



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA
MESTRADO EM GERONTOLOGIA



SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE PESSOAS IDOSAS
ASSISTIDAS EM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E FATORES
ASSOCIADOS

Recife
2023

MILENA ALVES DE LUNA

**SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE PESSOAS IDOSAS
ASSISTIDAS EM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E FATORES
ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia.

Área de concentração: Gerontologia

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Paula de Oliveira Marques

Recife

2023

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Luna, Milena Alves de.

Sobrecarga do cuidador informal de pessoas idosas assistidas em serviço de atenção domiciliar e fatores associados / Milena Alves de Luna. - Recife, 2023.

67 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Gerontologia, 2023.

Orientação: Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos.

Coorientação: Ana Paula de Oliveira Marques.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Sobrecarga do cuidador; 2. Idoso; 3. Serviços de assistência domiciliar. I. Vasconcelos, Eliane Maria Ribeiro de. II. Marques, Ana Paula de Oliveira. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

MILENA ALVES DE LUNA

**SOBRECARGA DO CUIDADOR INFORMAL DE PESSOAS IDOSAS
ASSISTIDAS EM SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR E FATORES
ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia.
Área de concentração: Gerontologia.

Aprovado em: 28 / 09 / 2023 .

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos
(Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula de Oliveira Marques
(Coorientadora)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof. Dr. Hugo Moura de Albuquerque Melo (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Prof. Dr^ª. Fábيا Maria de Lima (Examinador Externo)
Universidade de Pernambuco - UPE

À Mainha, que mesmo distante fisicamente, continua iluminando e florescendo meus caminhos. Sigo suas orientações conectadas pelo amor e energia.

AGRADECIMENTOS

À Deus por ser guia, fortaleza e amparo em dias difíceis, por não me permitir desistir.

À minha família, pai e irmãos, pela base, suporte e a certeza e amor cuidado eternos.

Ao meu esposo, José Ricardo, pela caminhada diária juntos, impulsionando um ao outro, firmes no propósito.

À Professora Ana Paula e seu imenso dom pela docência. Palavras nunca serão suficientes para agradecer toda essa trajetória na orientação. Obrigada pelo acolhimento, compreensão, disponibilidade e ensinamentos, mesmo em dias difíceis. Obrigada por acreditar em mim.

À Professora Eliane, pelo suporte inicial quando eu estava completamente perdida. Obrigada por tudo.

À Dr. Hugo Moura, exemplo de humanização em saúde, eu e toda equipe do SAD Jaboatão seremos eternamente gratos pelo incentivo, dedicação, acolhimento e todo esforço para fazer acontecer. Muitos foram os desafios, mas seu legado jamais será esquecido. Muito obrigada, Dr. Hugo.

Aos cuidadores e pacientes do SAD Jaboatão, a qual me dedico há anos. Espero que este trabalho gere conhecimento científico e frutos para esta população carente de cuidados e recursos.

À toda equipe multiprofissional do SAD Jaboatão e aos colegas que me ajudaram diretamente na execução deste trabalho, muito obrigada!

À Diretoria do Hospital Memorial Jaboatão pela anuência e me permitir concluir a pesquisa.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Gerontologia da UFPE, por contribuir em mais um passo na minha formação profissional e na conclusão de um sonho.

Aos colegas de turma, a turma da pandemia, foi difícil, mas permanecemos firmes, hoje mestres em Gerontologia.

A todas as pessoas que de alguma forma me ouviram, acolheram, deram força e boas energias para que finalmente concluísse o mestrado.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

As diversas alterações decorrentes do processo de envelhecimento podem levar o idoso à necessidade de auxílio nas Atividades de Vida Diária (AVD), neste caso, surge a figura do cuidador, com a tarefa de cuidar, geralmente de caráter ininterrupto, com situações desgastantes e de sobrecarga. Objetivo: Analisar os fatores associados à sobrecarga de cuidadores informais de pessoas idosas assistidas em Serviço de Atenção Domiciliar do SUS. Método: Estudo exploratório descritivo do tipo observacional, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado no domicílio da pessoa idosa, cadastrada no Serviço de Atenção Domiciliar, Hospital Memorial Jaboatão (HMJ), Jaboatão dos Guararapes/PE. A amostra foi composta por 144 cuidadores informais, de ambos os sexos, idade ≥ 18 anos, coabitando no mesmo domicílio do idoso. Variável dependente: sobrecarga do cuidador informal, avaliada por meio do Inventário de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Variáveis independentes: Dados sociodemográficos do cuidador e idoso e funcionalidade (Índice de Barthel). Resultados: Prevaleram cuidadores do sexo feminino, de 46 a 59 anos; com ≥ 12 anos estudo; sem atividade de trabalho remunerado; com renda familiar entre 1 e 2 salários-mínimos; com problema de saúde com diagnóstico; grau de parentesco - filhos dos idosos; envolvidos 24 horas/dia nos cuidados, atuando como cuidador entre 1 e 5 anos e com nível de sobrecarga leve a moderada. Quanto aos usuários idosos, a maioria era do sexo feminino, com idade entre 70 e 79 anos e totalmente dependentes para as AVD. O teste de associação não foi significativo para nenhum dos fatores avaliados. Conclusão: O apoio do SAD é de extrema importância a fim de alertar sobre o curso da doença nos idosos, atitudes do cuidador frente as necessidades e de orientar formas possíveis e acessíveis de autocuidado de quem cuida.

Palavras-chave: sobrecarga do cuidador; idoso; serviços de assistência domiciliar.

ABSTRACT

The various changes resulting from the aging process can lead elderly individuals to require assistance to Activities of Daily Living (ADLs). In such cases, caregivers come into play, often tasked with continuous care responsibilities that can be taxing and burdensome. Objective: To analyse the factors associated with the burden experienced by informal caregivers of elderly individuals receiving care through the SUS Home Care Service. Method: An exploratory descriptive study of the observational, cross-sectional type with a quantitative approach was conducted in the homes of elderly individuals registered in the Home Care Service at Hospital Memorial Jaboatão (HMJ), Jaboatão dos Guararapes/PE. The sample consisted of 144 informal caregivers of both genders, aged above 18 years old, living in the same household as the elderly person. Dependent variable: Informal caregiver burden, assessed using the Zarit Caregiver Burden Inventory. Independent variables: Sociodemographic data of the caregiver and elderly person and functionality (Barthel Index). Results: Female caregivers prevailed, aged 46 to 59 years old, with over 12 years of education, without paid employment, with family income between 1 to 2 minimum wages, with diagnosed health problems, relationship degree - children of the elderly, providing care for 24 hours a day between 1 to 5 years, and experiencing mild to moderate caregiver burden. Regarding elderly users, the majority were female, aged 70 to 79 years old, and fully dependent on AVD. The association test was not significant for any of the evaluated factors. Conclusion: The support of Home Care Services (SAD) is of utmost importance to raise awareness about the course of illness in the elderly, the caregiver's attitudes towards their needs, and to provide guidance on possible and accessible self-care for caregivers.

Keywords: caregiver burden; elderly; home care services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Variável dependente: Sobrecarga do cuidador informal. Jaboatão dos Guararapes/PE, 2023.....	27
Quadro 2 – Categorias da escala de sobrecarga do cuidador. Jaboatão dos Guararapes/PE, 2023.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de cuidadores informais de pessoas idosas, assistidas em Serviço de Atenção Domiciliar. Jaboatão dos Guararapes/PE, 2023.....	35
Tabela 2 - Perfil sociodemográfico e avaliação da funcionalidade de pessoas idosas, assistidas em Serviço de Atenção Domiciliar. Jaboatão dos Guararapes/PE, 2023.....	37
Tabela 3 - Distribuição da classificação do Inventário de Sobrecarga do cuidador, segundo classificação de Zarit. Jaboatão dos Guararapes /PE, 2023.	38
Tabela 4 - Análise do escore do Inventário de Sobrecarga do Cuidador, segundo classificação de Zarit por domínios. Jaboatão dos Guararapes /PE, 2023.	38
Tabela 5 - Associação entre nível de sobrecarga do cuidador informal, segundo variáveis sociodemográficas. Jaboatão dos Guararapes/PE, 2023. (Classificação Agregada).	39
Tabela 6 - Associação entre o nível de sobrecarga do cuidador informal, segundo variáveis sociodemográficas e funcionalidade do idoso. Jaboatão dos Guararapes/PE, 2023. (Classificação Agregada)	411

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AD	Atenção Domiciliar
AVD	Atividades de Vida Diária
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DOU	Diário Oficial da União
EMAD	Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multidisciplinares de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
HMJ	Hospital Memorial Jaboatão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
RDC	Regime Diferenciado de Contratação
SM	Salário-Mínimo
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SOUL MV	Sistema de Gerenciamento de Internação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
10-CS	<i>10-point Cognitive Screener</i> - Teste de Rastreo Cognitivo de 10
pontos	
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

ZBI Zarit Caregiver Burden Interview -Inventário de Sobrecarga do
Cuidador de Zarit

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1	A PESSOA IDOSA.....	15
2.2	O CUIDADOR.....	17
2.3	A ATENÇÃO DOMICILIAR (AD).....	19
3	PERGUNTA CONDUTORA.....	23
4	OBJETIVOS.....	23
4.1	OBJETIVO GERAL.....	23
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
5	MÉTODO	24
5.1	DESENHO DO ESTUDO.....	24
5.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO.....	24
5.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
5.4	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	26
5.4.1	Variável Dependente.....	26
5.4.2	Variáveis Independentes	29
5.5	COLETA DE DADOS.....	30
5.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
5.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	33
6	RESULTADOS	35
7	DISCUSSÃO.....	42
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS.....	52
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS.....	56
	APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO E	
	CONFIDENCIALIDADE.....	57

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
– TCLE.....	58
ANEXO A - TESTE DE RASTREIO COGNITIVO DE 10 PONTOS	
10-POINT COGNITIVE SCRENEER (10-CS).....	62
ANEXO B- INVENTÁRIO DE SOBRECARGA DE ZARIT (ZARIT	
CAREGIVER BURDEN INTERVIEW, ZBI).....	63
ANEXO C – ÍNDICE DE BARTHEL.....	65

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia uma revolução demográfica com vistas ao crescimento progressivo de pessoas idosas em detrimento da população em geral e pelo aumento da longevidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se idoso o indivíduo com 60 anos ou mais (OMS, 2015).

Estudos sobre o impacto social do envelhecimento demográfico acelerado são cada vez mais necessários. Uma das maiores conquistas da humanidade tem sido alcançar a longevidade, porém o desafio é agregar qualidade a esses anos adicionais de vida. Observa-se um aumento da necessidade por serviços de saúde pois, mais do que outras faixas etárias, as doenças crônico-degenerativas que frequentemente acometem os idosos demandam monitoramento constante, cuidado permanente, medicação contínua e exames periódicos (VERAS; GOMES; MACEDO, 2019).

É importante ressaltar ainda que as doenças relacionadas nessa faixa etária, nem sempre estão associadas à dependência. Envelhecimento não é sinônimo de incapacidade, contudo, envelhecer sem nenhuma patologia crônica é mais uma exceção do que a regra. No geral, começam lentamente, de prognóstico incerto, não possuem uma única causa e o tratamento consiste em prevenir ou melhorar o declínio funcional (MORAES et al., 2018; VERAS; GOMES; MACEDO, 2019).

Para a OMS (2015), funcionalidade é a capacidade do indivíduo interagir com o ambiente mantendo as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida com independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios) e autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações). Já Moraes et al. (2018) definem funcionalidade global como a capacidade de gerir a própria vida, ou cuidar de si mesmo, com possibilidade de realizar suas atividades de vida diária (AVD) sem auxílio, mesmo que tenha doenças.

A avaliação funcional do idoso é realizada através da investigação das AVD, classificadas como básicas, instrumentais e avançadas. O principal sintoma a ser analisado é a presença de declínio funcional, que vai geralmente seguindo uma hierarquia até comprometer as atividades básicas e o autocuidado. O comprometimento das AVD básicas pode ser estratificado como independência, semi dependência, dependência incompleta e dependência completa, fundamental para a avaliação do grau de condição

crônica de saúde, planejamento das intervenções terapêuticas e estimativa do prognóstico do idoso (MORAES et al., 2018).

A instalação da incapacidade em um membro da família resulta na necessidade de reorganização da estrutura familiar e requer capacidade adaptativa tanto do idoso como do seu entorno. As diversas alterações decorrentes do processo de envelhecimento, em muitos casos, levam o idoso a necessitar de alguém para auxiliá-lo nas atividades do dia a dia e neste panorama, surge a figura do cuidador de idoso (BARBOSA et al., 2021; BRASIL, 2013).

Cuidador é o indivíduo, com ou sem vínculo familiar, que auxilia uma pessoa doente ou com limitação a realizar suas necessidades e atividades diárias e propõe autonomia para o cuidado fora do hospital, com responsabilidades junto aos profissionais de saúde. Com a tarefa de cuidar, geralmente de caráter ininterrupto, o cuidador pode experimentar situações desgastantes e de sobrecarga (BRASIL, 2012, 2016; DINIZ et al., 2018)

O cuidador formal é o profissional capacitado por uma instituição de ensino para prestar cuidados no domicílio, segundo as necessidades específicas de cada usuário; o informal é um membro da família, ou próximo a esta, que presta qualquer tipo de cuidado à pessoa dependente. Existem aqueles que desempenham um papel principal e outros que desempenham um papel secundário no suporte. O principal assume total ou maior parte da responsabilidade de cuidar e é ele quem realiza a maioria das atividades. Os secundários são aqueles familiares, amigos, vizinhos, voluntários ou profissionais que complementam o auxílio, geralmente exercendo menor apoio (BRASIL, 2012).

