

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BEATRIZ RODRIGUES DE SOUZA MELO

**AVALIAÇÃO COGNITIVA E FUNCIONAL DE IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO
PÚBLICO DE SAÚDE E SOBRECARGA DE SEUS CUIDADORES**

SÃO CARLOS/SP

2015

BEATRIZ RODRIGUES DE SOUZA MELO

**AVALIAÇÃO COGNITIVA E FUNCIONAL DE IDOSOS USUÁRIOS DO SERVIÇO
PÚBLICO DE SAÚDE E SOBRECARGA DE SEUS CUIDADORES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos (PPGEnf-UFSCar), como parte dos requisitos para o exame de Qualificação do título de Mestre em Ciências da Saúde, realizada sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Aline Cristina Martins Gratão.

Área de Concentração: Cuidado e Trabalho em Saúde e Enfermagem

SÃO CARLOS/SP

2015

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M528a Melo, Beatriz Rodrigues de Souza
 Avaliação cognitiva e funcional de idosos usuários
do serviço público de saúde e sobrecarga de seus
cuidadores / Beatriz Rodrigues de Souza Melo. -- São
Carlos : UFSCar, 2016.
 138 p.

 Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de
São Carlos, 2015.

 1. Idoso. 2. Cuidadores. 3. Funcionalidade. 4.
Cognição. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Beatriz Rodrigues de Souza Melo, realizada em 14/04/2015:

Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratao
UFSCar

Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi
UFSCar

Profa. Dra. Cheila Cristina Leonardo de Oliveira Gaioli
USP

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à Deus, por ter me dado vida, saúde e a oportunidade de realizar mais um sonho, mesmo com tantos obstáculos e desafios, ele foi mais uma vez meu socorro presente.

Ao meu grande amor André Melo, pelo companheirismo, paciência, carinho e o amor concedido durante todos esses anos, pelo respeito e apoio à concretização de mais esta etapa da nossa vida.

Aos meus queridos pais, Loide e Vinério, pelo amor inexorável que sempre demonstraram das mais variadas formas, pelas muitas orações durante as minhas viagens para São Carlos, pela compreensão nos momentos de impaciência, ausência e cansaço ao longo deste ano de estudo.

À minha irmã Patrícia e meu cunhado Ithamar, pelo carinho, amizade, estímulo durante minha trajetória de vida pessoal, acadêmica e profissional, por incentivar e apoiar meus estudos.

À professora Dra. Aline Cristina Martins Gratão, por ter me escolhido como orientanda, pelo dom de ensinar, confiança, dedicação, amor ao próximo, simplicidade, orientação, por sua amizade, mostrando sempre com muito carinho sua determinação, inteligência, competência e profissionalismo.

À minha querida amiga Laísa, pelo auxílio, compreensão, atenção, por ter me recebido de braços abertos em sua casa, por me fazer sentir parte de sua família, pela confiança depositada e disponibilidade em sempre querer ajudar.

À Dra. Fabiana de Souza Orlandi, que desde a graduação foi minha fonte de inspiração, sempre com seu olhar humano e carinhoso, nos ensinou a arte da pesquisa científica, com ética, respeito e dedicação, por em vários momentos ter me auxiliado na conquista deste título, pelo profissionalismo e confiança depositada em mim.

Aos membros titulares e suplentes da banca, Dra. Fabiana de Souza Orlandi e Dra. Cheila Cristina Leonardo de Oliveira Gaioli, por suas valiosas contribuições que enriqueceram o meu trabalho.

À Dra. Andrea Mathes Faustino e Dra. Keyka Inouye por ter dedicado tempo na correção da minha dissertação, e ajuda na construção deste trabalho.

Às alunas da graduação em Gerontologia Maria Angélica, Karolina Neri, Carolina Sherma, pela ajuda valiosa, cada uma a sua maneira contribuiu para realização deste estudo.

Aos alunos, docentes e funcionários do Programa de Pós graduação em Enfermagem, pela competência e momentos compartilhados nesta jornada.

Aos idosos e seus cuidadores que disponibilizaram um pouco de seu tempo na construção desta pesquisa, o meu muito obrigada!!!

Ao CNPQ pelo incentivo e apoio destinado a esse projeto.

À todos que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste trabalho.

O meu muito obrigada!!!!

[...] nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro. Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos e capacidades individuais, e não um grupo homogêneo por causa da idade.

Kofi Annan, ex-secretário-geral da ONU.

RESUMO

MELO, B. R. S. **Avaliação Cognitiva e Funcional de Idosos Usuários do Serviço Público de Saúde e Sobrecarga de seus Cuidadores**. 2015. 136 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

As alterações observadas no perfil de morbidade e mortalidade caracterizada pelo aumento de enfermidades crônicas e perdas funcional e cognitiva decorrentes do envelhecimento geram demandas específicas por cuidados de saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar e comparar as condições de saúde, funcionalidade, cognição e humor dos idosos e avaliar e comparar as condições de saúde e sobrecarga de cuidadores formais e informais de idosos no Hospital Escola (HE), na Unidade Saúde Escola (USE) e em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Trata-se de um estudo observacional, seccional, comparativo com abordagem quantitativa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2014, com instrumento para perfil sociodemográfico e saúde, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Teste do Relógio, Escala de Depressão Geriátrica, Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (KATZ) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton) para os idosos, nos cuidadores foi aplicada a última questão da Escala de Sobrecarga de Zarit e Self Reporting Questionnaire SRQ-20. A amostra foi de 140 idosos, sendo 37 moradores da ILPI, 53 usuários do HE e 50 da USE, e 50 cuidadores, sendo 15 formais e 35 informais, localizados em São Carlos. Dos idosos avaliados na ILPI, 54,1% eram do sexo masculino, sendo a maioria totalmente dependente, tanto para ABVDs (51,4%), quanto para AIVDs (62,2%) e 100% dos idosos avaliados apresentaram declínio cognitivo (média 6,6 pontos). No HE, 50,1% sexo masculino, 58,5% independentes para ABVDs, 43,4% para AIVDs e 62,3% dos idosos apresentaram declínio cognitivo (média 17,3 pontos). Na USE, 68%, sexo feminino, 59% independentes para ABVDs e 40% para AIVDs e 48% dos idosos apresentaram declínio cognitivo (média de 19 pontos). Quanto à presença de sintomas depressivos, a prevalência nas três instituições foi de 29,7%, 41,5% e 36%, respectivamente. Dos cuidadores formais, houve predomínio de mulheres (86,7%), e uma média de carga horária de 7,5 horas diárias de trabalho. O estresse emocional foi avaliado pelo SRQ-20, mostrando em dados que a questão “dormir mal” foi a mais relatada (53,3%), seguida das questões “sentir-se tenso, nervoso ou preocupado” (40%) e “sentir-se cansado” (40%), revelando que 26,7% foram diagnosticados com estresse emocional. Após a aplicação da última questão da Escala de Zarit, 40% responderam sentir-se “um pouco sobrecarregado” e 26,7% “moderadamente sobrecarregado”. Quanto aos 35 cuidadores informais avaliados, revelou-se que 77,1% deles residiam com o idoso. Houve predomínio de mulheres (85,7%), sendo 42,9% representados por filhos, com tempo de cuidado de 6,5 anos e em média com 19,8h por dia cuidando do idoso. Após a avaliação da sobrecarga, 31,4% referiram se sentir “um pouco” sobrecarregado e 25,7% “muito sobrecarregado”, revelando que 17 (48,6%) apresentaram leve sobrecarga. Quanto ao estresse emocional, as questões mais relatadas foram “sentir-se tenso, nervoso ou preocupado” (80%), “sentir-se triste ultimamente” (62,9%) e “dormir mal” (60%), revelando que 16 (45,7%) apresentaram estresse emocional. Os resultados apontam que as incapacidades funcional e cognitiva foram identificadas nos distintos contextos entre os idosos, sendo o declínio cognitivo relacionado principalmente à idade avançada. Em relação aos cuidadores, encontrou-se maiores níveis de sobrecarga e estresse emocional em cuidadores informais. Estes resultados revelam a exigência de um olhar maior para as necessidades dessa amostra nos diversos contextos, como planejamento de intervenções visando à melhoria nas condições de saúde e de trabalho destes indivíduos. **Palavras-Chave:** Idoso. Cuidadores. Funcionalidade. Cognição.

