maior parte das responsabilidades e quando se vê na possibilidade de receber algum auxílio, a percebe como uma ajuda pessoal e não como uma corresponsabilização dos cuidados que deveria ser ofertada pelos demais membros da família.

Assim como para os idosos cuidados, o sentimento de religiosidade esteve presente em quase a totalidade da amostra avaliada dos CS, além da relação com a saúde já discutida anteriormente, acredita-se que exista a procura a um suporte espiritual, principalmente entre os idosos, onde esta busca é mais frequente, para se lidar com doenças e até mesmo em busca de forças para cuidarem de seus dependentes, sendo a religião um importante referencial de conforto e segurança (Domingues, 2019).

Verificou-se que a maioria dos CS tem a aposentadoria como única fonte de renda pois, estão impossibilitados de realizar atividades remuneradas extradomiciliar, por não dispor de alguém para assumir o cuidado por ele prestado. A restrição financeira, pode colocar os idosos em situação de vulnerabilidade e impactar o tratamento de agravos a saúde por não ter recursos para adquirir meios não fornecidos de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (Santos et al., 2017).

Em nosso estudo, a maior parte dos CS possuíam algum tipo de comorbidade e frequentavam o AC há mais de um ano, sendo para muitos, o único serviço de saúde em que recebiam atendimento.

Ao avaliarmos a sobrecarga dos CS utilizando a escala de ZBI, evidenciamos um grau moderado de sobrecarga e analisando os dados disponíveis na literatura, observamos que os estudos que abordam a avaliação de sobrecarga em cuidadores de idosos, em sua maioria, são voltados para cuidadores de idosos com demência e poucos abordam a temática do idoso cuidador, sendo encontrados pontuação média na ZBI, normalmente, entre 30 e 36 pontos (Lenardt et al., 2011; Seima, Lenardt, Caldas, 2014; Moura et al., 2019). Quando observamos idosos cuidadores de familiares também, idosos na comunidade, evidenciamos que existe uma menor sobrecarga avaliada pela ZBI do que a encontrada em nosso estudo.

Pesquisa realizada em São Carlos com idosos cuidadores de idosos dependentes pertencentes a área de abrangência das unidades com estratégia saúde

da família, apresentou uma média de pontuação na ZBI de 17,7 (Luchesi, 2015), já em outra cidade do interior de São Paulo foi evidenciado um escore médio de 26 pontos (Francisco, 2018).

Loureiro et al. (2014) apontou uma maior sobrecarga aos que prestam cuidados a idosos que apresentavam um maior número de comorbidades e que possuíam déficit cognitivo, além disso, demonstraram existir uma correlação entre a média de sobrecarga do cuidador e a falta de ajuda para a realização da higiene corporal, oral e medicação.

Em nosso estudo, observamos uma média de pontuação maior do que a encontrada na literatura, evidenciando uma maior percepção de sobrecarga do cuidado prestado, sendo importante destacar que um dos fatores observados para o encaminhamento ao AC é a sensação de sobrecarga referida, mostrando o quão necessário é um serviço, para que se possa cuidar e trabalhar as questões de autocuidado dessa população. Os dados disponíveis na literatura variam quanto a pontuação na ZBI, mostrando que a sobrecarga percebida pode sofrer influência de múltiplos fatores (Lenardt et al., 2011; Seima, Lenardt, Caldas, 2014; Luchesi, 2015; Francisco, 2018; Moura et al., 2019)

Ao avaliarmos a qualidade de vida dos CS, observamos que a maioria não apontou piora com relação ao último ano e que os domínios que maior impactaram negativamente suas percepções, estão relacionados aos aspectos físicos, emocional, dor e vitalidade. Tais aspectos podem estar vinculados ao processo natural de senescência, onde existem perdas intrínsecas ao processo do envelhecimento, somado a isso, as diversas intempéries vividas ao longo dos anos, muitas vezes, acarretam o processo de senilidade, onde as perdas são mais severas e impactam de forma mais considerável na sua funcionalidade.

Sabemos que o ato de cuidar pode exigir grande demanda física e a depender do grau de dependência do IC o esforço para o cuidado tende a aumentar. Os scores dos aspectos físicos, foram os piores avaliados em nosso estudo e podemos relacioná-los ao fato de se tratar de uma amostra de CS, considerando os processos de senescência e senilidade já discutidos anteriormente, embora, este não seja um fator isolado, pois o prejuízo da qualidade de vida pode estar relacionado ao quadro clínico e nível de dependência do IC (Fornazari, 2018).

Ainda não existem muitos estudos que avaliem a qualidade de vida de CS, pois em sua maioria, avaliam essa vertente nos cuidadores familiares em geral, onde a

faixa etária média desses estudos, se concentram em torno dos 55 anos, o que nos leva a refletir sobre a importância de se ampliar o acesso aos serviços de saúde dessa população, que em menos de meia década também, será considerada idosa.

Estudo que avaliou cuidadores com média de idade próxima aos 55 anos apontou que os piores domínios relacionados a qualidade de vida se relacionavam a dor, vitalidade e aspectos físicos (Oliveira et al., 2011), domínios semelhantes aos do presente estudo, demonstrando que as dimensões que mais impactam na qualidade de vida dos CS, são as mesmas vivenciadas na última década que antecede a fase idosa, sendo um importante indicativo para que se possa direcionar ações que fortaleçam essas questões (Fornazari, 2018).

Ao resgatarmos o conceito de qualidade de vida adotado nesse estudo, é importante considerarmos sobre o papel que o CS de um familiar idoso assume perante a sociedade e seus valores, onde muitas vezes, pensa-se que o cuidador está apenas cumprindo uma obrigação social. Cabe ressaltar que, essa condição se aplica em muitos casos, sem que a pessoa possa estar preparada para assumi-la, fazendo com que as expectativas de vida criadas ao decorrer dos anos, na maioria das vezes, não se concretizem. Assim, é importante que os serviços que direcionem atendimento à essa população oportunizem a abordagem da ressignificação dos papeis sociais vivenciados no decorrer da vida, oferecendo suporte com olhar voltado ao indivíduo, e que este não seja considerado somente como um prestador de cuidados, mas como um indivíduo que, na atual fase da vida, precisa prestar cuidados a um familiar, mas que, também tem outras necessidades que devem ser consideradas.

Todas as dimensões do SF-36 tiveram correlação significativa com os escores totais da EZBI, evidenciando a relação existente entre sobrecarga e qualidade de vida. Os aspectos físicos e emocionais obtiveram os maiores valores quanto a magnitude da correlação, demonstrando o quanto a sobrecarga tem impacto na qualidade de vida dos CS.