O binômio paciente-cuidador adoece. A presença de doenças crônicas aumenta a frequência de distúrbios de ansiedade, humor, baixa autoestima e estresse do cuidador. A dependência e os fatores associados à incapacidade funcional são um desafio para a família e a sociedade e seu impacto precisa ser reconhecido como questão de saúde pública. Nota-se que o cuidador também necessita de atenção e orientação, tanto para saúde física e mental, como na avaliação de possível sobrecarga (BRASIL, 2012, 2013; MARTINS; CASTRO, 2018)

Sobrecarga do cuidador é definida como uma experiência subjetiva que o indivíduo percebe como estressante e ocorre quando existe um desequilíbrio entre as demandas e os recursos do cuidador suprir essas necessidades. Geralmente de caráter ininterrupto, com atividades como cuidados corporais, alimentação, eliminações,

ambiente, oferecimento de medicações e outras situações, o cuidador pode experimentar situações desgastantes. É fundamental que a atenção das equipes assistenciais se estenda não só ao paciente, como também ao cuidador, auxiliando-o, com orientações, educação continuada e compreensão de suas necessidades (BRASIL, 2012; DINIZ et al., 2018; HSU et al., 2017)

Diferente do ambiente hospitalar, equipes de Atenção Domiciliar (AD) têm a possibilidade de oferecer condições para o alívio da sobrecarga dos cuidadores estabelecendo vínculos, aumentando rede de suporte social, podendo amenizar as situações vividas pela tríade família-idoso-cuidador. A Atenção Domiciliar é uma modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados (BRASIL, 2013, 2016).

Em 8 de novembro de 2011, o Governo Federal lançou um Programa Nacional de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde denominado —Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), como parte integrante do Melhor em Casa, foi criado como modelo de atenção à saúde para complementar os atendimentos mais frequentemente utilizados em centros hospitalares e ambulatorios, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multidisciplinares de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2012).

Caracteriza-se pelo tratamento e reabilitação de doentes, com ações de promoção e prevenção de saúde, prestados por uma equipe multidisciplinar com visitas regulares no domicílio. Alguns pacientes têm dificuldades em acessar os serviços de saúde, seja pelas barreiras geográficas, pelas longas distâncias, ou pelo seu estado de saúde, necessitando dispor de assistência em nível domiciliar (BRASIL, 2012, 2013).

A adesão do cuidador representa a primeira condição para que ocorra a assistência domiciliar. As equipes AD além de realizar ações no domicílio, facilitam o acesso da família a outros setores da sociedade, integrando a rede de atenção à saúde, a fim de que haja continuidade da assistência e integralidade das ações de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

Em contrapartida, existem poucas fontes com informações sobre o cuidador informal no Brasil, principalmente em pesquisas domiciliares e dados de censos, que permitiriam fazer algumas estimativas indiretas sob determinados pressupostos. Ademais, não existem políticas públicas específicas voltadas ao cuidador neste país (SANTOS et al., 2018).

Diante da experiência profissional, atuando como membro integrante de uma das equipes multiprofissionais do SAD/Jaboatão, foi possível observar que grande parte dos cuidadores informais demonstravam esgotamento, desânimo dentre outras diversas preocupações as quais impactam na percepção de cuidado.

As demandas diárias básicas como administração regular de medicações, manejo com curativos de lesões por pressão, higiene pessoal, banho, rotina com as dietas, transferências, dificuldades com mudanças de decúbito, além das restrições financeiras, solidão, entre outras atividades e queixas, resultam de uma maneira geral, em sofrimento para o cuidador, abdicação da própria vida, além de comprometimento global da saúde física e mental.

Diante do exposto, dado o envelhecimento populacional, a importância em compreender os desafios enfrentados pelos cuidadores e a necessidade de explorar mais conhecimentos sobre essa população no âmbito domiciliar, essa pesquisa objetiva analisar os fatores associados à sobrecarga de cuidadores informais de pessoas idosas assistidas em Serviço de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este referencial teórico busca contextualizar os temas: idoso, a figura do cuidador e Assistência Domiciliar. Sendo assim, o primeiro tópico abordará sobre os aspectos demográficos, epidemiológicos e expectativa de vida da população idosa. No segundo será exposto o cuidador, bem como os domínios que o envolvem, além de apresentar implicações que o cuidado com o idoso pode acarretar a qualidade de vida, estresse e sobrecarga. E por fim, no último tópico será apresentado o perfil de Atendimento Domiciliar.

2.1 A PESSOA IDOSA

O envelhecimento é um complexo processo de evolução biológica nos organismos vivos. A senescência explica o processo normal, universal, gradual e irreversível, em que ocorre deterioração endógena das capacidades funcionais do indivíduo, com a tendência de surgimento crescente de pessoas idosas na sociedade (ANJOS et al., 2015).

O aumento do contingente de idosos é um processo acompanhado por preocupações políticas, econômicas e sociais. Esse cenário conduz discussões sobre o envelhecimento na tentativa de não apenas compreender fatores desencadeantes, mas também planejar-se para o futuro. Pesquisas na área da atenção à saúde da pessoa idosa, que contribuam no conhecimento sobre vivências, dificuldades e necessidades de idosos e família, estão sendo estimuladas. Especialmente as relacionadas ao processo de cuidar no âmbito da atenção domiciliar (COUTO et al., 2016; DANTAS et al., 2017).

O envelhecimento populacional no Brasil vai ocorrer no ano de 2031, quando o número de idosos ultrapassará o de jovens (0 – 14 anos). Para 2055 as projeções são de 202 idosos para cada 100 jovens. A projeção, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualizada em 2018, revela que em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos e a partir de 2047 deverá parar de crescer, contribuindo para o processo de envelhecimento populacional (PERISSÉ; MARLI, 2019).

Apesar dos esforços para promover uma velhice mais ativa e saudável, muitos idosos experimentam algum tipo de incapacidade causada por patologias. A frequência de doenças crônicas degenerativas e a maior longevidade no Brasil são as principais

causas do aumento das taxas de pessoas idosas com incapacidades. O olhar preventivo, com foco na assistência à saúde de idosos dependentes, principalmente com extensão aos cuidadores familiares são um desafio para o Sistema de Saúde (ANJOS et al., 2018; RANGEL et al., 2019).

O aumento da idade está relacionado a maiores níveis de incapacidade funcional tanto para atividades básicas quanto para atividades instrumentais. As alterações fisiológicas resultantes do processo de envelhecimento, como declínio da capacidade aeróbia e musculoesquelética relacionadas com o declínio funcional, acentuam-se com o avançar da idade. Além disso, a maior prevalência de condições crônicas entre os idosos pode contribuir para o aumento das incapacidades, sendo elas, físicas, emocionais, sociais e redução de desempenho, resultando na necessidade de cuidados constantes por parte de um cuidador (FARÍAS-ANTÚNEZ et al., 2018; REZENDE et al., 2017).

A capacidade funcional é provavelmente influenciada por fatores demográficos e socioeconômicos, além de condições de saúde e aspectos psicoemocionais. A prática de profissionais na atenção básica pode nortear ações de promoção e prevenção do declínio da capacidade funcional na população idosa. A maioria dos fatores é possível ser avaliada por meio de medidas e instrumentos simples, breves, de baixo custo e de fácil aplicação (MOREIRA et al., 2020).

A funcionalidade está relacionada a fatores demográficos, como idade, sexo, cor da pele, estado civil, ou socioeconômicos, como escolaridade e renda, como também às condições adversas de saúde, majoritariamente as morbidades crônicas. O monitoramento contínuo da prevalência de incapacidade funcional em idosos e seus determinantes torna-se mais importante à medida que, com o envelhecimento populacional, esta condição e suas complicações tendem a aumentar, elevando a demanda por serviços de saúde (FARÍAS-ANTÚNEZ et al., 2018).

O declínio funcional da pessoa idosa constitui um importante problema de saúde pública e estudos que abordem esse tema tornam-se essenciais para subsídios de políticas de saúde equivalentes para os idosos e seus cuidadores. Uma rede de assistência qualificada formada por profissionais preparados a trabalhar com as demandas dessas populações pode alcançar um impacto positivo na qualidade de vida. Com isso, acredita-se que a atenção domiciliar surge como uma importante iniciativa a ser consolidada como estratégia de cuidado frente às pessoas idosas (DANTAS et al., 2017; SANTOS et al., 2018).

2.2 O CUIDADOR

Em virtude dos valores construídos e atribuídos na sociedade, há a prevalência de membros da família responsáveis pelos cuidados frente à dependência da pessoa idosa, nos diversos níveis funcionais e/ou cognitivos. Principalmente no contexto domiciliar, o familiar, bem como amigos ou vizinhos, assume as responsabilidades do cuidado e não são remunerados economicamente. Na cultura brasileira, o cuidado dos idosos é considerado um dever da família, embora não apresente preparo adequado, conhecimento ou suporte para desempenhar tal papel. (ANJOS et al., 2018; COUTO et al., 2016; SANTOS et al., 2018).

A função do cuidador é assumida habitualmente por uma única pessoa, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade. Observa-se com o envelhecimento o aumento proporcional de cuidadores principais informais, com isto, essa demanda precisa ser considerada e investigada a fim de que ações de promoção do envelhecimento ativo e prevenção de agravos sejam implementadas junto às pessoas idosas e suas famílias (ANJOS et al., 2018; SANTOS et al., 2018).

Além disso, o Brasil vivencia déficit na formação de profissionais para cuidar adequadamente dos idosos, aliado às dificuldades financeiras das famílias em contratar um profissional especialista voltado ao cuidado do idoso, faz com que geralmente um dos membros da família se torne o cuidador principal. Essa imposição muitas vezes resulta em desgaste tanto para o idoso quanto para o próprio cuidador (BARBOSA et al., 2021)

Dentre os diversos motivos para que uma pessoa se torne um cuidador familiar, Santana et al. (2018) pontuaram alguns: obrigação moral com base em aspectos religiosos e culturais, condições conjugais, ausências de outras pessoas para exercer os cuidados, inclusive por motivos de dificuldades financeiras. O vínculo familiar do cuidador com o idoso torna-se um agravante devido às mudanças tanto na rotina e cotidiano domiciliar, quanto nas suas relações sociais, de trabalho, autocuidado e lazer de quem cuida.

As complexidades nas tarefas exercidas pelo cuidador familiar vão além da assistência ao idoso como, por exemplo, as tarefas diárias da casa, que podem levar o cuidador a ficar sobrecarregado. A sobrecarga pode impactar o cuidador de diversas formas, social, física, emocional e espiritual (SANTANA et al., 2018).

CHO et al. (2020) relatam que estudos anteriores mostraram vários fatores de risco associados com sobrecarga do cuidador, como características demográficas dos

cuidadores e o estado funcional do idoso. Concluíram que havia relação significativa entre sobrecarga e capacidade funcional. HSU et al. (2017) em seu estudo com pacientes idosos com câncer perceberam que quanto mais dependentes para AIVD eram mais a maioria dos seus cuidadores eram propensos a experimentar algum nível de sobrecarga.

No estudo de REZENDE et al. (2017) observou-se maiores taxas de sobrecarga nas cuidadoras do sexo feminino e em cuidadores de idosos com menores níveis de capacidade funcional. Quanto pior a progressão da doença e o aumento do declínio funcional do idoso, maiores os níveis de sobrecarga para os cuidadores. Assim, os familiares que assumem o papel de cuidador do idoso com doença avançada e sem possibilidades de cura apresentam maior risco de sobrecarga e, consequentemente, pior qualidade de vida.

Programas psicoeducacionais focados na melhoria da gestão e na resolução de problemas em situações difíceis levam a uma significativa redução do nível de sobrecarga dos cuidadores. O estudo de CRAVELLO et al. (2021) demonstrou que uma intervenção completa de apoio familiar para cuidadores de pacientes com declínio cognitivo ou demência pode reduzir a carga de cuidados mesmo em um período específico, como da pandemia da COVID-19.

Um achado importante em Lara-Ruiz et al. (2019) indica a necessidade dos cuidadores terem mais apoio e recursos no cuidado com o idoso. Necessitam ser orientados, preparados, serem capazes de avaliar necessidades, potencialidades, limites e intercorrências da pessoa cuidada. É fundamental que profissionais de saúde incorporem na sua prática assistencial ações educativas aos cuidadores informais a fim de minimizar dúvidas e orientar expectativas frente aos agravos. Tais ações podem favorecer maior segurança a quem cuida beneficiando consequentemente a pessoa idosa, fruto do cuidado (ANJOS et al., 2018).

É preciso haver uma saída para os cuidadores expressarem seus sentimentos e o fardo que estão vivenciando. Este tratamento é necessário, pois um cuidador mais saudável, física e psicologicamente, estará apto a prestar uma assistência de maior qualidade. Podem ser fornecidas informações aos cuidadores sobre como encontrar recursos, grupos de apoio e/ou tratamento para qualquer sofrimento psicológico atual ou futuro (LARA-RUIZ et al., 2019).

Geralmente esses cuidadores carecem de suporte profissional e de um espaço de compartilhamento para dúvidas e anseios. Essas informações ajudarão os cuidadores a

estarem mais conscientes de seu estado físico, psicológico e a buscarem tratamentos específicos, se necessário. Uma atenção integral à saúde do cuidador deve ser baseada na habilidade das equipes de saúde verificarem as necessidades dessa população e de programar as intervenções necessárias relativas ao cuidado para as pessoas no contexto em que estão inseridas (DINIZ et al., 2018; LARA-RUIZ et al., 2019).

2.3 A ATENÇÃO DOMICILIAR (AD)

Previamente definem-se:

Atenção Domiciliar: conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde.

Assistência Domiciliar: Conjunto de atividades de caráter ambulatorial, prestadas, programadas e continuadas, desenvolvidas no domicílio, tem como sinônimos, atendimento domiciliar e cuidado domiciliar.