ABSTRACT

MELO, B. R. S. **Cognitive and Functional Assessment of Elderly Users from the Public Health Service and Caregivers Burden**. 2015. 136 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

The changes observed in the morbidity and mortality profile, characterized by the greater occurrence of chronic illnesses and possible functional and cognitive losses due to aging, produce specific demands for health care. The objectives of this study was to evaluate and compare the health, functionality, cognition and mood of the elderly and to assess and compare the health and burden of formal and informal caregivers of elderly at three public health institutions with different care profiles (hospitalization, outpatient and long-term). This is an observational, cross-sectional, comparative with a quantitative approach, approved by the Research Ethics Committee. Data were collected in the first half of 2014, with instrument for sociodemographic, health, Mini Mental State Examination (MMSE), the Clock Test, Geriatric Depression Scale (GDS), Basic Activities of Daily Living Scale (Katz) and Instrumental Activities of Daily Living (Lawton) for seniors, caregivers were applied in the last issue of Zarit Overload Scale and Self Reporting Questionnaire SRQ-20. The sample consisted of 140 elderly persons, with 37 people from a Long-Term Care Institution for the Elderly (LTCIE), 53 users from a teaching hospital and 50 from the Teaching Health Service (USE), and 50 caregivers, 15 formal caregivers and 35 informal caregivers, located in an interior city in the State of São Paulo, Brazil. Elderly subjects in LTCIE, 54.1% were male, and most entirely dependent for both BADL (51.4%), and to IADL (62.2%) and 100% of the evaluated elderly patients with cognitive decline (average 6.6 points). At the Teaching Hospital, 50.1% male, 58.5% for independent BADL, IADL and 43.4% to 62.3% of the elderly patients with cognitive decline (mean 17.3 points). At the USE, 68% female, 59% for independent BADL, IADL and 40% to 48% of elderly patients with cognitive decline (average of 19 points). Regarding the presence of depressive symptoms, the incidence in institutions were 29.7%, 41.5% and 36%, respectively. Of formal caregivers, there was a predominance of women (86.7%), and an average of 7.5 hours daily working hours. Emotional stress was evaluated by SRQ-20, showing data that the question "poor sleep" was the most frequent (53.3%), followed by questions "feeling tense, nervous or worried" (40%) and "feel -if tired" (40%), revealing that 26.7% were diagnosed with emotional stress. After application of the latest issue of Zarit Scale, 40% answered feel "a little overwhelmed" and "moderately overloaded" (26.7%). As for the 35 informal caregivers evaluated, it was revealed that 77.1% of them lived with the elderly. There was a predominance of women (85.7%), and 42.9% represented by children, with care time of 6.5 years and an average of 19.8h a day taking care of the elderly. After burden assessment, 31.4% reported feeling "a little" overwhelmed and 25.7% "very overwhelmed", revealing that 17 (48.6%) had mild overload. As for the emotional stress the most reported issues were "feeling tense, nervous or worried" (80%), "sad feeling lately" (62.9%) and "sleep badly" (60%) revealing that 16 (45.7%) had emotional stress. The results show that the functional and cognitive impairments were identified in different contexts among the elderly, and the related cognitive decline mainly to old age. About caregivers, higher levels of burden and emotional stress were found in informal caregivers. These results reveal the requirement to look at this population's needs in the different contexts more closely, planning interventions to improve these people's health and work conditions. **Key words:** Elderly. Caregivers. Functionality. Cognition.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Distribuição percentual da amostra residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 2002/2012..... 28
- Figura 2 - Taxas de mortalidade das principais doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs – Brasil – 1991/2010..... 32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos 37 idosos residentes na ILPI segundo faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, doenças, relacionados ao fator sexo do idoso. São Carlos/SP, 2014.....	55
Tabela 2	Distribuição dos 37 idosos residentes na ILPI segundo desempenho nas atividades de vida diária, cognitivo e humor relacionados ao fator sexo do idoso. São Carlos/SP, 2014.	56
Tabela 3	Distribuição da média, desvio padrão da escolaridade, desempenho nas ABVDs e cognitivo, relacionados às variáveis categóricas das AIVDs em Idosos na ILPI. São Carlos/SP, 2014.....	56
Tabela 4	Distribuição das médias do MEEM, segundo grau de escolaridade dos idosos residentes na ILPI Cantinho Fraternal e os pontos de corte do MEEM, segundo Brucki <i>et al.</i> (2003). São Carlos/SP, 2014.....	57
Tabela 5	Distribuição dos 53 idosos usuários do Hospital Escola segundo faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade e doenças relacionados ao fator sexo do idoso. São Carlos/SP, 2014.....	58
Tabela 6	Distribuição dos 53 idosos usuários do Hospital Escola segundo desempenho nas AVDs, suspeita de depressão e desempenho cognitivo relacionados ao fator sexo do idoso. São Carlos/SP, 2014.....	59
Tabela 7	Distribuição da média, desvio padrão do MEEM, escolaridade, desempenho nas ABVDs, AIVD, EDG e teste do relógio, segundo categorias do MEEM dos Idosos do HE (ter ou não declínio cognitivo). São Carlos/SP, 2014.....	60
Tabela 8	Distribuição dos 50 idosos usuários Unidade Saúde Escola segundo faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade e doenças relacionados ao fator sexo do idoso. São Carlos/SP, 2014.....	61
Tabela 9	Distribuição dos 50 idosos usuários Unidade Saúde Escola segundo desempenho nas AVDs, suspeita de depressão e desempenho cognitivo relacionados ao fator sexo do idoso. São Carlos/SP, 2014.....	62
Tabela 10	Distribuição da média, desvio padrão do MEEM, escolaridade, desempenho nas ABVDs, AIVD, EDG e teste do relógio, segundo categorias do MEEM dos Idosos da USE (ter ou não declínio cognitivo). São Carlos/SP, 2014.....	63
Tabela 11	Distribuição das principais diferenças dos 140 Idosos nas três modalidades de atendimento relacionadas ao sexo, perfil de saúde, capacidade funcional, humor e cognição. São Carlos/SP, 2014.....	64
Tabela 12	Distribuição das médias, desvio padrão, mínimo e máximo dos valores de Idade, Escolaridade, Teste do Relógio, MEEM, Lawton, Katz, EDG, entre Idosos nas diferentes modalidades de atendimento. São Carlos/SP, 2014.....	65

Tabela 13	Distribuição dos 140 Idosos segundo as três modalidades de atendimento (ILPI, Hospital e Ambulatório) relacionado ao fator ter ou não ter declínio cognitivo. São Carlos/SP, 2014.....	65
Tabela 14	Distribuição das médias e p-valor segundo as três modalidades de atendimento (ILPI, Hospital e Ambulatório) relacionado ao desempenho nas ABVDs e nas AIVDs de Idosos. São Carlos/SP, 2014.....	66
Tabela 15	Distribuição dos 15 cuidadores formais da ILPI, segundo faixa etária, estado civil, escolaridade, remuneração, horas semanais trabalhadas, conhecimento sobre o cuidar e suporte social relacionado ao sexo do cuidador. São Carlos/SP, 2014.....	67
Tabela 16	Distribuição das respostas do SRQ 20 respondido pelos cuidadores da ILPI Cantinho Fraternal. São Carlos/SP, 2014.....	68
Tabela 17	Distribuição das médias da idade, remuneração, escolaridade, horas diárias trabalhadas durante a semana e SRQ valor bruto dos cuidadores da ILPI Cantinho Fraternal relacionado ao diagnóstico de desconforto emocional. São Carlos/SP, 2014.....	69
Tabela 18	Distribuição das respostas dos cuidadores segundo as atividades que exercem relativas às AVDs do idoso. São Carlos/SP, 2014.....	70
Tabela 19	Distribuição dos 35 cuidadores informais de idosos atendidos no HE e na USE, segundo faixa etária, estado civil, escolaridade, remuneração, horas semanais trabalhadas, conhecimento sobre o cuidar e suporte social relacionado ao sexo do cuidador. São Carlos/SP, 2014.....	72
Tabela 20	Distribuição das respostas do SRQ 20 respondido pelos cuidadores informais de idosos atendidos no Hospital e na USE. São Carlos/SP, 2014.....	73
Tabela 21	Distribuição das médias e desvio padrão da idade, remuneração, escolaridade, IMC, horas diárias trabalhadas durante a semana e SRQ valor bruto dos cuidadores informais de idosos atendidos no Hospital e na USE relacionado ao diagnóstico de desconforto emocional. São Carlos/SP, 2014...	74
Tabela 22	Distribuição das respostas da Escala de Sobrecarga de Zarit cuidadores informais de idosos atendidos no Hospital e na USE. São Carlos/SP, 2014.....	75
Tabela 23	Distribuição das respostas dos cuidadores segundo as atividades que exercem relativas às AVDs do idoso. São Carlos/SP, 2014.....	76
Tabela 24	Distribuição das principais diferenças entre Cuidadores Formais e Informais, da ILPI e a somatória de cuidadores da USE e HE. São Carlos/SP, 2014.....	77
Tabela 25	Distribuição das médias de Idade, Escolaridade, Horas diárias de trabalho, Remuneração, Tempo Cuidador, Horas Semanais, Desconforto Emocional entre Cuidadores Formais da ILPI e a somatória de Cuidadores Informais da USE e HE. São Carlos/SP, 2014.....	78