Vários fatores inerentes ao cuidado podem contribuir para essa correlação. Cuidadores de idosos com demência, por exemplo, apresentam pior desempenho, principalmente no fator emocional (Ferreira, Alexandre, Lemos, 2011), o que pode estar relacionado ao comportamento que o IC apresenta, muitas vezes, destoante do que apresentava no decorrer da vida, criando situações embaraçosas e que exigem muito equilíbrio do cuidador.

A própria rotina de cuidados que impõe mudanças na vida do cuidador, que necessita se preocupar com os cuidados, com a alimentação, higiene, administração das medicações, entre outras tarefas, se apresentam de forma árdua e exaustiva, Ferreira, Alexandre e Lemos (2011) evidenciaram, existir associação entre esses fatores com os domínios dor, aspecto social e emocional, impactando negativamente a percepção da qualidade de vida dos CS.

Ao correlacionarmos os escores do SF-36 dos CS com os de dependência funcional (KATZ) do IC, evidenciamos correlação nas variáveis: aspectos físicos, emocionais e capacidade funcional, sendo os aspectos de dependência relacionados ao banho e controle da continência os que apresentaram maiores magnitudes.

Sabemos que o cuidado ao idoso dependente causa um grande impacto emocional aos familiares que prestam o cuidado, principalmente se são indivíduos com demência ou outros problemas decorrentes da senilidade, embora esperássemos uma relação inversamente proporcional, observamos em nosso estudo que o fato do IC ser mais dependente nos aspectos avaliados pela escala de KATZ, favorece uma melhor qualidade de vida do CS, ao contrario do que apontou Pinto et al., (2009) onde evidenciaram que a qualidade de vida do cuidador é menor quando a capacidade funcional do IC é mais comprometida. Acreditamos que com a maior dependência do IC, a programação dos cuidados prestados como horário do banho, das trocas, de fornecer as refeições, fiquem a cargo do CS, fazendo com que ele consiga se organizar de uma forma mais conveniente para suas necessidades, o que poderia justificar o resultado o encontrado.

Observamos que a maioria dos CS, deste estudo, são acompanhados há pelo menos um ano pelo AC e prestam cuidados há mais de cinco anos. Os CS avaliam que o AC tenha contribuído não só para o manejo dos problemas relacionados à saúde, mas também, para que tivessem uma melhor organização na promoção do cuidado ao idoso dependente, bem como na realização do próprio autocuidado, demonstrando o quanto as ações desenvolvidas no AC podem extrapolar o manejo comum direcionado apenas à fisiopatologia.

O AC aparece como um dos poucos disponíveis para população no Brasil, mesmo com toda a repercussão que o cuidado a um idoso dependente possa gerar. Programas voltados ao cuidador são ainda incipientes em nosso meio, sendo que em outros países, eles existem e garantem o cuidado e o descanso ao cuidador, de forma a preservá-lo (Duarte, Berzins, Giacomin, 2016).

Na Suécia, além dos serviços prestados diretamente aos idosos cuidados, existem também, serviços direcionados para os cuidadores informais, prestados pelo sistema formal de atendimento, oferecendo assistência em centros dias ao IC ou assistência domiciliar, apoio por meio de aconselhamento individual ou em grupo e embora menos comum, fornecem auxílio ou outro reembolso financeiro para os cuidadores informais (Johansson, Long, Parker, 2011).

No Estado de Maryland, Estados Unidos, para promover um envelhecimento saudável, o estado propôs cinco metas específicas em seu plano estadual de envelhecimento, das quais duas se relacionam aos cuidadores informais. Através de políticas específicas e com o apoio social em torno da prestação de cuidados, foi possível realizar parcerias multissetoriais propiciando um aumento de recursos formais e possibilitando, inclusive, oferecer descanso para os cuidadores informais, tentando tornar o cuidado mais organizado, minimizando a sobrecarga e o esgotamento (Galiatsatos, Gurley, Daniel, 2017).

Alguns Países disponibilizam auxílio financeiro ao cuidador familiar para colaborar na organização do cuidado. Na Irlanda, desde 2000, é disponibilizado o benefício do cuidador para segurados que deixaram de exercer alguma atividade profissional para cuidar de alguém. No Reino Unido é disponibilizado um subsídio de 55,55 Libras ao familiar que dispensa pelo menos 35hs/semana de cuidados, enquanto na Hungria existe o benefício “Nursing fee”, um apoio financeiro mensal para custeio do cuidado em casa de um parente próximo que necessita de cuidados de longo prazo (OECD, 2011).

Apesar da importância dos serviços de apoio ao CS, no Brasil, a falta de políticas públicas para direcionar e financiar o cuidado para essa população, dificulta que ações pontuais bem-sucedidas sejam valorizadas e ampliadas, resultando em poucas iniciativas, que embora apresentem bons resultados, não são difundidas, ao contrário do que observamos no exterior, onde esses serviços são mais estruturados e disseminados.

Em São Paulo, existe o Programa Acompanhante de Idosos (PAI), onde o projeto inicial, tinha como objetivo principal, capacitar indivíduos a realizarem atividades comunitárias de cuidado e acompanhamento de pessoas idosas frágeis, para atuarem na identificação de situações de risco que comprometessem a autonomia e independência assim como contribuir, para minimizar os efeitos da dependência que as pessoas idosas possuíam, Em 2008, face à avaliação positiva

que o projeto recebeu, a Secretaria Municipal de Saúde através da Coordenação da Atenção Básica, decidiu torná-lo uma política pública para a população idosa fragilizada do município de São Paulo (São Paulo, 2012).

Dessa forma os CS, em sua maioria, seguem sendo assistidos em serviços de saúde generalistas, sem atendimento especializado e sem ações de incentivo para que possam prover o autocuidado de forma mais amena e saudável.

7.0 CONCLUSÃO

Ao avaliarmos a qualidade de vida e a percepção de sobrecarga de cuidadores senescentes que frequentam um ambulatório de cuidadores de idosos, encontramos:

Quanto aos idosos cuidados:

- 72,7% têm idade acima de 80 anos
- 63,6% são do sexo feminino.
- 57,6% são viúvos.
- 78,8% eram da raça branca.
- todos possuíam religião.
- 87,9 possuíam algum grau de escolaridade.
- 93,9% tinham filhos.
- 90,9% eram aposentados.
- 84,8% tinham moradia própria.
- 60,6% viviam com três ou mais pessoas.
- 69,7% possuíam alguma doença neurológica.