Visita Domiciliar: Contatos pontuais e programados, dos profissionais no domicílio para levantamento de informações e desenvolvimentos de ações de educação e orientações.

Home Care: Termo muito utilizado por serviços privados para a internação domiciliar.

Internação Domiciliar: Conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que podem ser assistidas em casa de forma integral e contínua, mas que requerem cuidados mais intensos, com oferta de tecnologias, recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos.

Dito isto, apresentamos a seguir dados importantes para compreensão sobre a Atenção Domiciliar.

A AD como extensão do hospital surgiu em 1947 no Hospital de Montefiore, no Bronx (Estados Unidos), para abreviar a alta hospitalar. No Brasil, a primeira referência de AD foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) criado em 1949, inicialmente ligado ao Ministério do Trabalho e em 1967, foi incorporado pelo então denominado Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Provavelmente essa foi a primeira atividade planejada de assistência domiciliar à saúde no país (DIAS; FONSECA, 2009; FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Algum tempo depois, em 1968, foi criada na cidade de São Paulo a Assistência Domiciliária do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo. Em 1994, foi implementado o primeiro Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, estruturado e que tinha o objetivo de reduzir a necessidade de internamento e permanência hospitalar, otimizando o uso de leitos hospitalares, que já se encontravam escassos na época (DIAS; FONSECA, 2009).

No início da década de 1990, seguindo uma tendência mundial, surgiu o serviço organizado na forma de cuidado domiciliar (do inglês, *home care*), concentrado em empresas privadas e nos grandes centros. Essa expansão esteve associada, sobretudo, ao aumento da demanda por cuidados de certos grupos populacionais, em especial aqueles acometidos por doenças crônico-degenerativas, e concentrou-se na iniciativa privada e nos grandes centros urbanos (BRAGA et al., 2016; FEUERWERKER; MERHY, 2008).

A AD foi inserida paulatinamente no Sistema Único de Saúde (SUS). Sua instituição oficial ocorreu em 2002, por meio da Lei nº 10.424, a qual acrescentou à Lei 8.080/1990: o atendimento e a internação domiciliar, tendo por objetivo a garantia do cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais de: ‘universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária, descentralização, regionalização e hierarquização (BRASIL, 2002).

Registra-se então o incremento das discussões acerca de uma política e de um programa específicos que incorporem e regulamentem o cuidado no domicílio no contexto do SUS, procurando definir e delimitar suas diferentes modalidades, definir mecanismos específicos para garantir a regulação e o financiamento da AD no âmbito do SUS, entre outros. Esse esforço culminou na publicação de uma série de portarias no período de 2006 a 2016 e no lançamento do Programa Melhor em Casa que instituiu a Política Nacional de Atenção Domiciliar no SUS em 2011 (BRAGA et al., 2016).

Em 2006, a Resolução – RDC (Regime Diferenciado de Contratação) Nº 11 dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar, tem com o objetivo de estabelecer os requisitos de funcionamento para os Serviços de Atenção Domiciliar. Essa resolução foi ampliada para atender as necessidades atuais.

O SAD é regulamentado pela Portaria GM/MS (Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde) nº 825, de 25 de abril de 2016 que revoga a Portaria GM/MS 963 de 27 de junho de 2013, assim como as demais portarias anteriores pertinentes a AD (Portarias nº.

2.527/outubro de 2011; nº. 2.029/agosto de 2011). Por último, é promulgada a Portaria de Consolidação nº 5 e nº 6 em 28 de setembro de 2017- DOU (Diário Oficial da União) nº 190, de 03/10/2017 que se trata da “consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde” (RIBEIRÃO PRETO, 2018).

A portaria nº 825, de 25 de abril de 2016 redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e organiza em três modalidades: AD1, AD2 e AD3. A assistência na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de atenção primária à saúde. Formada por usuários que possuem problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2016; RIBEIRÃO PRETO, 2021).

A AD2 é de responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar - SAD Melhor em Casa, representados pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e da Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), ambas designadas para esta finalidade. São elegíveis os indivíduos que possuem problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, até a estabilização do quadro.

Segundo a portaria acima citada, o usuário tendo indicação de AD, enquadra-se na modalidade AD2 a fim de abreviar ou evitar hospitalização que apresente: afecções agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensivos, como tratamentos parenterais; doenças crônico-degenerativas, considerando o grau de comprometimento, que demande atendimento no mínimo semanal; pacientes em cuidados paliativos com acompanhamento clínico no mínimo semanal; bebês prematuros ou baixo peso com necessidade de ganho ponderal.

O usuário AD3 com qualquer das situações listadas na modalidade AD2, quando necessitar de cuidado multiprofissional mais frequente, uso de equipamento(s) ou incremento de procedimento(s) de maior complexidade (por exemplo, ventilação mecânica, paracentese de repetição, nutrição parenteral e transfusão sanguínea), usualmente demandando períodos maiores de acompanhamento domiciliar (RIBEIRÃO PRETO, 2021).

O SAD, como parte integrante do Programa Melhor em Casa, tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar visando à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de

permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2012).

Abrange desde o tratamento de feridas, terapia de drogas intravenosas, até tratamentos de maior grau de complexidade como o internamento de pacientes com doenças crônicas, como aqueles portadores de doenças respiratórias, neurológicas e cardíacas, bem como mais recentemente, pacientes com doenças oncológicas, principalmente aqueles fora de possibilidade terapêutica, ou ainda em cuidados paliativos. Tem como pontos fundamentais o usuário, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional (BRASIL, 2012).

3 PERGUNTA CONDUTORA

Quais os fatores que estão associados à sobrecarga de cuidadores informais de pessoas idosas assistidas em Serviço de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde?

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os fatores associados à sobrecarga de cuidadores informais de pessoas idosas assistidas em Serviço de Atenção Domiciliar do Sistema Único de Saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil sociodemográfico e nível de sobrecarga de cuidadores informais segundo domínios e por classificação total;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico e nível de funcionalidade de pessoas idosas assistidas no SAD;
- Verificar associação entre a sobrecarga do cuidador informal e as demais variáveis investigadas.

5 MÉTODO

5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo do tipo observacional, de corte transversal com abordagem quantitativa. Este tipo de estudo permite produzir instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, baseado na avaliação individual, possibilitando a produção de indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Possui a vantagem de ter alto potencial descritivo e fornecer subsídios para o planejamento de ações e serviços de saúde (ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

5.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO

O estudo foi realizado no domicílio da pessoa idosa, cadastrada no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital Memorial Jaboatão (HMJ) do município de Jaboatão dos Guararapes/Pernambuco.

O SAD Jaboatão iniciou suas atividades em 2014. Atualmente possui sete equipes EMAD formadas por profissionais médicos, enfermagem, fisioterapia e técnicos de enfermagem e duas EMAP, com nutricionistas, fonoaudiólogas, assistentes sociais, além de uma psicóloga para todo território. Cada equipe deve ser preenchida por 60 pacientes com características AD2 (Atenção Domiciliar de média complexidade) os quais necessitam obrigatoriamente do auxílio de um cuidador, não conseguem acessar ativamente a Atenção Básica de Saúde (AD1), porém não precisam de assistência de maior complexidade, como monitoramento contínuo com cuidados de terapia intensiva, por exemplo (AD3).

O cadastro no serviço é realizado pessoalmente pelo cuidador na Secretaria Municipal de Saúde de Jaboatão dos Guararapes munido de documentações básicas. Após triagem feita pela Secretaria, as fichas de admissão são enviadas ao SAD Jaboatão. A equipe responsável será acionada para agendar a visita da EMAD no domicílio, com análise do caso e demandas familiares e avaliação clínica multiprofissional para captação ou não do paciente.

Após ingresso no SAD, a família recebe visitas regulares no domicílio das equipes com acompanhamento multiprofissional, além de fornecimento de materiais de uso contínuo (gazes, fraldas), medicações prescritas pelo médico assistente, dietas e

espesantes caso aprovadas na triagem da Nutrição e Fonoaudiologia do serviço. Atestados de óbito também são fornecidos pelos médicos nos casos de óbito em domicílio. Não possui serviço de urgência e emergência, não equivale ao *Home Care* (cuidados contínuos em forma de plantão domiciliar).

5.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

No registro de captação do SAD, apenas o usuário é cadastrado, o cuidador principal assina o termo de consentimento autorizando a adesão ao Serviço. O Sistema de Gerenciamento de Internação Hospitalar (SOUL MV) disponibiliza de forma exclusiva somente dados do usuário. Dessa forma, na definição do tamanho amostral foi considerada a população de pessoas idosas, a partir da listagem obtida junto ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital Memorial Jaboatão, correspondendo a 228 indivíduos de ambos os sexos, com idade equivalente ou superior a 60 anos, cadastrados no serviço até 18/10/2022.

Para a determinação do tamanho amostral foi adotado o valor de 50% como prevalência esperada para o evento - sobrecarga do cuidador informal de pessoas idosas assistidas em Serviço de Atenção Domiciliar. Optou-se por esse valor, apesar de maximizar o tamanho amostral, por não haver consenso na literatura especializada, em termos de magnitude dessa prevalência. Com nível de confiança de 95% e um erro máximo aceitável de 5%, utilizou-se a seguinte fórmula para o cálculo amostral

$$n = \frac{N \times p \times q \times \left(\frac{Z_{\alpha}}{2}\right)^2}{p \times q \times \left(\frac{Z_{\alpha}}{2}\right)^2 + (N - 1) \times E^2}$$

Onde:

n = Número de indivíduos na amostra;

N = Número total de idosos cadastrados no SAD = 228;

p = Proporção populacional de cuidadores com sobrecarga ($p = 50,0$);

q = Proporção populacional de cuidadores sem sobrecarga ($q = 50,0$);

$Z_{\alpha/2}$ = Quantil da normal padrão (1,96; considerando um coeficiente de confiança de 95%);

E = Margem de erro.

A amostra correspondeu a 144 idosos. Para fins de obtenção dos dados primários foram entrevistados apenas os cuidadores informais dos idosos.

Foram considerados critérios de inclusão:

Para os cuidadores informais:

- Indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, coabitando no mesmo domicílio da pessoa idosa;
- Tempo mínimo na função de cuidador informal de 3 meses;
- No caso de cuidador informal idoso – não apresentar alteração de cognição anterior à coleta dos dados, mediante rastreio por meio da aplicação do Teste de Rastreio Cognitivo de 10 pontos - *10-point Cognitive Screener (10-CS)* (APOLINARIO et al., 2016).

Para os idosos:

- Indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos;
- Estar cadastrado no Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município de Jaboatão dos Guararapes durante a coleta de dados.

Foram considerados critérios de exclusão para os idosos:

- Alta clínica ou administrativa do SAD, ocorrência de internação hospitalar ou óbito durante o período de coleta dos dados.

5.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

5.4.1 Variável Dependente

A variável dependente correspondeu à sobrecarga do cuidador informal informada pelo Inventário de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (SCAZUFCA, 2002). O instrumento avalia a sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes, sendo composto por 22 questões que se referem ao *Impacto da prestação de cuidados*, *Relação Interpessoal*, *Expectativas face ao cuidar* e a *Percepção da Autoeficácia* (SEQUEIRA, 2010).

Quadro 1 - Variável dependente: Sobrecarga do cuidador informal. Jaboatão dos Guararapes/PE, 2023.

Variável dependente: Sobrecarga do cuidador informal		
Variável	Definição	Categorização
1. Se o familiar/idoso solicita de mais ajuda do que aquela que realmente necessita.	Percepção do cuidador da frequência de vezes que é solicitado pelo idoso, excedendo a real necessidade.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
2. Se o cuidador considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar/idoso já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas.	Administração do tempo de dedicação do cuidador ao idoso com a execução, redução ou ausência de tempo para suas próprias tarefas.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
3. Se o cuidador se sente tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar/idoso e ainda tem outras tarefas por fazer.	Percepção da frequência de tensão do cuidador frente a necessidade do cuidar e a existência de outras tarefas inacabadas (Multitarefas).	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
4. Se o cuidador sente vergonha pelo comportamento do seu familiar/idoso.	Percepção da frequência do sentimento de vergonha do cuidador frente ao comportamento do familiar/idoso.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
5. Se o cuidador sente irritação quando está junto do seu familiar/idoso.	Percepção da frequência do sentimento de irritação do cuidador na presença do familiar/idoso que cuida.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
6. Se o cuidador considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	Analisar com que frequência a rotina do cuidar afeta negativamente a relação do cuidador com seus amigos e familiares.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
7. Se o cuidador tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar/idoso.	Analisar com que frequência o cuidador sente medo/receio quando pensa no futuro do familiar/idoso.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
8. Se o cuidador considera que o seu familiar/idoso está dependente.	Percepção do cuidador quanto o nível de dependência do familiar/idoso.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
9. Se o cuidador se sente esgotado quando tem de estar junto do seu familiar/idoso.	Percepção do cuidador quanto seu grau de esgotamento quando necessita estar presente ao seu familiar/idoso.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
10. Se o cuidador vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar/idoso.	Análise do cuidador do quanto o ato de cuidar afetou seu autocuidado e saúde.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre

11. Se cuidador considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar/idoso.	Autoanálise da vida privada do cuidador frente à necessidade de cuidar.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
12. Se o cuidador pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar/idoso.	Percepção do cuidador do quanto o ato de cuidar afeta suas relações sociais.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
13. Se o cuidador se sente pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar/idoso.	Percepção do cuidador do quanto se sente à vontade ou não em receber visitas em casa com o familiar/idoso.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
14. Se o cuidador acredita que o seu familiar/idoso espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar.	O cuidador acredita que o idoso espera que ele seja a única pessoa que possa contar/depende.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
15. Se o cuidador considera que não dispõe de dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar/idoso e para o resto das despesas que tem.	Demanda financeira do cuidar, adaptação das despesas e insuficiência para suprir todas as necessidades.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
16. Se o cuidador se sente incapaz de cuidar do seu familiar/idoso por muito mais tempo.	Influência do tempo prestado para cuidar e percepção de incapacidade.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
17. Se o cuidador considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar/idoso se manifestar.	Percepção do cuidador em relação ao controle da própria vida.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
18. Se o cuidador desejaria poder entregar o seu familiar/idoso aos cuidados de outra pessoa.	Tolerância do cuidador de continuar prestando os cuidados ou abster/ ter vontade de entregar a outra pessoa.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
19. Se o cuidador se sente inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar/idoso.	Insegurança do cuidador em relação aos cuidados e demandas.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
20. Se o cuidador sente que poderia fazer mais pelo seu familiar/idoso.	Percepção de insuficiência do cuidador, autocobrança na quantidade de cuidados.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
21. Se o cuidador considera que poderia cuidar melhor do seu familiar/idoso.	Percepção de insuficiência do cuidador, autocobrança na qualidade de cuidados.	(0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas Vezes (3) Frequentemente (4) Sempre
22. Se, em geral, o cuidador se sente muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar/idoso.	Percepção de sobrecarga do cuidador.	(0) Nem um pouco (1) Um pouco (2) Moderadamente (3) Muito

		(4) Extremamente
--	--	------------------

Quadro 2 - Categorias da escala de sobrecarga do cuidador. Jaboatão dos Guararapes/PE, 2023.