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Termo de consentimento livre e esclarecido do idoso.....	123
Apêndice B - Termo de consentimento livre e esclarecido do cuidador.....	124
Apêndice C - Caracterização sócio-demográfica do idoso e cuidador.....	125

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Parecer da Comissão de Pesquisa e Extensão da USE.....	133
Anexo B - Resultado do Parecer do Hospital Escola.....	134
Anexo C - Termo de ciência da Instituição de Longa Permanência Cantinho Fraterno Dona Maria Jacinta.....	135
Anexo D - Termo do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar.....	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVDs	-	Atividades Básicas da Vida Diária
Aids	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIVDs	-	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVDs	-	Atividades da Vida Diária
AVE	-	Acidente Vascular Encefálico
CBO	-	Classificação Brasileira de Ocupações
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCNTs	-	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
Dp	-	Desvio padrão
FIBRA	-	Estudo sobre fragilidade em idosos brasileiros
GDS	-	Escala de Depressão Geriátrica
HAS	-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HE	-	Hospital Escola
HCFMRP	-	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/SP
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	-	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MEEM	-	Mini Exame do Estado Mental
MPAS	-	Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Panamericana de Saúde
PASS	-	<i>Power Analysis and Sample Size</i>
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPGEnf	-	Programa de Pós Graduação em Enfermagem
SABE	-	Saúde, Bem Estar e Envelhecimento
SEADS	-	Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo
SPSS	-	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRQ	-	<i>Self Reporting Questionnaire</i>
SUS	-	Sistema Único de Saúde

TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDR	-	Teste do Desenho do Relógio
UFSCar	-	Universidade Federal de São Carlos
UNICAMP	-	Universidade Estadual de Campinas
USE	-	Unidade Saúde Escola
USP	-	Universidade de São Paulo
WHO	-	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	24
2.1 Transição Demográfica	25
2.2 Transição Epidemiológica	30
2.3 Capacidade Cognitiva e Funcional de Idosos	33
2.4 Cuidadores de Idosos	38
2.5 Relevância do estudo.....	42
3 OBJETIVOS.....	43
3.1 Objetivos Gerais.....	44
3.2 Objetivos Específicos	44
4 MÉTODOS.....	45
4.1 Local do estudo.....	46
4.2 Critérios de Inclusão.....	47
4.3 Amostra.....	47
4.4 Procedimentos para coleta de dados	48
4.5 Procedimentos para análise dos dados	51
4.6 Procedimentos Éticos.....	52
5 RESULTADOS	53
5.1 Características sociodemográficas e de saúde dos idosos	54
5.1.1 Perfil 1 – Idosos residentes da ILPI.....	54
5.1.2 Perfil 2 – Idosos usuários do Hospital Escola	57
5.1.3 Perfil 3 – Idosos usuários da Unidade Saúde Escola.....	60
5.1.4 – Comparação dos idosos atendidos nas três modalidades de atendimento (ILPI, Hospital e Ambulatório)	63
5.2. Características sócias demográficas e de saúde dos cuidadores.....	66
5.2.1 Perfil 1 – Cuidadores formais servidores na ILPI	66
5.2.2 Perfil 2 – Cuidadores familiares dos idosos usuários do Hospital Escola e da Unidade Saúde Escola.....	71
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
6.1 Características sociodemográficas e de saúde do idoso.....	81
6.1.1 Perfil 1 – Idosos residentes da ILPI.....	81
6.1.2 Perfil 2 – Idosos usuários do Hospital Escola.....	85

6.1.3 Perfil 3 – Idosos usuários da Unidade Saúde Escola.....	90
6.2 Características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores.....	95
6.2.1 Perfil 1 – Cuidadores formais servidores na ILPI.....	95
6.2.2 Perfil 2 – Cuidadores familiares dos idosos usuários do Hospital e da Unidade Saúde Escola.....	97
7 CONCLUSÃO	101
8 REFERÊNCIAS.....	104
APÊNDICES E ANEXOS	122
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Idoso	123
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Idoso	124
APÊNDICE C – Caracterização Sociodemográfica do Idoso e Cuidador	125
ANEXO A – Parecer da Comissão de Pesquisa e Extensão da USE	133
ANEXO B – Resultado do parecer do Hospital Escola	134
ANEXO C – Termo de Ciência da Instituição de Longa Permanência Cantinho Fraterno Dona Maria Jacinta.....	135
ANEXO D – Termo de Autorização do Comitê Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar.....	136

1 Introdução

O envelhecimento populacional é um processo natural de mudança relacionado ao tempo, sendo um dos triunfos da humanidade, no entanto, está entre os maiores desafios para os gestores de políticas públicas de saúde (GRATÃO et al., 2010).

De acordo com Papaléo Netto (2006), o envelhecimento está ligado a alterações provocadas pelo advento da idade, possibilitando ocorrer modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, acarretando maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

A senescência, ou envelhecimento fisiológico é definido como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, podem ocasionar uma condição patológica que requeira assistência (senilidade) (ELIOPOULOS, 2011).

Pode-se considerar que, a velhice é um período da vida onde há alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, limitações físicas, perdas cognitivas, declínio sensorial, acidentes e isolamento social; fatores esses que causam perdas da capacidade funcional nos idosos, tornando-os dependentes de outros para a prestação dos cuidados diários (RAMOS, 2003).

No Brasil, são idosos todas as pessoas com 60 anos ou mais, segundo define a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), com base no conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS) que define idoso do ponto de vista cronológico e grau de desenvolvimento do país, estabelece o corte etário de 65 anos para os países desenvolvidos, e a partir dos 60 anos, nos países em desenvolvimento e reconhece não só o idoso, mas criou uma nova terminologia, "muito idoso", para designar o indivíduo que chega aos 80 ou 85 anos de idade (OMS, 2005).

Com o envelhecimento populacional, temos um aumento da prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, que geram mudança de paradigma na saúde pública, as doenças diagnosticadas num indivíduo idoso geralmente não permitem cura, a falta de tratamento e acompanhamento ao longo

1 Introdução

dos anos podem gerar complicações e sequelas que comprometem a autonomia e a independência do idoso.

As ações de saúde na vida dos idosos estão asseguradas por lei (BRASIL, 1994), que prevê manter ao máximo o idoso na comunidade, junto de sua família, de forma honrada e confortável, proporcionando um envelhecimento ativo e saudável. No entanto este panorama é prejudicado quando se depara com problemas que determinam a perda da autonomia e independência na população idosa, e dentre os mais devastadores estão em ênfase os problemas de saúde relacionados à perda da capacidade funcional e ao declínio cognitivo no idoso.

Segundo Gordilho et al. (2000), capacidade funcional é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma. Sua prevalência, geralmente, é mensurada por meio da incapacidade em realizar as Atividades de Vida Diária (AVDs) como as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), descritas por atividades de autocuidado como, tomar banho, pentear os cabelos, alimentar-se, higiene, usar o banheiro e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), ações envolvendo a organização da rotina diária como vestir-se, comer, preparar uma pequena refeição, caminhar dentro de casa ou pela vizinhança, fazer compras, emitir julgamentos, ler e escrever, discar ou atender telefone, entre outras.