Quanto ao grau de dependência, utilizando a escala de Katz encontramos os maiores índices de dependência para o controle da continência (72,7%) e autonomia de ir ao banheiro (72,7%); os menores índices foram de 39,4% na dependência para alimentação.

Quanto aos cuidadores senescentes:

- 75,7% se encontravam na faixa etária entre 60 e 69.
- 87,9 eram do sexo feminino.
- 78,8% eram da raça branca.
- 54,5% eram casados.
- 72,7% possuíam filhos.
- todos eram escolarizados, sendo que 57,6% possuíam o ensino médio completo.
- 63,7% eram filhos dos IC e destes, 65,5% eram do sexo feminino.
- todos referiram assumir a função de forma voluntária.
- 97% possuíam religião.
- 78,8% eram aposentados, sendo que para 81,8% era a única fonte de renda.
- 87,9% residiam em casa própria.

- 90,9% moravam com o IC.

- 90,9% dedicavam ao cuidado 24horas por dia.

- 97% prestavam cuidado todos os dias da semana.

- 54,6% recebiam alguma ajuda para o cuidado e destes, 83,3% a consideravam suficiente.

- 72,8% apresentavam pelo menos uma comorbidade.

- 39,4% realizavam acompanhamento de saúde somente no AC.

- 36,4% referiram ser cuidador há mais de 10 anos,

- 63,6% estavam inseridos no AC há mais de um ano.

- 97% dos cuidadores referiram que o AC proporcionou muita ajuda em seu cotidiano.

- 87,9% referiram que o AC contribuiu para o manejo dos problemas relacionados a saúde.

- 36,8% informaram que o AC auxiliou na organização dos cuidados ao IC.

- 27,3% referiram melhora no autocuidado após a inserção no AC.

Quanto a QV dos CS utilizando o instrumento SF36, evidenciamos que:

- os melhores escores médios estão distribuídos nas vertentes de saúde mental (64,38), estado geral de saúde (62,09) e capacidade funcional (57,42);

- os piores são referentes aos aspectos físicos (34,09), aspecto emocional (38,33) e dor (46,12).

-72,7% não evidenciou alteração no estado de saúde comparado a um ano atrás.

A média de sensação de sobrecarga para os cuidadores do estudo, utilizando a escala de Zarit, foi de 39,84, o que configura uma sobrecarga moderada.

Foi evidenciada correlação inversamente proporcional entre a sobrecarga referida e a qualidade de vida do CS, sendo que, os aspectos físicos, emocional e dor apresentaram valores de forte magnitude (r>-0,5).

Encontramos a existência de correlação proporcional entre a QV do CS na dimensão de aspecto físico com a dependência do IC avaliados pela escala de KATZ nos itens: banhar-se (r 0,451), vestir-se (r 0,409) e alimentar-se (0,414), assim como, a dimensão de aspecto emocional que também, apresentou correlação com o item banhar-se (r 0,409) e a dimensão dor com o item continência (r 0,417).

Não foram evidenciadas correlações entre o tempo de inclusão no AC de idosos com a sensação de sobrecarga avaliada pela escala de Zarit, nem com os domínios da QV avaliados pela SF-36.

76% dos CS que frequentam o AC há mais de um ano não apresentaram piora na autopercepção de saúde, comparada ao ano anterior e todos os que referiram melhora, pertenciam ao grupo que estava há mais tempo no AC.

8.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o crescente aumento da população idosa em nossa sociedade, temos presenciado cada vez mais a necessidade de se repensar em políticas públicas de saúde e intervenções que possam aumentar a autonomia e qualidade de vida dessa população.

O processo de envelhecimento, nem sempre é bem sucedido, pois diversos fatores sociais e econômicos refletem na condição de saúde dessa população. As doenças crônicas degenerativas somadas a falta de acesso a mecanismos que possam controlá-las, levam a senilidade que, por sua vez, resulta em uma população cada vez mais dependente de cuidados.

A dependência de cuidados faz com que a figura do cuidador seja essencial para suprir as necessidades do dia a dia. Com as novas configurações familiares, a escolha pela pessoa que irá ocupar essa posição se torna cada vez mais difícil, sendo que muitas vezes, essa responsabilidade recai sobre a pessoa idosa.

O CS que cuida de outra pessoa, também, idosa é uma figura cada vez mais presente em nossa sociedade e demanda cuidados específicos, porém, poucos serviços oferecem atendimento que direcionam o olhar para essa população.

Evidenciamos que a sobrecarga exercida pelo cuidado impacta diretamente a QV dessa população, sendo necessário que os serviços de saúde repensem sobre sua importância dentro do contexto do cuidado, uma vez que não dispomos de instituições públicas que possam assumir a responsabilidade pelo cuidado integral de nossos idosos dependentes.

Embora serviços e apoio para os CS sejam difundidos no exterior, no Brasil, ainda faltam políticas públicas para fomentar sua implementação e difusão. O que vemos são iniciativas isoladas, mas em número insuficiente para atender a demanda

crescente de cuidados para essa população, além disso, é necessário que existam maiores pesquisas, investigações e estudos relacionados aos CS, para serem evidenciadas a sua realidade, suas necessidades e, assim, auxiliar no desenvolvimento de políticas públicas que subsidiem o cuidado dessa população, favorecendo melhores condições de saúde e QV.

Acreditamos que o AC de idosos possa servir de inspiração para criação de novos serviços, com estratégias que possam subsidiar os profissionais de saúde no auxílio a estes cuidadores, à fim de minimizar os impactos negativos do cuidado, diminuindo a sensação de sobrecarga e melhorando, assim a sua QV.

O presente estudo teve como limitação o tamanho da amostra, decorrente da Pandemia de COVID 19 pelas razões já expostas, o que pode ter interferido nas análises estatísticas. Apesar disso, os dados representam um avanço na compreensão das questões referentes a importância de direcionar o olhar às necessidades dos CS e a importância de criar e fortalecer os serviços de atendimento aos cuidadores, especialmente os familiares.

.

9.0 REFERÊNCIAS

Almeida MAB, Gutierrez, GL, Marques R. Qualidade de vida: definições e conceitos. In: Almeida MAB, Gutierrez GL, Marques R, organizadores. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; 2012

Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2007 [citado 2018 Abr. 18];23(8):1924-30. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf. (Não entendi esta forma de referencia)

Amendola F, Oliveira MA, Alvarenga MR. Quality of life of family caregivers of patients dependent on the family health program. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2008 [citado 2018 Set. 18];17(2):266-72. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/07.pdf.