Categorias	Questões nº	Itens
Impacto da prestação de cuidados	1,2,3,6,9,10,11,12,13,17 e 22	11 itens
Relação Interpessoal	4,5,16,18 e 19	5 itens
Expectativas face ao cuidar	7,8,14 e 15	4 itens
Percepção da Autoeficácia	20 e 21	2 itens

Fonte: Sequeira (2010).

5.4.2 Variáveis Independentes

As variáveis independentes investigadas no presente estudo, encontram-se descritas no quadro 3:

Quadro 3 – Variáveis independentes

Variável	Definição	Categorização
Variáveis Independentes		
Dados sociodemográficos do CUIDADOR		
Idade (em anos completos)	O tempo de vida decorrido desde o nascimento até uma determinada data tomada como referência.	Variável contínua
Sexo	Conformação física, orgânica, celular, particular que permite distinguir o homem e a mulher, atribuindo-lhes um papel específico na reprodução.	(1) Masculino (2) Feminino
Escolaridade (anos de estudo)	Termo utilizado para se referir ao tempo de permanência dos alunos no período escolar.	(1) Analfabeto (2) 1 a 4 anos (3) 5 a 8 anos (4) 9 a 11 anos (5) 12 anos ou mais
Exerce alguma atividade de trabalho remunerado?		(1) Sim (2) Não Se sim, qual?
Renda familiar (salários-mínimos): (01 SM = R\$ 1.100,00)	Somatório da renda individual dos moradores do mesmo domicílio.	(1) até 1 SM (R\$ 1.100,00) (2) > 1 a 2 SM (R\$ 1.100,00 a R\$ 2.200,00) (3) > 2 a 3 SM (R\$ 2.200,00 a R\$ 3.300,00) (4) acima de 3 SM (> R\$ 3.300,00) (5) não sabe informar

Problemas de saúde com diagnóstico médico	Autorrelato de problema de saúde com diagnóstico médico.	(1) Sim (2) Não Se sim, qual(is)? _____ _____
Grau de Relação/Parentesco com o idoso	Relação que une pessoas de acordo com seus vínculos genéticos ou por afinidade.	(1) Marido/Mulher/Companheiro(a) (2) Filho(a) (3) Irmão(ã) (4) Outro parente. Qual? _____ (5) Amigo(a)/Vizinho(a)
Horas por dia gastas em cuidar	Horas dedicadas por dia no cuidado com a pessoa idosa.	(1) Até 6 horas (2) Até 12 horas (3) Até 24 horas
Duração do cuidado	Há quanto tempo cuida do/a idoso/a	(1) < 1 ano (2) De 1 - 5 anos (3) > 5 anos

Dados sociodemográficos da PESSOA IDOSA		
Idade (em anos completos)	O tempo de vida decorrido desde o nascimento até uma determinada data tomada como referência.	Variável contínua
Sexo	Conformação física, orgânica, celular, particular que permite distinguir o homem e a mulher, atribuindo-lhes um papel específico na reprodução.	(1) Masculino (2) Feminino
CID Principal cadastrado no SAD	Classificação Internacional de Doenças	Variável contínua
Índice de Barthel		
Funcionalidade (Pessoa idosa)	Avalia funcionalidade nas Atividades de Vida Diária. Consiste em dez questionamentos e mede capacidades como cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Seu principal objetivo é verificar o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).	Dependência total (< 20 pontos); Dependência grave (20 a 35 pontos); Dependência moderada (40 a 55 pontos); Dependência leve (60 a 95 pontos)

5.5 COLETA DE DADOS

A partir da listagem de todos os usuários do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do Hospital Memorial Jaboatão (HMJ) identificou-se os indivíduos com idade equivalente ou superior a 60 anos, devidamente cadastrados e realizado o cálculo para determinação do tamanho amostral.

Os cuidadores informais dos idosos foram contactados pela pesquisadora principal e convidados a participar do estudo, desde que preenchessem os critérios de elegibilidade estabelecidos para o estudo. Para fins de coleta dos dados foi considerado

apenas um cuidador principal por idoso selecionado da amostra. Os procedimentos metodológicos só foram iniciados após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com registro de anuência (APÊNDICE C).

Após o consentimento do cuidador informal, apenas os cuidadores idosos foram submetidos ao rastreio de possível comprometimento cognitivo, por meio da aplicação do 10-CS (10-point cognitive screener). O instrumento de fácil e rápida aplicação (podendo durar até 2 minutos) é composto por itens que avaliam orientação temporal, fluência verbal, evocação tardia de palavras, com pontuação total de 0 a 10 pontos, com adição de 1 ponto para os que têm de um a três anos de escolaridade e 2 pontos para quem não possui educação formal (APOLINÁRIO et al., 2016).

A soma total não pode passar de 10 pontos. Este instrumento classifica a cognição normal (8 a 10 pontos), comprometimento cognitivo possível (6 a 7 pontos) e comprometimento cognitivo provável (0 a 5 pontos). Os cuidadores idosos classificados com provável comprometimento cognitivo foram excluídos (APOLINÁRIO et al., 2016).

Para o levantamento dos dados sociodemográficos foi aplicado um questionário de entrevista com itens que incluem: idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, grau de parentesco com o idoso, horas por dia gastas em cuidar, entre outros. Aos idosos houve questões sobre idade, sexo, Classificação Internacional de Doenças – CID principal (Dados detalhados no tópico de Variáveis 5.5).

O Índice de Barthel foi utilizado para a avaliação da funcionalidade do idoso nas atividades de vida diária (AVD). O instrumento consiste em dez questionamentos e mede capacidades como cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Seu principal objetivo é verificar o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal) (MAHONEY; BARTHEL, 1965; MINOSSO et al., 2010).

É permitido ao cuidador ou familiar responder o questionário pelo idoso, caso este esteja impossibilitado. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência: dependência total (< 20 pontos); dependência grave (20 a 35 pontos); dependência moderada (40 a 55 pontos) e dependência leve (60 a 95 pontos) (MAHONEY; BARTHEL, 1965; MINOSSO et al., 2010).

O Inventário de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Zarit Caregiver Burden Interview, ZBI) avaliou o nível de sobrecarga dos cuidadores de idosos. Este instrumento tem como principal objetivo avaliar a percepção de sobrecarga de cuidadores de

familiares idosos, com foco sobre a percepção do cuidador a respeito de como a atividade exercida por ele impacta na sua vida pessoal, social, financeira e na sua saúde física e mental (QUELUZ et al., 2019).

A ZBI foi desenvolvida nos Estados Unidos por Zarit, Reeve e Bach-Peterson em 1980, originalmente com 29 itens, e, em 1985, foi reduzida para 22 itens pelos pesquisadores Zarit, Orr e Zarit (BÉDARD et al., 2001). Zarit, Anthony e Boutsellis (1987) mediram a confiabilidade do instrumento em 184 cuidadores familiares de idosos dependentes americanos. Scazufca (2002) realizou tradução da versão original e mediu a consistência interna para a versão brasileira do instrumento ($\alpha=87$). Segundo Sequeira (2010) é a escala mais utilizada internacionalmente para avaliar sobrecarga do cuidador.

Os itens devem ser respondidos pelo próprio cuidador a partir de uma escala do tipo Likert de 5 pontos, variando de 0 a 4. Possui 22 questões, nas quais, as alternativas de resposta para cada item são: nunca (0 pontos), raramente (1 ponto), algumas vezes (2 pontos), frequentemente (3 pontos) ou sempre (4 pontos). A pontuação total pode variar entre 0 e 88 pontos (BRANGER; O'CONNELL; MORGAN, 2016).

O maior escore corresponde a uma maior percepção de sobrecarga de acordo com os seguintes pontos de corte de acordo com o estudo internacional de Ferreira et al. (2010) estabelecido por Zarit (1987): 0-20 significa “Ausência de sobrecarga”; de 21-40 corresponde a “Sobrecarga leve a moderada”, de 41-60 “Sobrecarga moderada a severa” e 61-88 “Sobrecarga Severa” (DINIZ et al., 2018; FERREIRA et al., 2010).

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foram empregadas técnicas de estatística descritiva e de estatística inferencial para análise dos dados, com a construção de um banco em planilha eletrônica Microsoft Excel e exportado para o software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18.0 para Windows (SPSS Inc, Chicago IL, USA).

Para caracterização da amostra foram calculadas a distribuição de frequência para as variáveis categóricas e média e desvio padrão para as variáveis quantitativas. O teste de Shapiro-Wilk foi empregado para testar a normalidade dos dados.

Para estatística inferencial bivariada de comparação de proporção utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson e o teste Exato de Fisher, quando as condições para o teste Qui-quadrado não foram verificadas. O nível de significância adotado correspondeu a 5%.

A comparação da distribuição do escore de sobrecarga entre os domínios utilizou-se o teste de Friedman e o teste de Wilcoxon para análise dos domínios dois a dois.

A apresentação dos resultados atende às normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi elaborado obedecendo às diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Também será assumido o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações, com assinatura de um Termo de Confidencialidade (Apêndice B), tornando os resultados dessa pesquisa públicos, quaisquer que sejam.

O estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e aprovado sob o CAEE 61087022.7.0000.5208. Todos os cuidadores foram orientados quanto aos objetivos do estudo, com consentimento formal registrado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C), conscientes dos riscos e benefícios de sua participação no estudo, descritos a seguir:

- **Riscos:** não foram realizados procedimentos invasivos, entretanto, os participantes da pesquisa poderiam sentir-se constrangidos ou desconfortáveis ao responderem os questionários. A fim de minimizar o desconforto, foram explicadas todas as perguntas a serem realizadas. Ainda foi sugerido para a obtenção dos dados, local reservado da residência se possível, com paciente e cuidador em locais distintos e informada condição de liberdade para não responder quaisquer questões. Foi assegurado ao respondente, a confidencialidade e privacidade das informações fornecidas. O participante também foi informado quanto ao seu direito, em retirar o consentimento em qualquer tempo ou etapa de execução da pesquisa, sem qualquer prejuízo à sua relação com a pesquisadora, com o programa ou Instituição que apoia a pesquisa.

- **Benefícios:** a pesquisa fornecerá maiores informações sobre a associação entre o estresse e sobrecarga de atividades do cuidador com o nível de independência funcional do idoso domiciliado, permitindo que haja a possibilidade de detectar níveis críticos de sobrecarga do cuidador e de dependência funcional dos idosos e que estes sejam minimizados através de assistência adequada. As equipes do serviço poderão ser

acionadas para suporte em visitas domiciliares, subsequentes à conclusão do trabalho com vistas ao apoio aos cuidadores onde foi identificada a demanda de sobrecarga. A divulgação científica dos achados deste trabalho poderá auxiliar profissionais, do serviço em questão e de outros, fornecendo subsídios a respeito das populações e parâmetros estudados.

- **Armazenamento dos dados coletados:** os dados coletados por meio dos formulários referidos na metodologia, ficarão armazenados em meio físico (em pasta arquivo) e em meio digital (pen drive) sob a responsabilidade da pesquisadora Milena Alves de Luna, no endereço Rua Dom José Lopes, 1136, Apt. 504, Boa Viagem, Recife – PE, CEP: 51.021-370, pelo período mínimo de 5 anos.

6 RESULTADOS

A caracterização da amostra composta por 144 cuidadores informais, encontra-se descrita na Tabela 1. Prevaecem indivíduos do sexo feminino (81,3%); com idade de 46 a 59 anos (39,6%); com 12 anos ou mais de estudo (45,1%); que não exercem qualquer atividade de trabalho remunerado (85,4%); com renda familiar informada, entre um e dois salários-mínimos (56,6%); referência de problema de saúde com diagnóstico médico (64,6%), sendo mais frequentes as doenças cardiovasculares (45,5%) seguidas das endócrino-metabólicas (21,7%); em relação ao grau de parentesco com a pessoa idosa, mais da metade dos cuidadores são filhos (59,0%); estão envolvidos 24 horas por dia nos cuidados (86,0%) e atuam como cuidador informal entre 1 e 5 anos (54,9%). O teste de comparação de proporção foi significativo em todas as variáveis avaliadas (p-valor menor que 0,05).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de cuidadores informais de pessoas idosas, assistidas em Serviço de Atenção Domiciliar. Jaboatão dos Guararapes/PE, 2023.