Para Matsudo (2000), capacidade funcional pode ser definida como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente no seu cotidiano, apesar de possuir uma incapacidade física, mental ou social. Destacam-se atividades que são desenvolvidas diariamente e estão diretamente relacionadas ao autocuidado, ao cuidado de seu entorno e à participação social, constituindo, portanto um fator importante para a saúde e o bem-estar dos idosos.

O declínio cognitivo em idosos consiste em lentidão leve, generalizada e perda de precisão, progredindo conforme o avançar da idade, quando estes são comparados a pessoas mais jovens, e pode ser medido por testes objetivos que relacionem situações do cotidiano. Um nível educacional mais elevado pode ser preventivo para o embotamento do estado mental, no decorrer do envelhecimento normal (CHAIMOWICZ, 2013).

A grande preocupação que se faz relacionada ao envelhecimento é em alcançá-lo sem que o indivíduo apresente uma ou mais doenças que limitem sua

1 Introdução

vida diária e o torne dependente de um cuidador para prestação do cuidado. Sabe-se que, no geral, mesmo enfrentando uma ou mais afecções no decorrer dos anos vividos, a maioria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sozinho, ou seja, manter sua independência e autonomia (GRATÃO et al., 2010).

Define-se cuidador, o responsável por cuidar da pessoa doente ou dependente, facilitando o exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, oferecer a medicação de rotina e acompanhá-la junto aos serviços de saúde, ou outros requeridos no seu cotidiano (MENDES, 2004). A tarefa do cuidar, representada pelo papel do cuidador, inclui ações que visam auxiliar o idoso impedido físico ou mentalmente, a desempenhar essas tarefas práticas das atividades da vida diária e autocuidado (CALDAS, 2002).

Ao assumir e realizar a tarefa de cuidar do idoso, geralmente, de caráter ininterrupto, ou seja, sem descanso, em que o cuidador executa horas seguidas de trabalho principalmente com atividades como cuidados corporais, alimentação, eliminações, ambiente, controle da saúde e outras situações, o cuidador pode experimentar situações desgastantes e de sobrecarga (GRATÃO et al., 2012).

A sobrecarga de atividades gerada sobre os cuidadores pode acarretar o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, fadiga, uso de medicamentos psicotrópicos, além de ter sua própria saúde prejudicada o que leva à falta de condições para cuidar do idoso (MARQUES et al., 2006). A atividade de cuidar pode ter efeitos sociais e econômicos que comprometem todos os aspectos da vida (MARQUES et al., 2006).

A atenção integral à saúde do idoso e do cuidador deve ser baseada na habilidade em se estabelecer as necessidades de saúde dessa população específica, segundo os riscos de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências.

Nessa perspectiva, o presente estudo buscou avaliar as condições de saúde dos idosos e cuidadores, e identificar a capacidade funcional, cognitiva e estado de humor de idosos usuários em três modalidades de atendimento público: hospitalar, ambulatorial e instituição de longa permanência. Por fim, identificar e avaliar os cuidadores que estavam presentes no momento da avaliação, os quais

1 Introdução

eram responsáveis pela assistência dos idosos nos domicílios ou em instituições, favorecendo assim, o aprimoramento do planejamento de ações integrais em saúde para essas pessoas.

2 Revisão da Literatura

Este capítulo retrata os aspectos da transição demográfica e epidemiológica, capacidade funcional e cognitiva, bem como definições de cuidadores formais e informais.

2.1 Transição Demográfica

A transição demográfica é um processo de redução de taxas de mortalidade e natalidade, podendo ser analisada em quatro fases e três momentos fundamentais (THOMPSON, 1929).

No primeiro momento, passa de uma fase em que as taxas brutas de natalidade e de mortalidade são altas e, por conseguinte, o crescimento vegetativo da população é baixo, chamado de pré-transição demográfica; para uma segunda fase, momento em que se inicia a transição demográfica propriamente dita, onde o nível de mortalidade vivencia um processo consistente de queda, enquanto o de fecundidade ainda se mantém alto. Nesta fase, o ritmo do crescimento da população aumenta consideravelmente, esse é o período de crescimento demográfico mais rápido, que só vai se desacelerar quando ocorrer o processo de declínio persistente da fecundidade, implantando uma fase caracterizada por incremento populacional ao ritmo decrescente. No terceiro e último momento, se encontram baixos os níveis tanto de fecundidade, quanto de mortalidade, culminando na fase de pós-transição demográfica, em que o crescimento da população é muito lento, nulo ou até negativo da população (THOMPSON, 1929).

De acordo com a teoria de Thompson (1929), podemos considerar que o período da transição demográfica mundial, caracterizada pelos países desenvolvidos, correspondeu ao século XVII, à fase de pré-transição demográfica, ao século XVIII, com a Revolução Industrial, a fase de transição demográfica propriamente dita, em meados de 1950, vivenciou a fase de incremento populacional a ritmo decrescente e por fim, no século XXI, a fase de pós-transição demográfica (BRITO, 2007).

O Brasil vivencia a transição demográfica provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos de 1960 e generalizada em todas as regiões brasileiras e estratos sociais. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulga que a média brasileira reduziu-se de 5,8 filhos por

2 Revisão da Literatura

mulher, em 1960, para 1,8, em 2012. O aumento da longevidade e a redução da mortalidade infantil também contribuem para esta mudança do padrão demográfico (IBGE, 2013). Se 1,8 filhos por mulher é o valor de reposição da população, logo se entende a prospecção de uma população mais envelhecida. Os valores mais elevados foram observados para o Acre (2,7 filhos por mulher), Amapá (2,5), Amazonas e Roraima (2,4), Pará e Maranhão (2,3), com taxas acima do nível de reposição populacional. O menor valor neste indicador (1,6 filho por mulher) foi observado para o Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Distrito Federal (IBGE, 2013).

Ainda de acordo com o IBGE, o número de idosos com 60 anos ou mais de idade passou de 14,8 milhões, em 1999, para, aproximadamente 20,6 milhões (11% da população em 2009), afirma também que a população com mais de 60 anos deverá ultrapassar a marca de 64 milhões de pessoas em 2050 no país, com perspectiva de viver mais 21,27 anos, podendo chegar aos 81 anos de idade. Entre os mais velhos, o aumento é ainda maior. Em 1999, o Brasil registrava 6,4 milhões de pessoas com mais de 70 anos (3,9% da população total), enquanto, em 2009, a população dessa faixa etária atingiu um efetivo de 9,3 milhões de idosos, correspondendo a 5,1% dos brasileiros (IBGE, 2010). Na projeção do IBGE, o Brasil irá transpor a vida média de sua população, obtendo em 2050 o patamar de 81,29 anos, semelhante ao nível atual da Islândia (81,80 anos), Hong Kong, China (82,20 anos) e Japão (82,60 anos) (IBGE, 2010).

Segundo Lebrão (2009), a população brasileira, assim como a da América Latina e Caribe, nas últimas cinco décadas sofreram com as transições decorrentes de mudanças nos níveis, principalmente, da fecundidade, que fizeram a população passar de um regime demográfico de alta natalidade e alta mortalidade para outro, de baixa fecundidade e mudanças no perfil de mortalidade. Isso leva ao envelhecimento da população, pois no momento em que se compara a proporção de jovens menores de 15 anos no Brasil, no ano de 1940 – 42,6%, com a de 2000 – 29,6% e a proporção de idosos, como já citada, aumentando significativamente, têm-se a ideia das transformações ocorridas no Brasil. A essas mudanças chamamos de transição demográfica. Segundo Veras (2003), o crescimento desta faixa etária na Europa e América do Norte, no período de 1998 e 2025, aumentará de 20% para 28% e de 16% para 26%, respectivamente.