Areosa SVC, Henz LF, Lawisch D, Areosa RC. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. Psic., Saúde & Doenças [Internet]. 2014 [citado 2020 Dez. 13];15(2):482-94. Disponível: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000200012&lng=pt.

Bianchi M, Flesch LD, Alves EVC, Batistoni SST, Neri AL. Indicadores psicométricos da Zarit Burden Interview aplicada a idosos cuidadores de outros idosos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 2020 Out. 04];24:e2835. Disponível: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02835.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Federal n. 1.395, de 13 de dez. de 1999. Institui a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: 1999.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília; 2006b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Federal n. 2.528, de 19 de out. de 2006. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília: 2006c.

Braz, E. Entre o visível e o invisível: as representações sociais no cotidiano do senescente cuidador de idosos dependentes [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

Bretas ACP, Cuidadores de idosos e o Sistema Único de Saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2003 [citado 2019 Set 18];56(3):298-301. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a16v56n3

Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saude Publica [Internet]. 2003 [citado 2018 Abr. 14];19(3):773-81. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15880.pdf.

Chen H, Hu H. The relationship and mechanism between education and functional health status transition among older persons in China. BMC Geriatr [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan. 20];18(89). Available from: https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-018-0785-4.pdf.

Ciconelli RM.Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)”. Tese (Doutorado). São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo;1997.

Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychol Med [Internet]. 1998 [cited 2018 Set. 28];28(3):551-8. Avaible from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626712.

Domingues, EA. Paciente idoso desospitalizado: a continuidade da terapia nutricional enteral domiciliar [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

Duarte YAO, Berzins MAVS, Giacomin KC. Política nacional do idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. In: Alcântara G, Camarano AA (Org.). Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

Faria CDCM, Teixeira-Salmela LF, Nascimento VB, Costa AP, Brito NDP, Rodrigues PF. Comparação dos instrumentos de qualidade de vida Perfil de Saúde de Nottingham e Short Form-36 em idosos da comunidade. Rev. bras. fisioter. [Internet], 2011 [citado 2019 Out 19];15(5):399-405. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552011000500010&lng=en.

Fernandes CS, Angelo M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? uma revisão integrative. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 [citado 2018 Set. 18];50:675-82. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0675.pdf.

Ferreira CG, Alexandre TDS, Lemos ND. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. Saúde e Sociedade [Internet]. 2011 [citado 2021 Jan. 21];20(2):398-409. Disponível: https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n2/12.pdf.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al . Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev. Saúde Pública [Internet]. 2000 [citado

2018 Set. 20];34(2):178-83. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en.

Fornazari BA. Perfil, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores de idosos atendidos em ambulatório de geriatria e neurogeriatria [dissertação]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2018.

Francisco, GL. A sobrecarga do idoso cuidador: um modelo de associações com comprometimento cognitivo do receptor de cuidados e autoavaliação da saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo; 2018.

Galiatsatos P, Gurley A, Daniel HW. Policy and advocacy for informal caregivers: How state policy influenced a community initiative. J Public Health Policy [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan. 02];38(4):503-8. Available from: https://link.springer.com/content/pdf/10.1057/s41271-017-0084-x.pdf.

Giacomim KC, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. Cad Saúde Pública [Internet]. 2005 [citado 2020 Abr. 20];21(1):80-91. Disponível: https://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/10.pdf.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.

Gonçalves EBS, Faria GS, Ribeiro ABP, Viana DA, Santos AS. Estudo da independência funcional de idosos longevos. JCBS [Internet]. 2017 [Acesso em 20 set 2020];3(2): 88-92. Disponível em: http://publicacoes.facthus.edu.br/index.php/saude/article/download/221/estudo%20da%20independ%c3%8ancia%20funcional%20de%20idosos%20longevos.

Gonçalves A, Vilarta R. Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole; 2004. A qualidade de vida – concepções básicas voltadas à saúde; p.27-62.

Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. UnATI [Internet]. 2000 [citado 2018 Set. 18]. Disponível em: http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/textos_Unati/unati1.pdf

Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. Rev Esc Enferm USP [Internet] 2013 [citado 2018 Set 18];47:137-44. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a17v47n1.pdf.

Gratão ACM, Vendrúscolo TRP, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Santos JLF, Rodrigues RAP. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. Texto & Contexto: Enfermagem [Internet]. 2012 [citado 2018 Set. 2018];21:304-12. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

07072012000200007&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200007.

Guralnik JM, LaCroix AZ, Abbott RD, Berkman LF, Satterfield S, Evans DA, et al. Maintaining mobility in late life. I. Demographic characteristics and chronic conditions. Am J Epidemiol [Internet]. 1993 [cited 2020 Abr. 20];137(8):845-57. Available from: https://academic.oup.com/aje/article-lookup/doi/10.1093/oxfordjournals.aje.a116746.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos demográficos: censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; [2011] [citado 2018 Abr. 14]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [2013] [citado 2018 Abr. 14]. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv65857.pdf.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; [2010] [citado 2021 Jan. 14]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv45700.pdf.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. [Internet]. Brasília: IBGE; [2016] [citado 2021 Jan. 21]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf.

Jede, M, Spuldaro, M. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano [Internet]. 2009 [citado 2018 Set. 14];6(3):413-21. Disponível: http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/375/822.

Johansson L, Long H, Parker M. Informal caregiving for elders in Sweden: An analysis of current policy developments. Journal of Aging & Social Policy [Internet]. 2011 [cited 2021 Jan. 02];23, 335–53. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2011.605630?scroll=top&needAccess=true.

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2003 [citado 2018 Set. 18];19(3):861-6. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300019&lng=en.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA.[Internet] 1963 [citado 2018 Set 18];185(12):914-9. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/666768.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data Landis. Biometrics; 1977.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica, Porto Alegre Editora Artmed. 2003 [citado 2021 Jan. 21];2.

Lemos ND. Idosos cuidadores: uma realidade não desvelada. Mais 60: Estudos Sobre Envelhecimento, São Paulo (SP) 2018 Dez;29(72):8-25.

LEMOS ND. Idosos cuidando de idosos: situações e contradições do cuidar. 2012. 283p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2012.

Lenardt MH, Hautsch WM, Seima MD, Freitas PL. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. Colomb. Med. [Internet]. 2011 [citado 2020 Abr. 02];42(2):17-25. Disponível: http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v42n2s1/v42n2s1a3.pdf.