Variáveis Sociodemográficas	n	%	p-valor
Sexo			
Feminino	117	81,3	<0,001 ¹
Masculino	27	18,7	
Idade			
19 a 45 anos	35	24,3	<0,001 ¹
46 a 59 anos	57	39,6	
60 a 69 anos	32	22,2	
70 anos ou mais	20	13,9	
Escolaridade			
Analfabeto	6	4,2	<0,001 ¹
1 a 4 anos	13	9,0	
5 a 8 anos	37	25,7	
9 a 11 anos	23	16,0	
12 anos ou mais	65	45,1	
Exerce alguma atividade de trabalho remunerado ?			
Sim	21	14,6	<0,001 ¹
Não	123	85,4	
Renda familiar*			
Até 1 SM	30	21,0	<0,001 ¹
> 1 a 2 SM	81	56,6	
> 2 a 3 SM	20	14,0	
Acima de 3 SM	12	8,4	

Possui algum problema de saúde com diagnóstico médico?

Sim	93	64,6	<0,001 ¹
Não	51	35,4	

Se sim, quais?

Doenças cardiovasculares	65	45,5	<0,001 ¹
Doenças endócrino-metabólicas	31	21,7	
Doenças osteomioarticulares	13	9,1	
Doenças psiquiátricas	12	8,4	
Doenças neurológicas	5	3,5	
Doenças respiratórias	4	2,8	
Doenças oncológicas	3	2,1	
Outros	10	7,0	

Grau de Relação/Parentesco com a pessoa idosa.

Marido/Mulher	29	20,1	<0,001 ¹
Filho(a)	85	59,0	
Irmão(ã)	7	4,9	
Outro parente	20	13,9	
Amigo(a)/Vizinho(a)	3	2,1	

Horas por dia gastas no cuidar*

Até 6 horas	4	2,8	<0,001 ¹
Até 12 horas	16	11,2	
Até 24 horas	123	86,0	

Há quanto tempo é cuidador informal?

Menos de 1 ano	7	4,8	<0,001 ¹
Entre 1 e 5 anos	79	54,9	
Acima de 5 anos	58	40,3	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Fonte: A autora.

A tabela 2 caracteriza as variáveis sociodemográficas dos idosos inscritos no SAD de Jaboaão e o grau de funcionalidade para AVD segundo o Índice de Barthel. Verifica-se que a maioria é do sexo feminino (59,7%), com idade entre 70 e 79 anos (32,7%) e prevalência de doenças neurológicas (66,0%), checadas de acordo com o CID principal registrado no cadastro do idoso no SAD. O grau de funcionalidade predominante corresponde à dependência total para realização das atividades de vida diária (70,8%). O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os parâmetros avaliados.

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico e avaliação da funcionalidade de pessoas idosas, assistidas em Serviço de Atenção Domiciliar. Jaboatão dos Guararapes/PE, 2023.

Variáveis	n	%	p-valor
Sexo			
Feminino	86	59,7	0,020 ¹
Masculino	58	40,3	
Idade			
60 a 69 anos	29	20,1	0,005 ¹
70 a 79 anos	47	32,7	
80 a 89 anos	46	31,9	
80 anos ou mais	22	15,3	
Doenças (CID principal)			
Doenças neurológicas	95	66,0	<0,001 ¹
Doenças osteomioarticulares	10	6,9	
Doenças cardiovasculares	8	5,6	
Doenças oncológicas	6	4,2	
Doenças endócrino-metabólicas	6	4,2	
Doenças respiratórias	3	2,0	
Doenças psiquiátricas	2	1,4	
Outros	14	9,7	
Funcionalidade²			
Dependência total	102	70,9	<0,001 ¹
Dependência Grave	13	9,0	
Dependência Moderada	16	11,1	
Dependência Leve	13	9,0	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

²Índice de Barthel.

Fonte: A autora.

A tabela 3 apresenta a distribuição da classificação do Inventário de Sobrecarga do Cuidador. Verifica-se que há uma prevalência maior de cuidadores com nível de sobrecarga leve a moderada (41,7%), seguido de moderada a severa (35,4%).

Tabela 3 - Distribuição da classificação do Inventário de Sobrecarga do cuidador, segundo classificação de Zarit. Jaboatão dos Guararapes /PE, 2023.

Classificação de Sobrecarga	n	%	p-valor
Ausente	26	18,1	<0,001 ¹
Leve a moderada	60	41,7	
Moderada a severa	51	35,4	
Severa	7	4,8	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção.

Fonte: A autora.

A análise do escore do Inventário de Sobrecarga do Cuidador, segundo classificação de Zarit, por domínios encontra-se descrita na tabela 4. As expectativas face ao cuidar corresponde ao domínio com maior média (2,80 pontos), seguido da Percepção da autoeficácia (2,08 pontos), indicando que estes são os dois domínios que exercem um maior impacto em termos de sobrecarga para o cuidador.

Na comparação do escore entre os domínios, o teste de Friedman foi significativo (p-valor < 0,001), indicando que há diferença no nível de sobrecarga para cada domínio avaliado. Ao comparar os domínios dois a dois pelo teste de Wilcoxon, houve significância em todas as comparações (p-valor < 0,05), indicando que a distribuição do escore de sobrecarga é diferente entre todos os domínios.

Tabela 4 - Análise do escore do Inventário de Sobrecarga do Cuidador, segundo classificação de Zarit por domínios. Jaboatão dos Guararapes /PE, 2023.

Domínios	Questões nº	Itens	Média	Desvio padrão	p-valor
Impacto da prestação de cuidados	1,2,3,6,9,10, 11,12,13,17 e 22	11 itens	1,65	0,94	<0,001 ¹
Relação interpessoal	4,5,16,18 e 19	5 itens	0,67	0,75	
Expectativas face ao cuidar	7,8,14 e 15	4 itens	2,80	0,86	
Percepção da autoeficácia	20 e 21	2 itens	2,08	1,64	

¹p-valor do teste de Friedman.

Fonte: A autora.

A tabela 5 apresenta a associação entre o nível de sobrecarga dos cuidadores segundo Zarit e as variáveis sociodemográficas e características do cuidar. Para avaliação

dos fatores relacionados a uma pior sobrecarga do cuidador foram agrupados, os níveis de sobrecarga moderada ou severa e a ausência ou sobrecarga leve.

Registra-se um maior nível de sobrecarga moderada/severa para o cuidador do sexo feminino (51,9%); com idade de 46 a 59 anos (43,9%); analfabeto (66,7%); que não exerce qualquer atividade de trabalho remunerado (40,7%); com renda familiar de até um salário-mínimo (46,7%); com problema de saúde com diagnóstico (45,2%); sendo o grau de parentesco com idoso mais prevalente o irmão/a (42,9%); com gasto de até 12 horas por dia, nas atividades relacionadas ao cuidar (43,7%) e desempenhando a função de cuidador informal de 1 a 5 anos (43,0%).

Apesar de encontrada maior prevalência de sobrecarga moderada/severa no grupo de cuidadores, conforme perfil sociodemográfico descrito acima, o teste de associação não foi significativo para os fatores avaliados.

Tabela 5 - Associação entre nível de sobrecarga do cuidador informal, segundo variáveis sociodemográficas. Jaboatão dos Guararapes/PE, 2023. (Classificação Agregada).

Variáveis	Sobrecarga do cuidador		p-valor
	Moderada ou severa	Ausente ou leve	
Sexo			
Feminino	49(41,9%)	68(58,1%)	0,414 ¹
Masculino	9(33,3%)	18(66,7%)	
Idade			
19 a 45 anos	13(37,1%)	22(62,9%)	0,908 ¹
46 a 59 anos	25(43,9%)	32(56,1%)	
60 a 69 anos	12(37,5%)	20(62,5%)	
70 anos ou mais	8(40,0%)	12(60,0%)	
Escolaridade			
Analfabeto	4(66,7%)	2(33,3%)	0,448 ²
1 a 4 anos	7(53,8%)	6(46,2%)	
5 a 8 anos	15(40,5%)	22(59,5%)	
9 a 11 anos	7(30,4%)	16(69,6%)	
12 anos ou mais	25(38,5%)	40(61,5%)	
Exerce alguma atividade de trabalho remunerado			
Sim	8(38,1%)	13(61,9%)	0,825 ¹
Não	50(40,7%)	73(59,3%)	
Renda familiar*			
Até 1 SM	14(46,7%)	16(53,3%)	0,803 ¹

> 1 a 2 SM	32(39,5%)	49(60,5%)	
> 2 a 3 SM	7(35,0%)	13(65,0%)	
Acima de 3 SM	4(33,3%)	8(66,7%)	
Possui algum problema de saúde com diagnóstico médico?			
Sim	42(45,2%)	51(54,8%)	0,107 ¹
Não	16(31,4%)	35(68,6%)	
Grau de Relação/Parentesco com o idoso			
Marido/Mulher	12(41,4%)	17(58,6%)	0,910 ²
Filho(a)	36(42,4%)	49(57,6%)	
Irmão(ã)	3(42,9%)	4(57,1%)	
Outro parente	6(30,0%)	14(70,0%)	
Amigo(a)/Vizinho(a)	1(33,3%)	2(66,7%)	
Horas por dia gastas no cuidar*			
Até 6 horas	0(0,0%)	4(100,0%)	0,258 ²
Até 12 horas	7(43,7%)	9(56,3%)	
Até 24 horas	50(40,7%)	73(59,3%)	
Há quanto tempo é cuidador informal?			
Menor que 1 ano	2(28,6%)	5(71,4%)	0,741 ²
De 1 - 5 anos	34(43,0%)	45(57,0%)	
> 5 anos	22(37,9%)	36(62,1%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência.

²p-valor do teste Exato de Fisher.

Fonte:A autora.

A tabela 6 ilustra a associação entre o nível de sobrecarga do cuidador informal, segundo variáveis sociodemográficas e funcionalidade do idoso. A partir dos níveis agregados, observa-se maior prevalência de sobrecarga moderada/severa nos cuidadores que assistem idosos do sexo masculino (48,3%); com idade de 60 a 69 anos (44,8%); portadores de doenças Endócrino-Metabólicas ou de doenças Oncológicas (ambos os grupos com 66,7%) e que apresentam nível grave de dependência (61,5%). Apesar da maior prevalência do nível moderado/severo de sobrecarga dos cuidadores, o teste de independência não foi significativo para os fatores avaliados (p-valor > 0,05).

Tabela 6 - Associação entre o nível de sobrecarga do cuidador informal, segundo variáveis sociodemográficas e funcionalidade do idoso. Jaboatão dos Guararapes/PE, 2023. (Classificação Agregada)

Variáveis	Sobrecarga do cuidador		p-valor
	Moderada ou severa	Ausente ou leve	
Sexo			
Feminino	30(34,9%)	56(65,1%)	0,108 ¹
Masculino	28(48,3%)	30(51,7%)	
Idade			
60 a 69 anos	13(44,8%)	16(55,2%)	0,718 ¹
70 a 79 anos	21(44,7%)	26(55,3%)	
80 a 89 anos	16(34,8%)	30(65,2%)	
80 anos ou mais	8(36,4%)	14(63,6%)	
Doenças			
Cardiovasculares	2(25,0%)	6(75,0%)	0,574 ²
Endócrino-Metabólicas	4(66,7%)	2(33,3%)	
Osteomioarticulares	3(30,0%)	7(70,0%)	
Psiquiátricas	1(50,0%)	1(50,0%)	
Neurológicas	36(37,9%)	59(62,1%)	
Respiratórias	1(33,3%)	2(66,7%)	
Oncológicas	4(66,7%)	2(33,3%)	
Outros	7(50,0%)	7(50,0%)	
Classificação de BARTHEL			
Dependência Total	36(35,3%)	66(64,7%)	0,230 ¹
Dependência Grave	8(61,5%)	5(38,5%)	
Dependência Moderada	8(50,0%)	8(50,0%)	
Dependência Leve	6(46,2%)	7(53,8%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência.

²p-valor do teste Exato de Fisher.

Fonte: A autora.

7 DISCUSSÃO

Para uma análise fidedigna da sobrecarga dos cuidadores precisa-se conhecer quem são os sujeitos envolvidos nos cuidados no âmbito do SAD. Dentre as principais características sociodemográficas selecionadas para este fim, observou-se uma prevalência feminina, na faixa etária de 46 a 59 anos, com 12 anos ou mais de escolaridade, filhas dos usuários idosos, atuando como cuidadoras informais por um período entre um e cinco anos.

Em estudo semelhante realizado na ESF (Estratégia de Saúde da Família) na cidade de Sobral/Ceará, a feminização do cuidado também se fez presente, as filhas responsáveis pelos cuidados também eram idosas (idade equivalente ou superior a 60 anos), entretanto com baixa escolaridade (um a quatro anos de estudo) e exerciam a função de cuidadoras informais há mais de dez anos (MUNIZ et al., 2016).

O modelo da ESF faz parte da Atenção Primária à Saúde no Brasil e compõe um conjunto de práticas de cuidado, dirigidas a um determinado território, com a participação de equipes multiprofissionais, compostas por especialistas em saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), agente de combate às endemias (ACE), cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal. Essas equipes atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) Estrutura de cuidado divergente do SAD. (BRASIL, 2022).

O perfil dos cuidadores familiares caracterizado por mulheres, casadas, filhas ou cônjuges, reduzida escolaridade, com baixas condições econômicas e idade avançada (cuidadores idosos) não se diferencia tanto em relação aos perfis encontrados em outras regiões do Brasil ou em outros países como Espanha, França, Alemanha e Reino Unido, mesmo com a discrepância regional e cultural destes. Isso reforça qual o perfil prevalente destes cuidadores informais familiares (ANJOS et al., 2018).