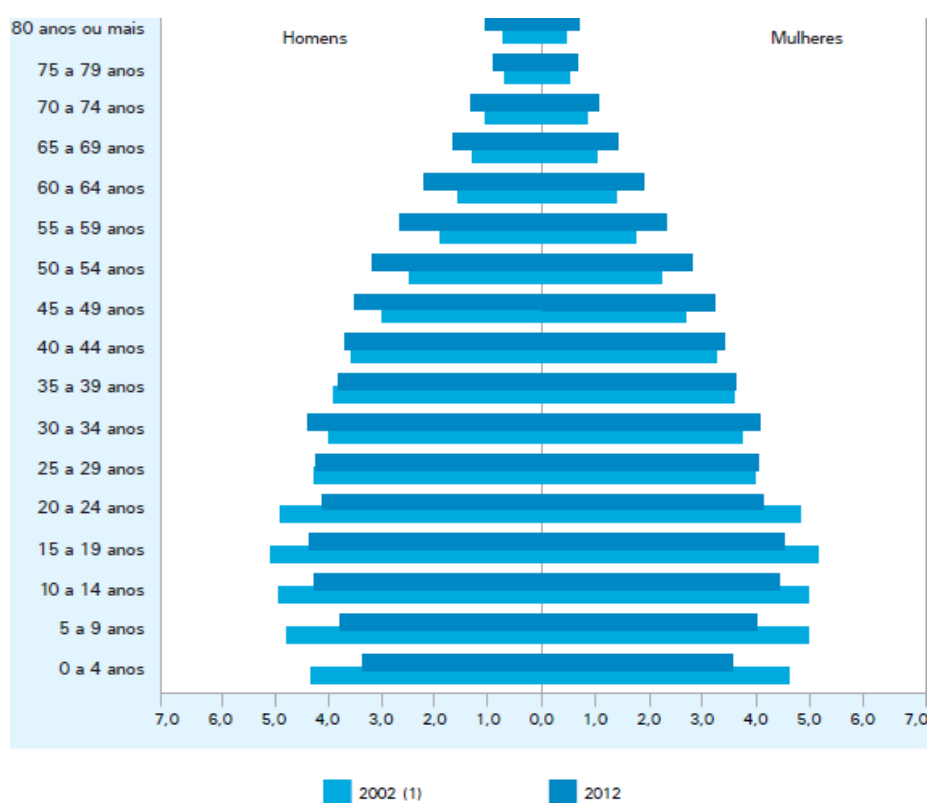
2 Revisão da Literatura

Diversos indicadores contribuem para o aumento das populações, como o aumento da expectativa de vida, diminuição da taxa de natalidade, nascidos vivos e fecundidade, melhor controle das doenças transmissíveis, a contenção de afecções crônicas, o surgimento de novas drogas, a melhora das condições sanitárias, entre outros (BANCO MUNDIAL, 2011).

Toda essa modificação é bem representada quando se olha para pirâmide etária, que, conforme o IBGE (2013) a distribuição populacional por idade e sexo segue apontando para a tendência de envelhecimento da estrutura etária no País (Figura 1), pois em 2002, o estreitamento da base da pirâmide populacional já era um fenômeno presente, ou seja, a participação dos grupos de 0 a 4 e 5 a 9 anos de idade era inferior a dos grupos de 10 a 14 anos de idade. Na estrutura etária populacional de 2012, observa-se que este estreitamento da base da pirâmide está ainda mais acentuado. Comparando os dois anos, verifica-se que a participação do grupo com até 24 anos de idade passa de 47,4%, em 2002, para 39,6%, em 2012. O aumento da participação do grupo com 45 anos ou mais de idade fica evidente: em 2002, era de 23,0%, atingindo 29,9%, em 2012.

Figura 1 – Distribuição percentual da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 2002/2012.

2 Revisão da Literatura



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2002/2012.

(1) Exclui-se a população rural de RO, AC, AM, RR, PA e AP.

A tendência de envelhecimento populacional fica ainda mais clara ao se observar a distribuição da população projetada por grupos de idade. De acordo com a projeção de população mais recente, realizada pelo IBGE (2013) e divulgada em agosto de 2013, a proporção de jovens de 0 a 14 anos de idade diminui gradualmente e atingirá 13,0% da população brasileira em 2060. O grupo de até 05 anos de idade, a proporção diminui de 7,9% para 4,9% entre 2020 e 2060. Para aqueles com 15 a 29 anos de idade a tendência de diminuição na participação também é observada, chegando a 15,3% no ano final da projeção. No grupo 30 a 59 anos de idade percebe-se certa estabilidade da participação ao longo do tempo, variando de 41,3% em 2020 a 38,0% em 2060. Já para o grupo de idosos de 60 anos ou mais de idade o aumento na participação relativa é acentuado, passando de 13,8%, em 2020, para 33,7%, em 2060, ou seja, um aumento de 20 pontos percentuais. O grupo de idosos de 60 anos ou mais de idade será maior que o grupo de crianças com até 14 anos de idade após 2030, e em 2055 a participação de idosos na população total será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos de idade.

2 Revisão da Literatura

A população do Brasil alcançou a marca de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 são considerados idosos (idade \geq 60 anos), particularmente a região Sudeste do nosso país vem experimentando um processo de envelhecimento bastante acelerado, com um forte aumento no volume e na proporção de pessoas com 60 anos ou mais, com uma população de 9.527.353 idosos. Já a região Nordeste é a segunda mais populosa com 5.456.177 idosos. Em termos absolutos, o estado de São Paulo apresentou 4.771.436 idosos (IBGE, 2010).

Dentre as cidades do interior do estado de São Paulo o número de idosos na cidade de São Carlos era de 29.261 habitantes, dos quais 15.464 possuíam de 60 a 69 anos e aqueles que tinham mais de 80 anos perfaziam um total de 4.522 habitantes (DATASUS, 2012).

Além do índice de envelhecimento, outro dado demográfico importante é o aumento da expectativa de vida. Segundo dados divulgados pelo IBGE (2010), entre 1980 e 2010, houve acréscimo de 11,3 anos. As mulheres aumentaram em 11,69 anos a expectativa no período descrito, de 65,7 anos para 77,4 anos, enquanto os homens tiveram avanço de 10,6 anos, de 59,6 anos para 73,8 anos. Com isso, a população idosa de 70 anos ou mais cresceu em termos numéricos, chegando a 9.240.224 milhões de pessoas em 2010, o equivalente a 3,2% da população total, enquanto os jovens até 14 anos representavam 21,9% da população.

Em 2012, a esperança de vida ao nascer para o brasileiro, proveniente da projeção populacional divulgada pelo IBGE em 2013 foi de 74,5 anos, sendo que para as mulheres a estimativa foi de 78,2 anos e para os homens, de 70,9 anos. A principal diferença entre homens e mulheres na esperança de vida ao nascer foi em Alagoas, de 9,5 anos, sendo neste estado onde os homens apresentaram a mais baixa esperança de vida ao nascer (65,4 anos) do País.

A esperança de vida muda significativamente de acordo com a região onde ocorre o nascimento. A menor expectativa é para os nascidos na região Norte, em que a expectativa média é de 71,3 anos, sendo 68 anos para os homens e 75 anos para as mulheres. A maior expectativa é da região Sul, onde a média é de 76,5 anos, sendo 73,1 anos para os homens e 80 anos para as mulheres. Em segundo lugar encontra-se a região Sudeste, em que a esperança média de vida é de 76,2 anos, com 72,9 anos para os homens e 79,6 anos para as mulheres (IBGE, 2012).

2 Revisão da Literatura

A cidade de São Carlos (SP), em 2012, apresentou uma expectativa de vida de 76,78 anos (DATASUS, 2012).

Dessa forma, com a mudança do perfil demográfico brasileiro altera-se o panorama de doenças da população, ou seja, a denominada transição epidemiológica.

2.2 Transição Epidemiológica

Com a rápida transição demográfica, o Brasil caminha para um perfil epidemiológico onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque, implicando na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2011).

Chaimowicz (2013) relata que a transição demográfica altera fundamentalmente o panorama epidemiológico relativo à morbidade e mortalidade de uma população em específico, definindo a transição epidemiológica como as modificações dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população.

De acordo com Santos-Preciado et al. (2003) e Schiramm et al. (2004), entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas de forma temporal na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde, que se demonstram nos padrões de morte, morbidade e invalidez, distinguindo uma população em particular, em geral, acontece concomitantemente com outras transformações demográficas, sociais e econômicas.

No contingente americano, as cinco etapas da transição epidemiológica são descritas como *idade das pestilências e da fome*, sendo que a primeira retrata a alta mortalidade e fecundidade com predomínio de doenças infecto-contagiosas, no período entre a Idade Média e início do século XIX, cuja expectativa de vida era de 20 a 40 anos. A segunda etapa, *idade do retrocesso das pandemias*, caracterizada pela diminuição da mortalidade e fecundidade, no final do século XIX e início do XX, cuja expectativa de vida atingiu média de 50 anos. A terceira, *idade das doenças degenerativas e as provocadas pelo homem*, aumento das doenças provocadas por acidentes radioativos, pesticidas, inseticidas, de trânsito e provocadas pelo estresse,

2 Revisão da Literatura

início do século XX atingindo a expectativa superior a 50 anos. A quarta fase, denominada *idade do declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, das mudanças no estilo de vida, do envelhecimento da população, do aparecimento de novas doenças e do reaparecimento das doenças controladas*, surge a Aids, e o reaparecimento da tuberculose nas quatro últimas décadas do século XX, que se caracteriza por um menor crescimento da população (OMRAN,1996).