Loureiro LSN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet], 2013 [citado 2018 Set. 18];47(5):1133-40. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v34n2/0102-3098-rbepop-3098a0004.pdf.

Loureiro LSN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [citado 2018 Set. 18];67:227-32. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200227&lng=en. http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140030.

Luchesi BM. Idosos cuidadores de idosos: atitudes em relação à velhice, sobrecarga, estresse e sintomas depressivos [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2015.

Matos FS, Carneiro JAO, Jesus CS, Coqueiro R, Fernandes M, Brito TA. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. Cien Saude Colet [Internet]. 2018 [citado 2021 Jan. 20];23(10):3393-401. Disponível: https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/1413-8123-csc-23-10-3393.pdf.

Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva [Internet], 2000 [citado 2018 Set. 18];5(1):7-18. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf.

Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil. Interface [Internet]. 2017 [citado 2018 Abr. 14];21(61):309-20. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n61/1807-5762-icse-1807-576220160136.pdf.

Moraes EM, Marino MCA, Santos RR. Principais síndromes geriátricas. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2010 [citado 2020 Abr. 20]; 20(1): 54-6. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/196.pdf.

Moura K, Sousa E, Pereira K, Barroso L, Miranda M, Carvalho G. Workload of informal caregivers of elderly at risk. Journal of Nursing UFPE [Internet]. 2019 [cited 2020 Out 19];13(5):1183-91. Available from: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239086.

Musich S, Wang S, Kraemer S, Hawkins K, Wicker E. (2017). Caregivers for older adults: Prevalence, characteristics, and health care utilization and expenditures. Geriatric Nursing [Internet]. 2017 [cited 2020 Apr. 02];38:9-16. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457216300957/pdfft?md5=e8c30ce377cb2ee66e31f4964282cfc9&pid=1-s2.0-S0197457216300957-main.pdf.

Nardi T, Rigo JC, Brito M, Santos ELM, Bós AJG. Sobrecarga e percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2011 [citado 2018 Set. 18];14(3):511-19. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n3/v14n3a11.pdf.

Nunes DP, Brito TRP, Corona LP, Alexandre TS, Duarte YAO. Idoso e demanda de cuidador: proposta de classificação da necessidade de cuidado. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018 [citado 2018 Set. 18];71:844-50. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0844.pdf.

OECD. Policies to Support Family Carers, in Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care. Paris: OECD Publishing; 2011.

Oliveira JF, Delfino LL, Batistoni SST, Neri AL, Cachioni M. Qualidade de vida de idosos que cuidam de outros idosos com doenças neurológicas. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2018 [citado 2020 Dez 12];21(4):428-38. Disponível:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000400428&lng=en.

Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra, 2015.

Pampolim G, Lourenço C, Silva VG, Coelho MCR, Sogame LCM. Prevalencia e fatores associados à dependencia functional em idosos restritos ao lar Journal of Human Growth and Development [Internet]. 2017 [citado 2018 Set 18];27:235-43. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v27n2/pt_15.pdf.

Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, Souza LF, Fram DS, Belasco AGS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. Acta paul. enferm. [Internet]. 2009 [citado 2020 Abr. 02];22(5):652-7. Disponível: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf.

Piratoba-Hernandez BN, Rozo-GutiÚrrez JN. Caracterización sociodemográfica del cuidador familiar de la persona mayor en una localidad de Bogotá-Colombia. MedUNAB [Internet]. 2015 [citado em 2018 Abr. 14];18(1):51-7. Disponível em: https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2189/2057.

Porciúncula RCR, Carvalho EF, Barreto KML, Leite VMM. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2014 [citado 2018 Abr. 14];17(2):315-25. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n2/1809-9823-rbgg-17-02-00315.pdf

Ribeiro DKMN, Lenardt MH, Michel T, Setoguchi LS, Grden CRB, Oliveira ES. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 [citado 2018 Mar. 20];49(1):89-95. Disponível: http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100012.

Rocha ACAL, Ciosak SI. Doença Crônica no Idoso: Espiritualidade e Enfrentamento. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2014 [citado 2021 Fev. 13];48(spe2):87-93. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000800087&lng=en.

Santos OAA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. Esc. Anna Nery [Internet]. 2017 [citado 2020 Out 04];21(1). Disponível em:https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/en_1414-8145-ean-21-01-e20170013.pdf.

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde, Coordenação de Atenção Básica, Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Documento norteador do Programa Acompanhante de Idosos do Município de São Paulo. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2012.

Seima MD, Lenardt MH, Caldas CP. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2014 [citado 2020 Abr. 02];67(2):233-40. Disponível: https://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0233.pdf.

Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. Rev bras psiquiatr [Internet]. 2002 [citado 2018 Abr. 14];24(1):12-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24n1/11308.pdf.

Teixeira SM. Família e as formas de proteção social primária aos idosos. Rev Kairós [Internet]. 2008 [citado 2018 Abr. 14];11(2):59-80. Disponível: https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2393/1486.

Trivinõs ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist - 1987R and the burden interview (technical report). University Park (PA): Pennsylvania State Universiy, 1987.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a),

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa "Ambulatório para cuidadores de idosos: qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares senescentes", sob responsabilidade de Mateus de Carvalho Maciel, aluno do curso de pós-graduação da Escola da Enfermagem da USP, orientado pela Profa. Dra. Suely Itsuko Ciosak.

Esse estudo tem por objetivos avaliar o efeito de um ambulatório para cuidadores senescentes de idosos na sua qualidade de vida e sobrecarga de cuidados. Para sua comodidade, a entrevista será realizada nas dependências do ambulatório de cuidadores da Universidade Federal de São Paulo. O tempo previsto para a entrevista e aplicação de escalas será de aproximadamente trinta minutos.

A entrevista pode apresentar pequena possibilidade de riscos ou prejuízos à sua saúde. Algumas pessoas gostam e se beneficiam de falar sobre a experiência como cuidador (a); outras podem não se sentir tão confortáveis. Então, por questões éticas, precisamos informar as vantagens/benefícios em participar da pesquisa; e dos riscos ou desvantagens.

Falar sobre a experiência vivida oferece a possibilidade de reorganizar os pensamentos, elaborar significados de sua experiência, trazer a lembrança momentos agradáveis, o que muitos consideram bastante proveitoso.