Um ponto importante a ser observado é a prevalência feminina como cuidador, centralizando a mulher culturalmente como representante principal do cuidado na família e todas as consequências que este extenso tema envolve. Rangel et al. (2019) confirmaram que os principais cuidadores de idosos são do sexo feminino e geralmente filhas ou cônjuges. Estas acabam abandonando a própria vida, bem-estar social, saúde física e mental para prestar cuidados ao seu familiar idoso.

O estudo de Muniz (2016) traz importantes implicações políticas, conferidas à mulher como sinônimo de cuidar, na justificação social da ausência e desresponsabilização do homem na esfera dos cuidados, o masculino como o provedor de recursos financeiros e o aprisionamento da mulher em atividades tradicionais, o que é uma forma de permanência da opressão feminina e consequente enclausuramento arcaico na cena doméstica.

Outro aspecto importante a ser ressaltado na cultura feminina do ato de cuidar, em detrimento da masculina, diz respeito às mulheres de uma forma geral, estarem mais disponíveis para participar de grupos de apoio a cuidadores, maior facilidade em compartilhar dificuldades, anseios, na busca de conhecimento e sanar dúvidas com outros. Logo, torna-se relevante estimular a participação do homem como cuidador, pois no domicílio a mulher geralmente concilia várias atribuições como o cuidado de outros membros da família, filhos, atividades domésticas, prover assistência e organização familiar que incrementam a sobrecarga no cuidar (ANJOS et al., 2018; CESÁRIO et al., 2017).

Santana et al. (2018) analisaram cuidadores de quatro ESF em uma cidade da Bahia. Corroboram seus achados com a prevalência de mulheres no cuidado e divergem quanto à escolaridade, nas quais 50% dos cuidadores não estudaram e 46% frequentaram apenas o ensino fundamental contrapondo a maioria dos 12 anos ou mais no SAD/Jaboatão. Os hábitos de cultura e o contexto na qual está inserida ainda é um fator que delimitam as oportunidades da população (DINIZ et al., 2018).

No que diz respeito à faixa etária dos cuidadores neste estudo, além da prevalência significativa da média idade acima descrita, houve uma soma de 52 cuidadores com 60 anos ou mais, destacando uma possível tendência populacional de que cada vez mais, idosos cuidando de outros idosos. No estudo de Anjos et al.(2018), em uma casuística de 71 cuidadores, onde 18 (25,4%) eram idosos com predominância do cuidador de meia-idade ou idoso. O cuidador quando é idoso torna-se mais uma pessoa vulnerável. Entretanto, a atenção ao idoso dependente em detrimento de seu cuidador, que muitas vezes também é uma pessoa idosa, é uma situação cada vez mais frequente na sociedade.

A verificação da escolaridade da população de cuidadores é um aspecto importante que impacta na qualidade do cuidado, pois a baixa escolaridade pode interferir na compreensão de dosagens medicamentosas, administração de dietas e apresentar-se

como uma dificuldade em atividades importantes na rotina da pessoa idosa (SANTANA et al., 2018).

Em relação à renda familiar e trabalho, os dados deste estudo chamam a atenção por uma maioria de cuidadores sem qualquer atividade laboral remunerada, extra as atividades de cuidador informal e pela renda familiar precarizada, não ultrapassando a dois salários-mínimos. Assemelham-se a esses achados, os resultados observados por Santana et al (2018), nos quais os cuidadores sobrevivem com até um salário-mínimo. O estudo acima citado foi realizado em quatro unidades da ESF na zona urbana do município de Caculé, Bahia cujos participantes foram 50 cuidadores familiares de idosos com dependência funcional.

Muitos cuidadores abdicam de seus trabalhos e passam a se dedicar de forma exclusiva ao idoso dependente, além de continuarem com suas atividades domésticas, voltadas aos cuidados com a casa, gerando uma sobrecarga a mais. O impacto financeiro nessas decisões contribui como fator adicional de estresse e desgaste dos cuidadores familiares que precisam de desdobramentos físicos e psicológicos para manutenção do mínimo necessário ao cuidar do idoso (SANTANA et al., 2018).

Como tem sido observada, a prevalência de cuidadores que também são idosos, trazem uma característica peculiar de uma população que cuida, mas que também apresenta um quadro de comorbidades. Neste estudo 64,6% afirmaram ter algum problema de saúde com diagnóstico médico, o que corrobora com os achados de Anjos et al. (2018), visto que 85,9% dos cuidadores apresentaram alguma doença ou comorbidade que pode influenciar na qualidade de vida desses indivíduos e na execução do cuidado prestado.

Dentre as doenças referidas pelos cuidadores, as cardiovasculares prevaleceram com 45,5%. Em Diniz et al.(2018) a hipertensão arterial foi relatada em 40% e Rangel et al. (2019) registram como hipertensos 54% dos cuidadores informais investigados, corroborando com os resultados deste estudo. Nesse requisito, observa-se a importância da Atenção Básica, no cuidado populacional, com olhar atento aos cuidadores, pois doenças crônicas mal administradas e negligenciadas podem resultar em agravos futuros e consequente declínio de saúde destes.

Em relação ao processo saúde-doença, os cuidadores estão expostos a diversos tipos de estressores de forma prolongada. Todos estão sujeitos a sobrecarga física e emocional, por ser cotidianamente testada a sua capacidade de enfrentamento das

situações inerentes ao cuidado. O cuidador apresenta restrições em sua vida, como o de autocuidado, ao assumir a responsabilidade diária com o idoso e, como consequência, pode tornar-se um paciente em potencial que também necessitará de cuidados. Vale ressaltar que muitos já são idosos (COUTO et al., 2016).

No contexto das horas por dia gastas em cuidar, 86% dos cuidadores passam até 24 horas por dia dedicadas à pessoa idosa. Alguns fatores podem ter contribuído para este dado expresso, a saber: o critério de inclusão adotado para o estudo, no que diz respeito aos cuidadores informais coabitariam no mesmo domicílio e da maioria ter relatado a ausência de trabalho formal. Esta dedicação exclusiva ao cuidado, muitos com poucas oportunidades ou rede de apoio insuficiente para sair de casa, podem contribuir para os níveis de sobrecarga.

Segundo a observação como membro da equipe do SAD/Jaboatão, existe uma fragilidade em muitos domicílios no suporte familiar e revezamento entre os familiares na rotina de cuidados, principalmente à noite. A dificuldade em estabelecer um padrão de sono eficaz, a ansiedade e medo em administrar medicações e dietas no horário, mudanças de decúbito, expectativa de intercorrências e não estarem acordados, são relatos frequentes. Então a ininterrupta dedicação ao cuidado, ausência de descanso e estado frequente de alerta também são fatores de risco que comprometem a saúde e influenciam na sobrecarga do cuidador.

Outro estudo difere deste resultado afirmando que 72% dos cuidadores trabalhavam tinham um trabalho extradomiciliar de 10 a 30 horas por semana. Esta divergência pode acontecer pois a população de cuidadores em Santana et al. (2018) eram de idosos atendidos pela atenção básica com complexidade AD1, mais independentes. Comparando com a população idosa do SAD, no nível AD2 de atenção à saúde, esses possuem mais agravos e consequentemente maior grau de dependência de terceiros.

Ainda sobre essa temática, no estudo de Santos et al. (2018), os autores observaram que a maioria dos cuidadores informais cuidavam de seus idosos integralmente. Dos indivíduos participantes da pesquisa, 85,69% relataram mudanças em sua vida após a responsabilidade de cuidar do idoso dependente, principalmente por não ter a liberdade de sair do domicílio. Segundo Ferizi et al.(2022), os cuidadores dificilmente encontram tempo suficiente para si, sua família, lazer, ocupação e interações sociais.

Sobre a quantidade de anos dedicados à atividade de cuidador informal, percebe-se resultados importantes, onde a maior parte desses indivíduos prestam esse cuidado de 1 a 5 anos (54,9%), seguido de mais de 5 anos (40,3%). Equiparam-se aos resultados de Santana et al. (2018) com 52% de 1 a 6 anos de cuidado. Todavia é possível ponderar que, assim como as horas por dia gastas em cuidar, a quantidade de anos de assistência e dedicação ao idoso pode ser considerada um fator desencadeante de sobrecarga.

No presente estudo, a prevalência na faixa etária do idoso assistido é de 70 a 79 anos com 32,7%, do sexo feminino (59,7%), com doenças neurológicas (66%) e totalmente dependentes dos cuidadores para as AVD. Essa similaridade de características ocorre em âmbitos nacionais e internacionais como relata Anjos et al. (2018). Em seu estudo, os idosos eram predominantemente mulheres e possuíam elevado grau de dependência. Idosos que necessitam de cuidadores são especialmente mais dependentes, no entanto o grau da funcionalidade pode variar.

À medida que os idosos ficam mais dependentes, os encargos de cuidar podem sofrer alterações, exigindo maiores esforços dos cuidadores para suprir as demandas gerando desgastes físicos e emocionais e progredirem para percepção de sobrecarga. Os níveis de sobrecarga podem inclusive evoluir, caso esse cuidador informal fique isento de orientações, acolhimento, capacitação, educação em saúde e, com isso, comprometer sua qualidade de vida (ANJOS et al., 2018).

As doenças que acometem os idosos também influenciam nos níveis de independência e no quanto necessitam dos cuidadores para realização de suas atividades. No presente estudo, a maioria dos idosos possuíam doenças neurológicas como patologia principal e com funcionalidade comprometida totalmente, destas, os acidentes vasculares cerebrais e demências foram as mais frequentes.

Ferizi et al. (2022) concluem que na doença de Alzheimer em sua fase final, a quase totalidade dos idosos ficaram acamados e 45% dos sobreviventes de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ficaram totalmente dependentes dos cuidadores após a alta do hospital. A progressão da doença do idoso é acompanhada por certas complicações que estão intimamente ligadas a perda de autonomia na realização das atividades diárias. Os familiares que assumem o papel de cuidador do idoso com doença avançada e sem possibilidades de cura, apresentam maior risco de sobrecarga.

Em uma pesquisa realizada por Cesário et al. (2017) com cuidadores familiares de idosos com Alzheimer, 62,8% dos entrevistados estavam estressados e 59,3% daqueles

que apresentavam estresse possuíam predominância de sintomas psicológicos. O déficit de informação, sentimento de despreparo, angústia em conviver com o declínio e sofrimento do ente querido apresentam íntima relação com questões psicológicas, que influenciam diretamente no estresse e sobrecarga do cuidador

Banho, alimentação, administração de medicações, higienização tornam-se situações desgastantes também pela resistência do idoso com demência em realizá-las, devido a distúrbios comportamentais e de memória. Uma distribuição eficaz de atribuições entre os familiares do idoso é uma forma de evitar a concentração de responsabilidades em um único familiar, como frequentemente se vê na maioria dos domicílios. O apoio profissional é de extrema importância a fim de alertar sobre o curso da doença, atitudes do cuidador frente às necessidades com a patologia e sem esquecer de orientar formas possíveis e acessíveis de autocuidado de quem cuida (CESÁRIO et al., 2017).

Dispensar cuidado a um indivíduo dependente também é trabalho pois envolve empenho biopsicossocial considerável, além do ônus financeiro que recai, comumente, sobre as famílias cuidadoras (ANJOS et al., 2015). Muniz et al. (2016) afirma que a sobrecarga de trabalho do cuidador está diretamente vinculada ao tipo de patologia do idoso e as consequências desta.

Observa-se que todos os fatores relatados estão associados à sobrecarga do cuidador e o influenciam diretamente. Algum nível de sobrecarga é geralmente observado nos estudos com cuidadores informais. No presente estudo, há uma prevalência maior de cuidadores com nível de sobrecarga leve a moderada (41,7%), seguido de moderada a severa (35,4%). Concordando com Anjos et al. (2015) em que 51,7% dos cuidadores apresentavam escore para sobrecarga leve a moderada com idosos parcialmente dependentes.

Um estudo português realizado por Dixe et al. (2020) afirma que vários estudos referem que os cuidadores informais apresentam níveis elevados de sobrecarga emocional e que este dado é inversamente proporcional à escassez de programas de apoio ao cuidador. Torna-se necessário avaliar a sobrecarga de quem cuida de pessoas dependentes, identificar os fatores relacionados e elaborar estratégias de prevenção da sobrecarga, pondo-as em prática.

Entre os vários instrumentos utilizados para avaliar a sobrecarga do cuidador, a escala de Zarit é apontada como a que reúne melhores condições de aplicação, facilmente

adaptada em diversos países e populações (DIXE; QUERIDO, 2020). Um diferencial apresentado no presente estudo, diz respeito a análise da sobrecarga dos cuidadores de idosos do SAD por domínios.

As expectativas face ao cuidar correspondeu ao domínio com maior média (2,80 pontos), formada pelas questões 7, 8, 14 e 15 da escala Zarit que são: (7) Se o cuidador tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar/idoso; (8) Se o cuidador considera que o seu familiar/idoso está dependente; (14) Se o cuidador acredita que o seu familiar/idoso espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar; (15) Se o cuidador considera que não dispõe de dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar/idoso e para o resto das despesas que tem.

Observa-se que o medo enfrentado pelos cuidadores face ao avanço da doença, o aumento na dependência do idoso, o fato do idoso centralizar as expectativas de melhor cuidar geralmente num cuidador específico, além da dificuldade financeira nesta população, confirmado pelo levantamento de dados de renda familiar acima descrito, são fatores que mais influenciam sensações de angústia, estresse, e consequentemente, sobrecarga.

Dixe et al. (2020) ressaltam que mais da metade dos cuidadores informais apresentam níveis de sobrecarga intensa. Os indicadores que mais concorreram para estes valores de sobrecarga foram “Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar/doente?” e “Acredita que o seu familiar/doente espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?”, questões que fazem parte do domínio “expectativas face ao cuidar”, corroborando com os resultados dessa pesquisa.