O século XXI corresponde à *idade da longevidade paradoxal, surgimento de doenças enigmáticas e o desenvolvimento de tecnologias para sobrevivência dos deficientes*, sendo caracterizada pela prevalência das doenças crônicas não transmissíveis e as ocasionadas pelo homem, ultrapassando uma expectativa de vida de 90 anos, nas Américas (OMRAN,1996).

Com as etapas assim explicitadas, entende-se a correlação direta entre os processos de transição demográfica e a epidemiológica, com isso ocorre o declínio da mortalidade, concentrando-se seletivamente entre as doenças agudas transmissíveis e evidencia tendência em beneficiar os grupos mais jovens da população, que passam a conviver com fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta à expectativa de vida, as doenças crônicas não transmissíveis tornam-se mais frequentes (GRATÃO et al., 2010).

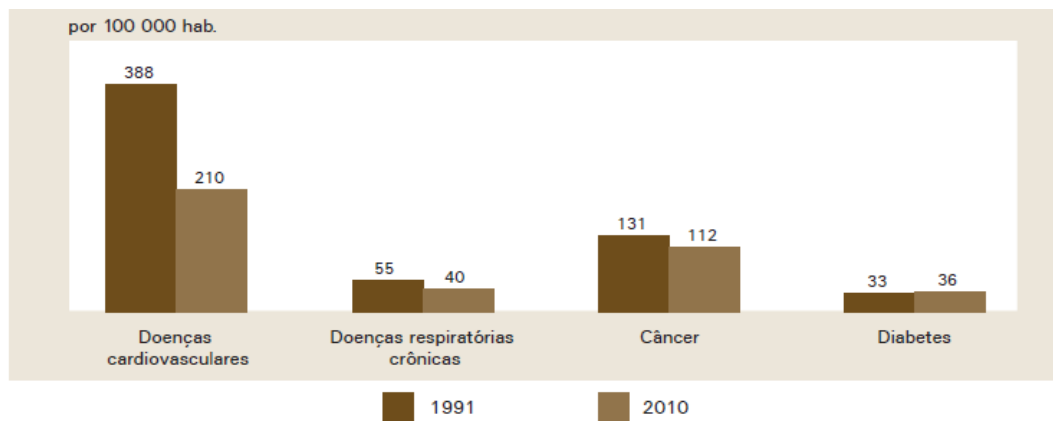
Atualmente, pode-se dizer que, em países mais desenvolvidos, uma população de idosos octogenários apresenta, declínio progressivo das doenças circulatórias, respiratórias e neoplasias, mas elevada prevalência de doenças neuropsiquiátricas, como Parkinson e Alzheimer, acidentes, fraturas e osteoporose (CHAIMOWICZ, 2013).

Quando se associa as doenças DCNTs a fatores de risco para a saúde no mundo, encontra-se o consumo precoce de bebida alcoólica e uso precoce de tabaco, determinantes para o desencadeamento de doenças crônicas. Em relação à mortalidade por DCNTs, os dados do Ministério da Saúde mostram que, no Brasil, em 2010, elas representavam 73,9% das causas de óbito. Nas duas últimas décadas, as taxas de mortalidade bruta por esse tipo de doença se mantiveram estáveis, em razão do envelhecimento populacional, ao mesmo tempo, quando se padroniza por idade, em cada grupo etário, as pessoas mostram menos chance de falecer por doenças cardiovasculares, câncer e doenças respiratórias crônicas. Em

2 Revisão da Literatura

contraste, aumentou o risco de óbito por diabetes, no entanto, o maior decréscimo se deu nas doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas (Figura 2), com fatores prováveis para esse decréscimo ligados à diminuição da prevalência de tabagismo e maior acesso a cuidados médicos. Há, ao mesmo tempo, uma desaceleração recente na queda das taxas de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, provavelmente em razão do aumento da prevalência da obesidade e do diabetes, fatores de risco para doenças cardiovasculares, câncer e várias outras doenças crônicas (IBGE, 2013).

Figura 2 – Taxas de mortalidade das principais doenças crônicas não transmissíveis – DCNTs – Brasil – 1991/2010.



Fonte: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.

De acordo com o levantamento suplementar de saúde da PNAD (2008), 67,7% da população declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, entre as mulheres, 76,1% consultaram médicos e entre os homens, 58,8% o fizeram, 82,3% eram maiores de 65 anos. Mais da metade dos idosos apresentava algum problema de saúde (53,3%), sendo 28,3% decorrentes das DCNTs.

A proporção de existência de doenças crônicas não sofreu variação expressiva: em 1998, foi estimada em 31,6% a proporção de pessoas com pelo menos uma doença crônica; em 2003, foi 29,9% (ou 52,6 milhões de pessoas) e, em 2008, 31,5% (equivalente a 58,3 milhões). As doenças crônicas identificadas por algum médico ou profissional de saúde, mais frequentemente, declaradas foram: hipertensão (14,0%) e doença de coluna ou costas (13,5%). Os percentuais para as

2 Revisão da Literatura

demais doenças foram: artrite ou reumatismo (5,7%); bronquite ou asma (5,0%); depressão (4,1%); doença de coração (4,0%) e diabetes (3,6%) (PNAD, 2008).

Segundo dados do projeto SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento), realizado no município de São Paulo, verificou-se, nos 2.143 idosos com 60 anos ou mais avaliados, a prevalência das seguintes doenças crônicas estudadas: Hipertensão Arterial (HAS) (53,3), artrite/artrose/reumatismo (31,7), problemas cardíacos (19,5%), diabetes (17,9%), osteoporose (14,2), doença crônica pulmonar (12,2%), Acidente Vascular Encefálico (AVE) (7,2%) e tumor maligno (3,3%). Elevada proporção dos idosos entrevistados declarou sofrer de três ou mais doenças, sendo mais comum nas mulheres (48%) do que nos homens (33%) (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Dessa forma, é de extrema importância destacar que a existência das comorbidades entre os idosos, têm representado um fator significativo associado às incapacidades funcionais e, conseqüentemente, à dependência e à morte. Vale ressaltar que, as doenças como depressão e demência, também são comorbidades altamente incapacitantes, devido ao fato de levarem à perda da independência e, principalmente, da autonomia (GORDILHO et al., 2000; VERAS et al., 2002).

Neste contexto, com a incidência de doenças crônicas na população, discute-se a repercussão na capacidade funcional dos idosos, interferindo na situação de autonomia e independência dos mesmos.

2.3 Capacidade Funcional e Cognitiva de Idosos

A capacidade funcional é uma das grandes vertentes da saúde do idoso e mais recentemente vem emergindo como um componente-chave para avaliação da saúde dessa população, e tem-se caracterizado um componente essencial para a compreensão da autonomia e independência (GRATÃO et al., 2010).

A perda de independência, entendida como a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros, ao longo da vida faz com que aumente a necessidade de assistência a longo prazo, seja por esforços de familiares, amigos, ou vizinhos, conhecidos por cuidadores informais, ou pela dedicação de profissionais e serviços de saúde capacitados. Já a

2 Revisão da Literatura

autonomia, refere-se a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente de acordo com suas próprias regras e preferências (OMS, 2005).

O conceito de incapacidade funcional é bastante complexo, Rosa et al. (2003) definem como “a presença de dificuldades no desempenho de algumas atividades cotidianas ou até mesmo, pela impossibilidade de desempenhá-las e refere que quando tal situação ocorre a ponto de impedir o cuidado de si comprometendo a autonomia e independência do idoso, dessa forma a carga sobre a família e o sistema de saúde pode ser grande e exaustiva”.