Os riscos que esta pesquisa oferece aos participantes estão relacionados ao campo do bem-estar emocional, por ser uma investigação sobre experiência vivida. Caso você sinta algum desconforto em compartilhar as informações durante a entrevista, você pode recusar a responder a qualquer questão. Havendo qualquer desconforto na participação, serão dados os devidos cuidados e encaminhamentos para a Unidade de Saúde da família mais próxima. Lembramos que sua participação é voluntária e a qualquer momento o (a) senhor (a) poderá deixar de participar desta pesquisa.

A sua recusa não irá afetar sua participação no ambulatório de cuidadores.

Será solicitado que o (a) senhor (a) responda a algumas questões e escalas. Todas as informações obtidas neste estudo, serão mantidas em sigilo e sua identidade

não será revelada. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em publicações científicas.

Caso o participante tenha alguma despesa decorrente de sua participação na pesquisa, o ressarcimento será feito pelo pesquisador, mediante comprovante como nota fiscal, por exemplo. Caso haja eventuais danos decorrentes da pesquisa, o (a) senhor (a) terá direito a indenização.

Se você tiver alguma dúvida ou denúncia ética sobre esta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP, telefone 30618858, e-mail – cepee@usp.br .

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador Mateus de Carvalho Maciel, R. Prof. Francisco de Castro, 105 - Vila Mariana, São Paulo , telefone (14) 98164-8158 e-mail: mateusmaciel@usp.br.

Este documento possui 2 (duas) vias, uma delas ficará com o(a) senhor(a) e a outra com o pesquisador e deverá ser rubricado em todas as páginas e assinado ambas as vias, de acordo com a Resolução 466/2012.

Caso possa colaborar com o estudo, para atender as exigências éticas de pesquisa com seres humanos queira, por favor, preencher o termo de consentimento.

Eu_____portador (a) do RG nº _____ após ter sido informado (a) sobre o trabalho, concordo em participar do mesmo.

São Paulo, ____ de _____ de 20___.

_____
Assinatura
Assinatura do Pesquisador

_____
Mateus de Carvalho Maciel
RG: 14105351 Telefone: (14)98164-8158
E-mail: mateusmaciel@usp.br
Coren-SP: 399.491
Rua Professor Francisco de Castro, 105, Vila Clementino, São Paulo.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA DO IDOSO CUIDADO

A1.1 – Idade _____ ( ) A.1.1.1 >=60 < 65 ANOS ( ) A.1.1.2 >= 65 < 70 ANOS ( ) A.1.1.3 > = 70 < 75 ANOS ( ) A.1.1.4 > = 75 anos < 80 ( ) A.1.1.5 > = 80 ANOS	A1.2 – Sexo ( ) A.1.2.1 Feminino ( ) A.1.2.2 Masculino
A1.3 - Estado Civil ( ) A.1.3.1 CASADO ( ) A.1.3.2 VIÚVO ( ) A.1.3.3 DIVORCIADO ( ) A.1.3.4 SOLTEIRO ( ) A.1.3.5 OUTROS _____	A1.4 - Raça referida ( ) A.1.4.1 BRANCA ( ) A.1.4.2 PRETA ( ) A.1.4.3 AMARELA ( ) A.1.4.4 INDÍGENA ( ) A.1.4.5 OUTRA
A1.5 Escolaridade: Anos _____ ( ) A.1.5.1 Sem escolaridade ( ) A.1.5.2 Ensino Fundamental ( ) A.1.5.3 Ensino Médio ( ) A.1.5.4 Ensino Superior	A1.6 - Número de Filhos _____ ( ) A.1.6.1 sem filhos ( ) A.1.6.2 um ( ) A.1.6.3 dois ( ) A.1.6.4 três ( ) A.1.6.5 Quatro ou mais
A1.7 Tem Religião ( ) A.1.7.1 NÃO ( ) A.1.7.2 SIM Qual?_____	A1.8 Aposentadoria ( ) A.1.8.1 NÃO ( ) A.1.8.2 SIM, 1 SALÁRIO MÍNIMO (SM) ( ) A.1.8.3 SIM, 2 SM ( ) A.1.8.4 SIM, 3 SM ( ) A.1.8.5 SIM, 4 ou + SM
A1.9 Outro tipo de Renda? ( ) A.1.9.1 NÃO ( ) A.1.9.2 SIM, 1 SALÁRIO MÍNIMO (SM) ( ) A.1.9.3 SIM, 2 SM ( ) A.1.9.4 SIM, 3 SM ( ) A.1.9.5 SIM, 4 ou + SM Qual: _____	A1.10 – Tipo de moradia ( ) A.1.10.1 Própria ( ) A.1.10.2 Alugada ( ) A.1.10.3 Cedida ( ) A.1.10.4 Outra _____
A1.11 - Número de habitantes no lar: ( ) A.1.11.1 UM ( ) A.1.11.2 DOIS ( ) A.1.11.3 TRÊS ( ) A.1.11.4 QUATRO ( ) A.1.11.5 CINCO OU +	A1.12- Diagnóstico de demência referido pelo cuidador ( ) A.1.12.1 NÃO POSSUI ( ) A.1.12.2 ALZHEIMER ( ) A.1.12.3 PARKINSON ( ) A.1.12.4 VASCULAR ( ) A.1.12.5 OUTRAS
A1.13 – Outros diagnósticos do idoso referidos pelo cuidador:	