Apesar de no presente estudo, não ter sido observada associação significativa entre os parâmetros avaliados observou-se um maior nível de sobrecarga moderada/severa para mulheres, de meia-idade, analfabetas, sem trabalho formal; baixa renda, com problema de saúde, irmão/a do idoso; cuidando até 12 horas por dia e entre 1 e 5 anos. O que pode explicar a sobrecarga severa nos cuidadores de meio período é que eles podem conciliar atividades extras-domiciliares de trabalho, estudo, e quando chegam no domicílio iniciariam uma tripla jornada estendendo-se pela noite e nos cuidados até pela madrugada, dependendo das necessidades.

A maior prevalência de sobrecarga moderada/severa foi encontrada nos cuidadores que assistiam idosos do sexo masculino, com idade de 60 a 69 anos, com doenças Endócrino-Metabólicas ou Oncológicas e que apresentam nível grave de

dependência. Anjos et al. (2018) demonstraram que quanto mais o idoso é independente, maior é a chance do cuidador ter menor sobrecarga, quando comparados aos cuidadores de idosos com dependência completa ou parcial.

A sobrecarga do cuidador tende a agravar ainda mais quando o idoso possui uma doença crônica avançada e proximidade do fim da vida. O objetivo de Rezende et al.(2017) era identificar a percepção de sobrecarga de cuidadores de idosos em tratamento paliativo oncológico. Os autores confirmaram que quanto pior a progressão da doença e o aumento do declínio funcional do idoso, maiores os níveis de sobrecarga para os cuidadores. Assim, os familiares que assumem o papel de cuidador do idoso com doença avançada e sem possibilidades de cura apresentam maior risco de sobrecarga.

Por fim, este estudo objetivou voltar o olhar a quem cuida do idoso com ênfase nos familiares que informalmente atuam em complexas ações rotineiras e necessitam de informação. O SAD foi criado para isto. Orientar esses cuidadores fornecendo apoio e acolhimento aos pacientes e família no âmbito domiciliar destes.

Por isso a importância de conhecer o perfil destes cuidadores e os fatores que influenciam seu nível de sobrecarga na população específica, a fim de que programas de atenção domiciliar assim como o SAD, as equipes multiprofissionais de saúde e a população em geral tenham conhecimento sobre a temática. Mais pesquisas sobre o tema são necessárias, pois aspectos limitantes do presente estudo foram a própria natureza transversal que não permite estabelecer relações de causalidade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar de um idoso é uma atividade desgastante e, principalmente quando centralizada apenas em um familiar, o que pode causar frustrações e perdas sociais pelo tempo dedicado a esta atividade. Observa-se grande fragilidade no suporte familiar formal para o revezamento do cuidado.

Estudos demonstram a relevância dos cuidadores receberem apoio psicológico para atenuar o impacto emocional; recursos financeiros e materiais para cuidarem do seu familiar idoso; ajuda para realização das atividades diárias, domésticas e de cuidado, assim como necessidade em termos de maior oferta de informação sobre a doença do indivíduo que cuida e orientação para realizar o cuidado.

O SAD fornece ajuda de custo em materiais de uso diário com os pacientes e algumas medicações. Quanto ao apoio psicológico precisa ser mais valorizado e incentivado, com expansão da rede para conseguir abarcar tanto a necessidade dos pacientes como também a dos cuidadores.

É relevante estimular redes de interação como grupos e encontros de cuidadores expõem os indivíduos aos intercâmbios de informações, às trocas de suporte material e emocional. Geralmente não há muitos grupos de apoio principalmente em comunidades de baixa renda, onde as informações são repassadas e aprendidas na prática cotidiana, sem treinamento prévio.

Os cuidadores são muitas vezes surpreendidos com patologias e intercorrências que agravam a dependência do ente querido e necessitam de manobras para lidar com as mudanças ambientais, de rotina e qualidade de vida que cuidar do idoso dependente traz. Nas captações dos pacientes do SAD verificam-se muitos cuidadores com carência de informações e orientações sobre cuidados específicos com o idoso.

Logo, reforça-se a importância de equipes de saúde com ênfase na atenção domiciliar, com ampliação da sua atuação aos cuidadores e a importância da informação, como método eficaz na prevenção de agravos, orientações de condutas, a fim de fornecer apoio à família, minimizando a sobrecarga dos cuidadores assistidos.

A importância do olhar voltado aos cuidadores informais com elevados níveis de sobrecarga e identificar os fatores associados permitirá definir quais intervenções adequadas podem ser tomadas pelas equipes de saúde do SAD e de outras equipes de assistência domiciliar.

Uma lacuna do presente estudo pode ser a falta do questionamento, acerca da percepção de sobrecarga antes e após ingresso do idoso no SAD, a continuidade e atuação das equipes podem ter minimizado a percepção de sobrecarga em alguns itens questionados.

Dos estudos observados com abrangência domiciliar grande parte é realizada pelas Equipes de Saúde da Família, mas a minoria dos estudos domiciliares é no SAD. Talvez pelo curto tempo de existência do Programa Melhor em Casa e/ou pela dificuldade em executar pesquisas nesse território e ter acesso aos pacientes e cuidadores em seus domicílios, diferente de pesquisas em ambientes ambulatoriais ou hospitalares. De certa forma, mais pesquisas com diferentes populações, com foco no cuidador informal são necessárias. Cabe ainda destacar a importância de políticas públicas que fomentem a busca por soluções para cuidar melhor da população idosa e de quem cuida destes.

REFERÊNCIAS

- (OMS)., O. M. D. S. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. [s.l: s.n.].
- ANJOS, K. F. DOS et al. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 5, p. 1321–1330, 2015.
- ANJOS, K. F. DOS et al. Factors Associated With The Quality Of Life Of Family Caregivers Of Elderly People. **Ciencia Y Enfermeria**, V. 24, N. 17, 2018.
- APOLINARIO, D. et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: The 10-point cognitive screener (10-CS). **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 31, n. 1, p. 4–12, 2016.
- BARBOSA, L. C. et al. Cuidadores Domiciliares De Idosos: Qualidade De Vida e Práticas No Processo De Cuidar. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, v. 27, n. 3, p. 291–313, 2021.
- BÉDARD, M. et al. The Zarit Burden Interview: A new short version and screening version. **Gerontologist**, v. 41, n. 5, p. 652–657, 2001.
- BRAGA, P. P. et al. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 903–912, 2016.
- BRANGER, C.; O'CONNELL, M. E.; MORGAN, D. G. Factor analysis of the 12-item zarit burden interview in caregivers of persons diagnosed with dementia. **Journal of Applied Gerontology**, v. 35, n. 5, p. 489–507, 2016.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar**. [s.l: s.n.]. v. 1
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Domiciliar. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica**, v. 2, p. 207, 2013.
- BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016.**, 2016.
- CESÁRIO, V. A. C. et al. Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. **SAÚDE DEBATE**, v. 41, n. 112, p. 171–182, 2017.
- CHO, J. et al. Caregiving centenarians: Cross-national comparison in Caregiver-Burden

between the United States and Japan. **Aging and Mental Health**, v. 24, n. 5, p. 774–783, 2020.

COUTO, M. et al. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. **Rev Rene**, v. 17, n. 1, p. 76–85, 2016.

CRAVELLO, L. et al. Effectiveness of a Family Support Intervention on Caregiving Burden in Family of Elderly Patients With Cognitive Decline After the COVID-19 Lockdown. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, p. 152, 2021.

DANTAS, I. C. et al. Morbidity and mortality profile and the challenges for the Home Nursing of the elderly Brazilians. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 93–108, 2017.

DIAS, M. H. M. DA S.; FONSECA, S. C. DA. O serviço de assistência domiciliária: origem, funções e a inserção da odontogeriatria. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 3, n. 3, p. 138–145, 2009.

DINIZ, M. A. A. et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 11, p. 3789–3798, 2018.

DIXE, M. DOS A. C. R.; QUERIDO, A. I. F. Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado : fatores de sobrecarga. v. 5, n. 3, p. 1–8, 2020.

FARÍAS-ANTÚNEZ, S. et al. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saúde do Brasil**, v. 27, n. 2, p. e2017290, 2018.

FERIZI, Malihe Mohamadi et al. COVID-19 Pandemic and Caregiving of Old Adults with Chronic Nervous System Disease. **Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences**, v. 16, n. 2, 2022.

FERREIRA, F. et al. Validação da escala de Zarit : sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários , para população portuguesa * Validation of the Zarit ’ s scale (“ Zarit Burden Interview ”) for the Portuguese population in the eld of domiciliary palliative pati. **Cadernos de Saúde**, v. 3, n. 2, p. 13–19, 2010.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a

configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 24, n. 3, p. 180–188, 2008.

HSU, T. et al. Are Disagreements in Caregiver and Patient Assessment of Patient Health Associated with Increased Caregiver Burden in Caregivers of Older Adults with Cancer ? **The Oncologist**, v. 22, n. 11, p. 1383–1391, 2017.

LARA-RUIZ, J. et al. The Functional Ability of MCI and Alzheimer's Patients Predicts Caregiver Burden. **GeroPsych (Bern)**, v. 32, n. 1, p. 31–39, 2019.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. **Maryland State Medical Journal**, v. 14, p. 56–61, 1965.

MARTINS, D. M. C.; CASTRO, J. G. D. Idosos Dependentes De Cuidados Domiciliares: Revisão De Literatura. **DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**, v. 5, n. 2, p. 91–102, 2018.

MINOSSO, J. S. M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 218–223, 2010.

MORAES, E. N. DE et al. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. Curitiba: SESA, 2018.

MOREIRA, L. B. et al. Fatores associados a capacidade funcional de idosos adscritos à Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2041–2050, 2020.

MUNIZ, E. A. et al. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 172–182, 2016.

NUNES, A. K. DE M. et al. Análise do nível de sobrecarga física e mental do cuidador de crianças com paralisia cerebral / Analysis of the level of physical and mental overload of the caregivers of children with cerebral palsy. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 8, p. 84422–84433, 2021.

PERISSÉ, C.; MARLI, M. Caminhos para uma melhor idade. **Retratos. A Revista do IBGE**, p. 28, fev. 2019.

PRETO, R. MANUAL DO SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR. **Secretaria Municipal de Saúde**, p. 1–64, 2018.

PRETO, R. Visita Domiciliar na Atenção Primária à Saúde Para Profissionais de Nível Superior. p. 25, 2021.

RANGEL, R. L. et al. Avaliação da sobrecarga do cuidador familiar de idosos com dependência funcional. **Rev. Aten. Saúde, São Caetano do Sul**, v. 17, n. 60, p. 11–18, 2019.

REZENDE, G. et al. Burden on family caregivers of the elderly in oncologic palliative care. **European Geriatric Medicine**, v. 8, n. 4, p. 337–341, 2017.

RODRIGUES QUELUZ, F. N. F. et al. Zarit Caregiver Burden Interview: Evidências de Validade para a População Brasileira de Cuidadores de Idosos. **Revista Colombiana de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 99–114, 2019.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SANTANA, M. S. et al. Sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com dependência funcional. **Kairós Gerontologia**, v. 21, n. 1, p. 337–356, 2018.

SANTOS, M. B. DOS et al. Sobrecarga biopsicossocial e estresse do cuidador de idoso dependente. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**, v. 20, n. 2, p. 92–97, 2018.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, n. 1, p. 12–17, 2002.

SEQUEIRA, C. A. DA C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista de Enfermagem Referência**, v. II, n. 12, p. 9–16, 2010.

VERAS, R. P.; GOMES, J. A. C.; MACEDO, S. T. Coordination of care increases the quality of care and reduces costs. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, p. 12, 2019.

ZARIT, S. H.; ANTHONY, C. R.; BOUTSELIS, M. Interventions with care givers of dementia patients: comparison of two approaches. **Psychology and aging**, v. 2, n. 3, p. 225–232, 1987.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa: “*Sobrecarga do cuidador informal de pessoas idosas assistidas em Serviço de Atenção Domiciliar e fatores associados*”

Formulário nº. _____ Data da coleta: ____/____/____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO CUIDADOR	
Nome:	Idade:
Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino	
Escolaridade: 1. () Analfabeto 2. () 1 a 4 anos 3. () 5 a 8 anos 4. () 9 a 11 anos 5. () 12 anos ou mais	
Exerce alguma atividade de trabalho remunerado? 1.() Sim 2. () Não Se sim, qual? _____	
Renda familiar: 1. () até 1 SM (R\$ 1.100,00) 2. () > 1 a 2 SM (R\$ 1.100,00 a R\$ 2.200,00) 3. () > 2 a 3 SM (R\$ 2.200,00 a R\$ 3.300,00) 4. () acima de 3 SM (> R\$ 3.300,00) 5. () não sabe informar	
O Sr (a) possui algum problema de saúde com diagnóstico médico? 1.() Sim 2. () Não Se sim, qual (is)? _____	
Grau de Relação/Parentesco com o idoso: 1. () Marido/Mulher 2.() Filho(a) 3. () Irmão(ã) 4. () Outro parente. Qual? _____ 5. () Amigo(a)/Vizinho(a)	
Horas por dia gastas em cuidar: 1.() Até 6 horas 2.() Até 12 horas 3.() Até 24 horas	
Há quanto tempo cuida do (a) idoso (a)? 1.() Menor que 1 ano 2. () De 1 - 5 anos 3. () > 5 anos.	

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA PESSOA IDOSA	
Nome:	Idade:
Sexo: 1. () Feminino 2. () Masculino	
CID Principal (cadastrado no SAD):	

APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Sobrecarga do cuidador informal de pessoas idosas assistidas em Serviço de Atenção Domiciliar e fatores associados.