Talmelli (2013) traz uma definição bastante ampla e adequada sobre o termo incapacidade funcional, o qual é multidimensional, relacionado aos aspectos físicos, pessoais, sociais, ambientais e emocionais, não estando restrito somente a presença de patologias ou a incapacidade em realizar atividades de vida diária de maneira independente, mas também no prejuízo da manutenção da autonomia e bem-estar do idoso. Ainda segundo a autora a incapacidade funcional ocorre em distintos contextos, está relacionada à idade avançada, a presença de condições crônicas, resultados acumulativos de hábitos de vida, prejuízo no desempenho de papéis sociais e condições ambientais desfavoráveis. Os resultados da incapacidade funcional são deletérios e trazem prejuízo tanto para o idoso quanto para a família.

Outra literatura traz que os idosos com dependência para sete ou mais AVDs têm três vezes mais risco de morte do que aqueles indivíduos independentes. Diferente dos dados sociodemográficos, que não podem ser modificados pelo indivíduo, a dependência nas AVDs é um fator que pode ser mutável com prevenção e reabilitação (RICCI; KUBOTTA; CORDEIRO, 2005).

A incapacidade ou limitação na capacidade funcional traduzida pelas mudanças demográficas são consideradas indicadores de várias consequências na saúde, não só a ocorrência da doença em si (AYSIS, 2007). Fried et al. (2004) verificaram que 20-30% dos idosos que vivem na comunidade, com idade superior a 70 anos, relatam algum tipo de incapacidade e imobilidade. Segundo o censo de 2010, entre os idosos brasileiros, 67,7% declararam possuir alguma deficiência entre os três graus de severidade das deficiências investigados (alguma dificuldade, grande dificuldade, não consegue de modo algum) (IBGE, 2010). A ocorrência de incapacidades nesta população pode significar aumento do risco de hospitalizações

2 Revisão da Literatura

e também de custos para o setor saúde, maiores necessidade de cuidados à saúde, além de maior risco de mortalidade (FRIED et al., 2004).

Os fatores relacionados à perda da capacidade funcional podem estar ligados à predisposição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, mortes e problemas de morbidade, trazendo complicações ao longo do tempo, gerando cuidados de longa permanência e alto custo (MILLÁN-CALENTI et al., 2010). Assim, as várias situações devem ser levadas em consideração quando se avalia a capacidade funcional, como a do idoso estar hospitalizado, ou vivendo em Instituições de Longa Permanência, ou mesmo em regime ambulatorial.

O estudo realizado por Siqueira et al. (2004) sobre as alterações da capacidade funcional de idosos durante a internação hospitalar, identificou a correlação significativa entre a piora funcional e a presença de declínio cognitivo, *delirium* e baixa capacidade funcional após a entrada no hospital.

Sabe-se que apenas 1% dos idosos brasileiros estão institucionalizados, embora essa porcentagem tenha crescido nos últimos anos especialmente em função das necessidades de atendimento aos idosos decorrentes do grau de dependência que apresentam, especialmente no que se refere ao cuidado ao idoso com Alzheimer (CAMARANO, 2010). Apesar desta baixa proporção, aqueles que vivem em instituições de longa permanência tendem a ser menos autônomos e mais dependentes para as AVDs comparados aos idosos não institucionalizados (CAMARANO, 2010).

Del Duca et al. (2011) descreveram em seu estudo com idosos em Instituições de Longa Permanência, que os inativos apresentaram maior número de incapacidade na realização de atividades. Vários estudos têm verificado a associação entre incapacidade funcional em idosos e estilo de vida, e trazem os benefícios da atividade física na contra mão às consequências dos hábitos sedentários, principalmente na realização das AVDs.

Um estudo brasileiro de Reis e Torres realizado em 2011, com 68 idosos institucionalizados na Bahia, verificaram que a maioria dos idosos foram classificados como dependentes, afirmaram também que a manutenção da capacidade funcional pode ter implicações na qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade do indivíduo ocupar-se com o trabalho até

2 Revisão da Literatura

idades mais avançadas, realizando tarefas físicas e mentais necessárias para a manutenção de suas atividades básicas e instrumentais.

Observa-se que a função cognitiva, memória, também tem sido amplamente estudada e correlacionada com incapacidade funcional, pois o declínio desta pode levar a perda da autonomia e independência, correspondendo a uma das maiores preocupações referidas pelos idosos e deve ser cuidadosamente investigada (CANINEU et al., 2004).

Estudos têm mostrado que as doenças crônicas apresentam forte associação com a incapacidade funcional em idosos, dentre eles destacam-se as osteoarticulares (VELASQUEZ, 2011), neurológicas, dentre elas as doenças relacionadas ao declínio cognitivo e perda de memória como a Doença de Alzheimer (TALMELLI et al., 2013), sensoriais como declínio visual e auditivo (STEINMAN; ALLEN, 2012), depressão e Diabetes *Mellitus* (VELASQUEZ, 2011).

Compreende-se que cognição é o termo utilizado para descrever o funcionamento mental, que implica a habilidade para sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamentos, e a capacidade para produzir respostas a solicitações e estímulos externos (CANÇADO; HORTA, 2011). Segundo os mesmos autores, tais habilidades são influenciadas por características próprias de cada indivíduo, tais como idade, escolaridade, interesses, comportamento, saúde, atividades desenvolvidas, quantidade de estímulos a que é exposto, além de aspectos psicoemocionais e socioculturais.

O declínio cognitivo compreende a deterioração do funcionamento mental, e pode ocorrer associado a várias razões, entre elas alteração de memória devido à dificuldade de atenção, decorrente de uso de medicação (principalmente benzodiazepínicos, neurolépticos e antidepressivos) (OKAMOTO et al., 2008). Outra possibilidade para que esteja ocorrendo queixa de memória correlacionada ao declínio cognitivo na avaliação é haver alteração de afeto, em particular a depressão em suas diversas formas, mas uma das razões mais prevalentes associada ao declínio cognitivo e comprometimento das atividades da vida diária é a síndrome demencial (OKAMOTO et al., 2008).

Um dos testes neuropsicológicos mais utilizados para a população brasileira para triagem de declínio cognitivo tem sido o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), por meio do qual se identifica comprometimento suficiente para interferir

2 Revisão da Literatura

nas atividades da vida diária, da memória e de outras áreas cognitivas (linguagem, praxia, orientação, função executiva, entre outras) (SCAZUFCA et al., 2009).

Gratão et al. (2012), ao avaliarem 574 idosos residentes no município de Ribeirão Preto/SP, por meio do MEEM (Mini Exame do Estado Mental), encontraram que 19,7% da população apresentavam declínio cognitivo, sendo a maioria deles do sexo feminino, com idade acima de 80 anos.

Outro estudo realizado em São Paulo, por meio de levantamento realizado no ano de 2000, com 2.143 pessoas com 60 anos ou mais, residentes na capital paulista, revelou-se que 6,9% da população, nesta faixa etária, apresentaram problemas cognitivos, aumentando progressivamente com a idade e maior incidência nas mulheres, sendo que a escolaridade interferiu nesse resultado, tendo os analfabetos valores elevados, isto é, 16,8% (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

O estudo de Souza et al. (2007) avaliou o processo do envelhecimento, relacionando-o ao desempenho cognitivo, com 65 idosos, e encontraram 66,2% dos respondentes com alguma dificuldade de memória, sendo esta frequente para 58,1% dos sujeitos com queixa, e rara ou muito rara para 41,9% dos idosos.

Idosos que residem em instituições de longa permanência apresentam maiores incidências de declínio cognitivo. O estudo realizado em Presidente Prudente/SP, em que se avaliou por meio do MEEM, o desempenho cognitivo de idosos residentes em três Instituições de Longa Permanência para Idosos, revelou que 77,7% dos idosos apresentaram declínio cognitivo (CONVERSO; IARTELI, 2007).

Nesse contexto, a prática de cuidados às pessoas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos mesmos e a importância do ambiente no qual está inserido. As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado.

A avaliação da capacidade cognitiva e funcional dos idosos pela enfermagem e equipe multidisciplinar serve para que se obtenha uma visão mais precisa sobre a situação de saúde e ao impacto desses fatores no convívio familiar, e proporção que isso afeta a saúde do cuidador. Segundo Wright e Leahey (2012), o enfermeiro obrigatoriamente considera o cuidado centrado na família como parte

2 Revisão da Literatura

integrante da prática de enfermagem. A avaliação da capacidade funcional e cognitiva do idoso é parte integrante do cuidado de enfermagem com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio com que ele pode contar, para que suas necessidades possam ser supridas. O enfermeiro elabora, executa e avalia o cuidado prestado ao idoso, servindo de suporte para que a família possa executá-lo de forma efetiva e desejável.