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA DO CUIDADOR FAMILIAR

B1.1 – Idade _____ ( ) B.1.1.1 >= 55 < 60 anos ( ) B.1.1.2 >=60 < 70 anos ( ) B.1.1.3 > = 70 < 80 anos ( ) B.1.1.4 > = 80 anos	B1.2 – Sexo ( ) B.1.2.1 Feminino ( ) B.1.2.2 Masculino
B1.3 - Estado Civil ( ) B.1.3.1 CASADO ( ) B.1.3.2 VIÚVO ( ) B.1.3.3 DIVORCIADO ( ) B.1.3.4 SOLTEIRO ( ) B.1.3.5 OUTROS _____	B1.4 - Raça referida ( ) B.1.4.1 BRANCA ( ) B.1.4.2 PRETA ( ) B.1.4.3 AMARELA ( ) B.1.4.4 INDÍGENA ( ) B.1.4.5 OUTRA
B1.5 Escolaridade: Anos _____ ( ) B.1.5.1 Sem escolaridade ( ) B.1.5.2 Ensino Fundamental ( ) B.1.5.3 Ensino Médio ( ) B.1.5.4 Ensino Superior	B1.6 - Número de Filhos _____ ( ) B.1.6.1 SEM FILHOS ( ) B.1.6.2 UM ( ) B.1.6.3 DOIS ( ) B.1.6.4 TRÊS ( ) B.1.6.5 QUATRO OU MAIS
B1.7 Grau de Parentesco com o idoso ( ) B1.7.1 Esposa ( ) B1.7.2 Marido ( ) B1.7.3 Ex Esposa ( ) B1.7.4 Ex Marido ( ) B1.7.5 Filho ( ) B1.7.6 Filha ( ) B1.7.7Outros (familiar)_____ ( ) B1.7.8 Outros (não familiar)_____ _____ _____	B1.8 Como se tornou cuidador do idoso? B1.8.1 ( ) Opção própria (voluntaria) B1.8.2 ( ) Imposição familiar B1.8.3 ( ) Outros _____
B1.9 Tem Religião ( ) B.1.9.1 NÃO ( ) B.1.9.2 SIM Qual?_____	B1.10 Aposentadoria ( ) B.1.10.1 NÃO ( ) B.1.10.2 SIM, 1SALÁRIO MÍNIMO (SM) ( ) B.1.10.3 SIM, 2 SM ( ) B.1.10.4 SIM, 3 SM ( ) B.1.10.5 SIM, 4 ou + SM
B1.11 Realiza atividade remunerada? ( ) B.1.11.1 NÃO ( ) B.1.11.2 SIM, 1 SALÁRIO MÍNIMO (SM) ( ) B.1.11.3 SIM, 2 SM ( ) B.1.11.4 SIM, 3 SM ( ) B.1.11.5 SIM, 4 ou + SM Qual: _____	B1.12 – Tipo de moradia ( ) A.1.12.1 Própria ( ) A.1.12.2 Alugada ( ) A.1.12.3 Cedida pelo Idoso cuidado ( ) A.1.12.4 Cedida por outros familiares ( ) A.1.12.5 Outros _____

B1.13 Reside no mesmo local do idoso ( ) B1.13.1 NÃO ( ) B1.13.2 SIM	B1.14 Horas diárias de cuidado prestado: _____
B1.15 Quantidade de dias na semana em que presta cuidados: _____	B1.16 Recebe ajuda no cuidado prestado? ( )B1.16.1( ) Não ( )B1.16.2( ) Sim, qual_____ _____ De quem? _____ _____ Considera suficiente? ( )Não ( ) Sim
B1.17 Recebe alguma ajuda financeira pelos cuidados prestados? De quem? ( )B1.17.1 NÃO ( )B1.17.2 SIM _____	B1.18 Faz acompanhamento em algum outro serviço de saúde? ( )B1.18.1 NÃO ( )B1.18.2 SIM _____
B1.19 Data Admissão no ambulatório de cuidadores ___/___/____ ( )B1.19.1 < 2 meses ( )B1.19.2 >= 2 e < 6 meses ( )B1.19.3 >= 6 meses < 1 anos ( )B1.19.4 >= 1 ano	B1.20 Com relação ao ambulatório de cuidadores, você acha que ele te proporciona: ( )B1.20.1 Nenhuma Ajuda ( )B1.20.2 Pouca Ajuda ( )B1.20.3 Média Ajuda ( )B1.20.4 Muita Ajuda
B1.21 Com relação ao ambulatório de cuidadores, você acha que ele te proporciona alguma ajuda? Se sim, em que? _____ _____	B1.22 A quanto tempo exerce a função de cuidador(a)? _____
B1.23Doenças referidas:	

ANEXO 1 - FICHA DE AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE – KATZ

Área de funcionamento	I - Independente	D - Dependente
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) ( ) não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) ( ) recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) ( ) recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho		
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) ( ) pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda ( ) pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos ( ) recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa		
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) ( ) vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) ( ) recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite ( ) não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas		
Transferência ( ) deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) ( ) deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda ( ) não sai da cama		
Continência ( ) controla inteiramente a micção e a evacuação ( ) tem “acidentes” ocasionais ( ) necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente		
Alimentação ( ) alimenta-se sem ajuda ( ) alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão ( ) recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos		

A2.0 - ( ) 0: independente em todas as seis funções;
A2.1 - ( ) 1: independente em cinco funções e dependente em uma função;
A2.2 - ( ) 2: independente em quatro funções e dependente em duas;
A2.3 - ( ) 3: independente em três funções e dependente em três;
A2.4 - ( ) 4: independente em duas funções e dependente em quatro;
A2.5 - ( ) 5: independente em uma função e dependente em cinco funções;
A2.6 - ( ) 6: dependente em todas as seis funções.

ANEXO 2 - ESCALA DE ZARIT BURDEN INTERVIEW (ZBI)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira.

Não existem respostas certas ou erradas.

nunca=0, raramente=1, algumas vezes= 2, frequentemente= 3, ou sempre= 4

SOMENTE PARA QUESTÃO 22
nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4

1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?	
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S*, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?	
3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S* e suas outra responsabilidades com a família e o trabalho?	
4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S*?	
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S* está por perto?	
6. O Sr/Sra sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S*?	
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?	
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S está por perto?	
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?	
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?	
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?	
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?	
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?	
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S,	

somando-se as suas outras despesas?	
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?	
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de S?	
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?	
19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?	
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?	
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?	
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?	
Score Total	

ANEXO 3 - THE MEDICAL OUTCOMES STUDY 36-ITEM SHORT FORM HEALTH SURVEY (SF-36)

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum.
Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2

d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como conseqüência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6

d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 4 - PONTUAÇÃO DO QUESTIONÁRIO SF-36

QUESTÃO	Pontuação
01	1 => 5,0 2=> 4,4 3=> 3,4 4=> 2,0 5=> 1,0
02	Soma Normal
03	Soma Normal
04	Soma Normal
05	Soma Normal
06	1=> 5 2=> 4 3=>3 4=>2 5=> 1
07	6,0 2=> 5,4 3=> 4,2 4=> 3,1 5=> 2,2 6=> 1,0
08	Se 8=>1 e 7=> 1 ======>>>>>> 6 Se 8=>1 e 7=> 2 a 6 ======>>>>>>5 Se 8=>2 e 7=> 2 a 6 ======>>>>>> 4 Se 8=>3 e 7=> 2 a 6 ======>>>>>> 3 Se 8=>4 e 7=> 2 a 6 ======>>>>>> 2 Se 8=>5 e 7=> 2 a 6 ======>>>>>> 1 Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: 1 => 6.0 2=> 4,75 3=> 3,5 4=> 2,25 5=> 1,0
09	a,d,e,h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=3, 5=2, 6= 1) Vitalidade= a+e+g+i Saúde mental= b+c+d+f+h
10	Soma Normal
11	a , c= valores normais b, d= valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)

ANEXO 5 - CÁLCULO DO RAW SCALE (0 A 100) SF-36.