Nome Pesquisador responsável: Milena Alves de Luna

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de Pernambuco/ Programa de Pós-graduação em Gerontologia - PPGERO

Endereço completo do responsável: Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Centro de Ciências da Saúde, Campus da Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego S/N – CDU – Recife. CEP: 50.739-970. Ao lado do anexo do Departamento de Anatomia (térreo).

Telefone para contato: (81) 987070955/ (81) 2126-8538 **E-mail:** milenalunafisio@gmail.com

Orientador/Fone contato/E-mail: Prof. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos/ (81) 99954-8737/ eliane.vasconcelos@ufpe.br.

Coorientador/Fone contato/E-mail: Prof. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques/ (81) 98892-6313 / ana.marques@ufpe.br

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Os dados coletados nesta pesquisa (dados pessoais e questionários), ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador responsável, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Recife, de de 2023. .

Assinatura Pesquisador Responsável

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
TCLE**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA - PPGERO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “*Sobrecarga do cuidador informal de pessoas idosas assistidas em Serviço de Atenção Domiciliar e fatores associados*” que está sob a responsabilidade da pesquisadora Milena Alves de Luna, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Centro de Ciências da Saúde, Campus da Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego S/N – CDU – Recife. CEP: 50.739-970. Ao lado do anexo do Departamento de Anatomia (térreo) – Telefone: (81) 98707-0955 – E-mail: milenalunafisio@gmail.com.

A pesquisa está sob a orientação das Professoras: Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, Telefone: (81) 99954-8737, E-mail eliane.vasconcelos@ufpe.br e coorientação da Dra. Ana Paula de Oliveira Marques, telefone: (81) 98892-6313, ana.marques@ufpe.br

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Prezado(a) Senhor (a):

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste formulário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar da pesquisa e responder o formulário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções

contidas neste documento. Este é um trabalho para conclusão do curso de Mestrado em Gerontologia e tem como objetivo analisar a sobrecarga dos cuidadores informais e a funcionalidade de idosos assistidos no Serviço de Atenção Domiciliar.

A dependência e os fatores associados à incapacidade funcional são um desafio para a família e a sociedade e seu impacto precisa ser reconhecido como questão de saúde pública. O cuidador também necessita de atenção e orientação, tanto para saúde física e mental, como na avaliação de possível sobrecarga.

A responsabilidade do cuidador envolve conhecimentos, competências, habilidades, iniciativas para ações de promoção, tratamento e recuperação da saúde do idoso. Entretanto, segundo estudos, geralmente são familiares que assumem essa tarefa, sem formação específica, abdicam das profissões e do autocuidado, dedicam-se em tempo integral, ficando mais susceptíveis a sobrecargas de ordem física e psicológicas, afetando a sua qualidade de vida e no cuidado ao idoso.

Sua participação nesta pesquisa, como cuidador principal, consistirá em responder um teste de rastreio cognitivo, após o resultado, algumas informações sobre renda, escolaridade, doenças preexistentes e o questionário de avaliação do nível de sobrecarga. Para o idoso será questionado sobre período que necessita de auxílio de cuidador, CID (Classificação Internacional de Doenças) principal e comorbidades, além do questionário de capacidade funcional. A coleta de dados será realizada presencialmente, em sua residência durante a visita domiciliar do SAD (Serviço de Atenção Domiciliar), individualmente, uma única vez, com duração aproximada de 40 min, sendo avaliado o idoso assistido e o cuidador em ambientes diferentes. Caso o idoso não consiga responder, o cuidador o fará. As informações pessoais que caracterizam os participantes, fornecidas por vocês, ficarão confidenciais e de conhecimento exclusivo dos pesquisadores responsáveis.

Como medidas preventivas contra a COVID-19, a pesquisadora utilizará Equipamentos de Proteção Individual – EPI (máscara e jaleco) e realizará o procedimento de higienização das mãos antes e após contato com cada participante, além de respeitar o distanciamento mínimo necessário durante a entrevista. Será disponibilizado álcool em gel a 70% ou álcool etílico hidratado a 70% para higiene das mãos dos participantes antes e após contato com a pesquisadora, e o uso de máscara pelos cuidadores e idosos será obrigatório.

Riscos: não serão realizados procedimentos invasivos, entretanto, pode haver constrangimento ao responderem os questionários. A fim de minimizar o desconforto, serão explicadas todas as perguntas a serem realizadas, sugerindo local reservado da residência se possível, com paciente e cuidador em locais distintos e liberdade para não responder quaisquer questões. Além disso, será assegurada a confidencialidade e privacidade das informações fornecidas. O participante será informado que tem o direito de retirar o consentimento em qualquer tempo ou etapa de execução da pesquisa, sem que haja nenhum prejuízo à sua relação com o pesquisador, com o programa ou à instituição que apoia a pesquisa.

Benefícios: a pesquisa fornecerá maiores informações sobre a associação entre a sobrecarga de atividades do cuidador com o nível de independência funcional do idoso domiciliado, permitindo que haja a possibilidade de detectar níveis críticos de

sobrecarga do cuidador e de dependência funcional dos idosos e que estes sejam minimizados através de assistência adequada. As equipes do serviço serão acionadas para suporte em visitas domiciliares de retorno subsequentes à conclusão do trabalho aos cuidadores onde foi identificada a demanda de sobrecarga. A divulgação científica dos achados deste trabalho poderá auxiliar profissionais, do serviço em questão e de outros serviços, a repensarem suas práticas, fornecendo subsídios a respeito das populações e parâmetros estudados.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (dados pessoais e questionários), ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável **Milena Alves de Luna**, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (**Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br**).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo “***Sobrecarga do cuidador informal de pessoas idosas assistidas em Serviço de Atenção Domiciliar e***

fatores associados” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento.

Recife, ____ de _____ de 2023.

Impressão
digital

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXO A - TESTE DE RASTREIO COGNITIVO DE 10 PONTOS

10-POINT COGNITIVE SCREENER (10-CS)

Nome Cuidador: _____

Nome Idoso: _____ Equipe: _____

10-CS

10-POINT COGNITIVE SCREENER

Nome: _____ Data: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____
 Administrado por: _____

ORIENTAÇÃO

Em que ano estamos?	0	1
Em que mês estamos?	0	1
Que dia do mês é hoje?	0	1

(considere corretas apenas respostas exatas)

APRENDIZADO

	VERSÃO A	VERSÃO B	VERSÃO C	
Agora eu vou dizer o nome de 3 objetos para você memorizar. Assim que eu terminar repita os 3 objetos.	óculos	chapéu	relógio	Não pontua
	caneta	moeda	chave	
	martelo	lanterna	vassoura	

(até 3 tentativas se necessário)

FLUÊNCIA VERBAL

Agora eu quero que você me diga o maior número de animais que conseguir, o mais rápido possível.	1. _____	11. _____	21. _____	ANIMAIS	
	2. _____	12. _____	22. _____	0-5	0
	3. _____	13. _____	23. _____	6-8	1
	4. _____	14. _____	24. _____	9-11	2
	5. _____	15. _____	25. _____	12-14	3
	6. _____	16. _____	26. _____	≥ 15	4
Eu vou marcar o tempo no relógio e contar quantos animais você consegue dizer em 1 minuto.	7. _____	17. _____	27. _____		
	8. _____	18. _____	28. _____		
	9. _____	19. _____	29. _____		
	10. _____	20. _____	30. _____		

EVOCAÇÃO

	VERSÃO A	VERSÃO B	VERSÃO C	
Agora me diga quais eram os 3 objetos que eu pedi para você memorizar.	óculos	chapéu	relógio	0
	caneta	moeda	chave	0
	martelo	lanterna	vassoura	0

Ajuste para Escolaridade (10-CS-Edu)

- Sem escolarização formal: + 2 pontos (máximo de 10)
- 1-3 anos de escolaridade: + 1 ponto (máximo de 10)

Interpretação do 10-CS-Edu

- ≥ 8 pontos: **Normal**
- 6-7 pontos: **Comprometimento Cognitivo Possível** (geralmente compatível com Comprometimento Cognitivo Leve)
- 0-5 pontos: **Comprometimento Cognitivo Provável** (geralmente compatível com demência)

10-CS: _____

10-CS-Edu: _____

Referência

Apolinario D et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Jan;31(1):4-12.

**ANEXO B- INVENTÁRIO DE SOBRECARGA DE ZARIT (ZARIT
CAREGIVER BURDEN INTERVIEW, ZBI)**

Nome Cuidador: _____

Nome Idoso: _____ Equipe: _____

INVENTÁRIO DE SOBRECARGA DE ZARIT (ZARIT CAREGIVER BURDEN INTERVIEW, ZBI) <i>(Zarit & Zarit, 1987; tradução para o português: Marcia Scazufca, 2002)</i>
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 (nunca=0, raramente=1, algumas vezes=2, frequentemente=3 ou sempre=4). Não existem respostas certas ou erradas.
1. O Sr/Sra. sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
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)? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
3. O Sr/Sra. se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
4. O Sr/Sra. se sente envergonhado (a) com o comportamento de S? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
5. O Sr/Sra. se sente irritado (a) quando S está por perto? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
6. O Sr/Sra. sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
7. O Sr/Sra. sente receio pelo futuro de S? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
8. O Sr/Sra. sente que S depende do Sr/Sra.? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
9. O Sr/Sra. se sente tenso (a) quando S está por perto? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
10. O Sr/Sra. sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?

0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
11. O Sr/Sra. sente que o Sr/Sra. não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
12. O Sr/Sra. sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra. está cuidando de S? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
13. O Sr/Sra. não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
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? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
15. O Sr/Sra. sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
16. O Sr/Sra. sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
17. O Sr/Sra. sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
18. O Sr/Sra. gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
19. O Sr/Sra. se sente em dúvida sobre o que fazer por S? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
20. O Sr/Sra. sente que deveria estar fazendo mais por S? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
21. O Sr/Sra. sente que poderia cuidar melhor de S? 0. () Nunca 1. () Raramente 2. () Algumas Vezes 3. () Frequentemente 4. () Sempre
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra. se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**? 0. () Nem um pouco 1. () Um pouco 2. () Moderadamente 3. () Muito 4. () Extremamente
<ul style="list-style-type: none"> • No texto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa. • **Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.
<ul style="list-style-type: none"> • Pontos de corte: 0 - 20 = Ausência de sobrecarga; 21 - 40 pontos = sobrecarga leve a moderada; 41 - 60 = sobrecarga moderada a severa e, 61 - 88 pontos = sobrecarga severa.

ANEXO C – ÍNDICE DE BARTHEL

Nome Cuidador: _____

Nome Idoso: _____

Equipe: _____

ÍNDICE DE BARTHEL	
PONTUAÇÃO	ATIVIDADE
1. Alimentação	
10 pontos	Independente: capaz de usar qualquer talher. Come em tempo razoável
5 pontos	Ajuda: necessita de ajuda para passar manteiga, usar sal e pimenta etc.
0 pontos	Dependente: não consegue levar comida do prato à boca
2. Banho	
5 pontos	Independente: capaz de tomar banho (esfregar-se) sozinho, em chuveiro ou banheira
0 pontos	Dependente: necessita de auxílio de outra pessoa para banho
3. Vestuário	
10 pontos	Independente: capaz de pegar as roupas, vestir-se, amarrar os sapatos e despir-se
5 pontos	Ajuda: necessita de ajuda, mas realiza pelo menos ¼ das tarefas em tempo razoável
0 pontos	Dependente: necessita de ajuda, não cumpre a condição anterior
4. Higiene Pessoal	
5 pontos	Independente: capaz de lavar as mãos e o rosto, escovar os dentes e barbear-se, sem ajuda
0 pontos	Dependente: necessita de ajuda de outra pessoa em qualquer das atividades do item anterior
5. Evacuações	
10 pontos	Continente: não apresenta incontinência, consegue usar supositórios ou enemas , sozinho
5 pontos	Incontinente ocasional: apresenta episódios ocasionais de incontinência (acidentes) ou necessita de ajuda ara uso de supositórios ou enemas
0 pontos	Incontinente: apresenta incontinência fecal
6. Micção	
10 pontos	Continente: não apresenta incontinência; quando necessário é capaz de lidar sozinho com sonda vesical ou outro dispositivo
5 pontos	Incontinente ocasional: apresenta episódios ocasionais de incontinência (acidentes) ou não consegue lidar, sem ajuda , com sonda vesical ou outro dispositivo
0 pontos	Incontinente: apresenta incontinência urinária
7. Uso do vaso sanitário	
10 pontos	Independente: usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda, mesmo que use barras de apoio. Limpa-se e veste-se em ajuda
5 pontos	Ajuda: necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir-se
0 pontos	Dependente: recebe auxílio direto de outra pessoa ou não desempenha a função
8. Passagem cadeira- cama	
15 pontos	Independente: não necessita de ajuda na transferência. Se utiliza cadeira de rodas, faz tudo sozinho
10 pontos	Ajuda mínima: requer supervisão ou apoio para efetuar a transferência
5 pontos	Grande ajuda: capaz de <u>sentar</u> , mas necessita de assistência total para a passagem
0 pontos	Dependente: incapaz de sentar-se e incapaz de colaborar durante as transferências
9. Deambulação	
15 pontos	Independente: capaz de caminhar sem ajuda pelo menos 50 metros, mesmo com bengalas, muletas, próteses ou andador
10 pontos	Ajuda: capaz de caminhar pelo menos 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão
5 pontos	Independente em cadeira de rodas: capaz de manobrar a cadeira de rodas e movimentar-se por pelo menos 50 metros
0 pontos	Dependente: incapaz de caminhar ou utilizar cadeira de rodas conforme definido
10. Escadas	
10 pontos	Independente: capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, mesmo com muletas, bengalas ou apoio no corrimão
5 pontos	Ajuda: necessita de ajuda física ou supervisão, ao descer e subir escadas
0 pontos	Dependente: incapaz de subir escadas