	Questão	Limites	Score Ranges
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+ f+g+h+i+j)	10,30	20
Aspectos Físicos	4 (a+b+c+d)	4,8	4
Dor	7+8	2,12	10
Estado Geral de Saúde	1+ 11	5,25	20
Vitalidade	9 (a+e+g+i)	4,24	20
Aspectos Sociais	6+10	2,10	8
Aspecto Emocional	5 (a+b+c)	3,6	3
Saúde Mental	9 (b+c+d+f+h)	5,3	25

Raw Scale:

Ex: Item = $\frac{[\text{Valor obtido - Valor mais baixo}]}{\text{Variação}} \times 100$

Ex: Capacidade funcional = 21

Valor mais baixo = 10

Variação = 20

Ex: $\frac{21-10}{20} \times 100 = 55$

Obs. A questão nº 2 não entra no cálculo dos domínios (Ciconelli,1997).

ANEXO 6 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO / EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AMBULATÓRIO PARA CUIDADORES DE IDOSOS: QUALIDADE DE VIDA E SOBRECARGA DE CUIDADORES FAMILIARES SENESCENTES

Pesquisador: Mateus de Carvalho Maciel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24318719.6.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.723.946

Apresentação do Projeto:

Estudo de natureza quantitativa, transversal, prospectivo, descritivo e exploratório que permitirá identificar e fornecer dados básicos para futuros estudos ou ações.

Se desenvolverá em um Ambulatório para Cuidadores da Disciplina de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo, inserida no complexo da Universidade, sediado na zona sul da cidade de São Paulo. O ambulatório atualmente conta cerca de 96 pacientes em atendimento. A população de estudo será composta pelos cuidadores familiares senescentes que frequentem o ambulatório de cuidadores de idosos e que atendam os seguintes critérios: sexo feminino e masculino, idade de 60 anos e mais, não tenham vínculo empregatício formal de cuidador, que sejam capazes de expressar sentimentos, percepções e concordarem em participar da pesquisa. O número de participantes será composto pelo total da população de cuidadores que aceitarem participar do estudo.

Para a coleta de dados será aplicado um instrumento ao cuidador elaborado para esta pesquisa, sendo composto por dados sobre o idoso cuidado: Caracterização sócio demográfica e avaliação da capacidade funcional através da escala de Katz (Katz et al., 1963); Dados sobre o cuidador: Caracterização sócio demográfica, avaliação da sobrecarga do cuidador através da escala de Zarit Burden Interview (Scavufca, 2002) e avaliação da qualidade de vida através da escala The Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey SF-36 (Ciconelli, 1997).

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

A coleta de dados será efetuada provavelmente à partir de novembro de 2019. As informações serão coletadas com os idosos que atenderam aos critérios de inclusão, através de entrevista realizada no ambulatório de cuidadores de uma Universidade Federal, em um ambiente privativo. O encontro será agendado através de contato telefônico com no mínimo sete dias de antecedência, para que os participantes possam se organizar. Está prevista que a entrevista, com aplicação dos testes durará em torno de 30 a 40 minutos.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo conta com dois objetivos:

Objetivo Primário:

Avaliar o efeito de um ambulatório para cuidadores senescentes de idosos na sua qualidade de vida e sobrecarga de cuidados.

Objetivo Secundário:

Conhecer o perfil sócio demográfico do cuidador familiar de idosos. Caracterizar o grau de dependência funcional dos idosos cuidados pelos cuidadores familiares. Associar a qualidade de vida dos cuidadores familiares com a capacidade funcional dos idosos cuidados. Avaliar a qualidade de vida dos cuidadores familiares com a sobrecarga dos cuidados. Associar o perfil sócio demográfico dos cuidadores familiares com a qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para o pesquisador, os Riscos que esta pesquisa oferece aos participantes estão relacionados ao campo do bem-estar emocional, por ser uma investigação sobre experiência vivida.

E os Benefícios estão relacionados em falar sobre a experiência vivida se oferece a possibilidade de reorganizar os pensamentos, elaborar significados de sua experiência, trazer a lembrança de momentos agradáveis, o que muitos consideram bastante proveitoso.

Além de criar subsídios para o fortalecimento dos serviços de apoio aos cuidadores senescentes de idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área da gerontologia e geriatria, assim como para o âmbito de conhecimento da qualidade de vida dos cuidadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados de acordo com as exigências.

Recomendações:

Recomendo que ajuste o tempo da entrevista, na Plataforma Brasil a aplicação dos testes está em torno de 30 a 40 minutos, e no TCLE em torno de 30 min.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1437744.pdf	25/10/2019 16:25:46		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle2.docx	25/10/2019 16:22:42	Mateus de Carvalho Maciel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOMESTRADO.docx	25/10/2019 16:22:00	Mateus de Carvalho Maciel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coepunifesp.pdf	24/10/2019 22:22:49	Mateus de Carvalho Maciel	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	24/10/2019 21:55:01	Mateus de Carvalho Maciel	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	24/10/2019 21:54:22	Mateus de Carvalho Maciel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Novembro de 2019

Assinado por:
Rita de Cassia Burgos de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br

ANEXO 7 – OFÍCIO COORDENADORIA DE ENSINO E PESQUISA HOSPITAL SÃO PAULO – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIFESP

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Coordenadoria de Ensino e Pesquisa
Hospital São Paulo-Hospital Universitário
UNIFESP

Ofício CoEP do HSP-HU/UNIFESP nº 519/2019

São Paulo, 11 de outubro de 2019.

Ilmo(a). Sr(a).
Prof(a). Dr(a). Suely Itsuko Ciosak
Orientador (a)

Prezado(a) Professor(a)

A Coordenadoria de Ensino e Pesquisa do Hospital São Paulo-HU da UNIFESP, está de acordo com a realização do Projeto de Pesquisa intitulada: **"Ambulatório para cuidadores de idosos: qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares senescentes"**, do aluno de mestrado Mateus de Carvalho Maciel.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Marcelo Nascimento Burattini
Presidente da Coordenadoria de Ensino e Pesquisa
Hospital São Paulo – Hospital Universitário da Unifesp

Rua Napoleão de Barros, 715 1º andar – CEP: 04024-002 – São Paulo – SP
Tel.: (55) (11) 5576-4038/5572-1922