Nessa perspectiva, um olhar especial deve ser atribuído àquele que cuida diariamente da pessoa idosa, compreendendo suas condições de saúde, sobrecarga e sofrimento.

2.4 Cuidadores de Idosos

A literatura aponta quatro fatores, geralmente utilizados para designar os cuidados da pessoa idosa incapacitada: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente, mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos) (KARSCH, 2003). O cuidador principal é aquele que tem a total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente, no domicílio. Os cuidadores secundários são os familiares, voluntários e profissionais que prestam atividades complementares (GRATÃO et al, 2012).

Além disso, o cuidador pode ser categorizado em formal (com vínculo empregatício) ou informal (sem vínculo empregatício). Quanto ao tipo de cuidado pode ser classificado em cuidador primário (principal responsável pelo cuidado), secundário ou terciário (pessoa que auxilia esporadicamente ou quando solicitada) (NERI, 2008; SANTOS, 2010; ROCHA JÚNIOR et al., 2011).

Com relação ao cuidador formal, a classificação sugerida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS (1998) propõe o seguinte perfil:

Cuidador Formal, pessoa maior de idade, com 1º grau completo e que fora submetido a treinamento específico em instituição oficialmente reconhecida, faz o elo entre o idoso, a família e os serviços de saúde ou da comunidade e que geralmente exerce atividade remunerada; Cuidador Profissional, pessoa com diploma de 3º grau, conferido por instituição de ensino reconhecida e que presta assistência profissional ao idoso, à família e à comunidade; Cuidador Informal, pessoa com ou sem vínculo familiar, não remunerada e que presta cuidados à pessoa idosa no domicílio.

2 Revisão da Literatura

A Política Nacional de Saúde do Idoso regulamentada pela Portaria 1395 de 1999 fortalece a necessidade de se estabelecer uma “parceria” que envolva cuidadores profissionais e cuidadores leigos. A assistência domiciliar aos idosos fragilizados, oferecida pelos profissionais, deve compreender também esclarecimentos e orientações aos cuidadores quanto aos cuidados que devem ser prestados, bem como o que fazer para assegurar a conservação de sua própria saúde.

Devido ao aumento da necessidade de pessoas que cuidem do idoso dependente no domicílio, seja ele familiar ou profissional, foi criado pelo projeto de lei Federal n. 6.966/2008 e inserido na Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego com o código 5162-10, o exercício da profissão de Cuidador de pessoas idosas e dependentes e Cuidador do idoso institucional (MTE/SPPE, 2002). Em parágrafo único define-se como cuidador, o profissional responsável por cuidar da pessoa doente ou dependente, facilitando o exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, além de aplicar a medicação de rotina e acompanhá-la junto aos serviços de saúde, ou outros requeridos no seu cotidiano, excluindo, para tal, técnicas ou procedimentos identificados como exclusivos de outras profissões legalmente estabelecidas (BRASIL, 1999).

Entretanto, o exercício da profissão do cuidar ainda não está aprovado por lei, essa função esta atualmente regulamentada de acordo com a Proposta de Emenda Constitucional nº 66 de 2012, ou PEC das Domésticas, pois é exercida dentro das casas dos clientes, o que equipara os direitos trabalhistas dos empregados domésticos aos dos trabalhadores formais, com garantia de direitos como salário-mínimo, férias proporcionais, horas extras, adicional noturno e o FGTS.

A tarefa de cuidar do idoso, na maioria das vezes, tem caráter ininterrupto, ou seja, sem descanso, trazendo ao cuidador horas seguidas de trabalho principalmente com atividades como cuidados corporais, alimentação, eliminações, ambiente, controle da saúde e outras situações, o cuidador pode experimentar situações desgastantes e de sobrecarga (GRATÃO et al., 2012).

O termo sobrecarga deriva do inglês “*burden*” e refere-se ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconômicos que ocorrem devido às exigências da atividade de prestar o cuidado. Estes problemas podem influenciar

2 Revisão da Literatura

negativamente a vida do cuidador de diversas formas: prejudicar as rotinas domésticas, as relações familiares e sociais, a produtividade no trabalho, as atividades de lazer, a vida afetiva e a sexualidade. Também é verdade, que a sobrecarga está associada a uma deterioração da qualidade de vida e a uma maior morbidade do prestador de cuidados (CORDEIRO; ALBUQUERQUE, 2011).

A sobrecarga de atividades gerada sobre os cuidadores pode acarretar no desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, fadiga, uso de medicamentos psicotrópicos, além de ter sua própria saúde prejudicada o que leva à falta de condições para cuidar do idoso (GRATÃO et al., 2012). A atividade de cuidar pode ter efeitos sociais e econômicos que comprometem todos os aspectos da vida (GRATÃO et al., 2012).

Em alguns casos, a sobrecarga se dá pelo fato do cuidador se sentir responsável e assumir todas as tarefas, mesmo que não lhe caiba fazê-las, assim a sobrecarga é ocasionada por falta de apoio. São recorrentes os sinais de sobrecarga nas faces de cansaço e desânimo, principalmente naquelas também responsáveis pelas tarefas do lar (OLIVEIRA, 2010).

O conflito familiar, proveniente da sobrecarga dos cuidadores, muitas vezes é algo esperado diante da complexidade do processo (PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012). A sobrecarga gerada no cotidiano da família provoca estresse e diminuição da tolerância do cuidador que, ao sentir-se limitado em suas atividades sociais e outras, pode trazer a tona tudo que estava a tempo guardado (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

A ausência de lazer, aliada ao confinamento no ambiente do cuidar constante, leva o cuidador, muitas vezes, a sentir-se sobrecarregado emocionalmente. As doenças que levam a incapacidade impõem limitações ao doente e cuidador, resultando sentimentos de isolamento, alterações no estilo de vida e insatisfações na vida social, proporcionando um cotidiano restrito apenas às atividades domésticas (BOCCHI, 2004; PEDREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Duarte e Diogo (2011) trazem a importância fundamental do cuidador na assistência, pois este representa o elo entre o idoso, sua família e a equipe interprofissional. Cuidar de uma pessoa dependente vem sendo associado com a deterioração da saúde física e mental, isolamento social, depressão, sobrecarga e baixa qualidade de vida (ARIAS-MARINO et al., 2009).

2 Revisão da Literatura

Além da questão da sobrecarga, a literatura mostra as recentes tendências de mudanças na estrutura familiar, com a contribuição do processo de urbanização, anteriormente baseada nos moldes tradicionais, em que o convívio era extenso com destaque para atuação das mulheres, possibilitavam que os cuidados de saúde fossem mais facilmente divididos entre esposa, filhas, noras, cunhadas, tias e irmãs. Atualmente, o arranjo familiar predominante passa a ser a convivência apenas da família nuclear, em um mesmo espaço de moradia, faz com que a atenção recaia quase exclusivamente numa única pessoa, geralmente, a esposa ou uma filha (SANTOS, 2010).

Santos e Pavarini (2010) com objetivo de avaliar os cuidadores de idosos com alterações cognitivas em regiões de diferentes vulnerabilidades sociais identificaram que em contextos de maior pobreza os cuidadores moram com os idosos e em geral são filhas ou esposas.

No Estudo SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento) ao analisarem os dados relacionados aos arranjos familiares dos idosos no município de São Paulo, observaram que a maioria dos idosos mais longevos reside em arranjos menos continentais, ou seja, formados por casais, residem sozinhos, com netos ou apenas idosos corresidem. E ao analisar esses dados considerando a presença de dificuldades no desempenho das atividades básicas de vida diária (ABVDs), observou que são esses idosos justamente com pior desempenho nas ABVDs (DUARTE et al., 2005).

As intervenções educacionais oferecidas aos cuidadores ajudam a reduzir a sobrecarga física e emocional do cuidador (OLIVEIRA; MELO; CRUZ, 2013). As intervenções com cuidadores, segundo Fialho et al. (2012), melhoram a saúde mental e física, além disso, reduzem a sobrecarga e os sintomas depressivos do cuidador. Entretanto há uma relativa escassez de estudos sobre intervenções não-farmacológicas com cuidadores de idosos com Alzheimer (FIALHO et al., 2012).

Independente do tipo de cuidado prestado, seja formal ou informal, é de suma importância que além de identificar o cuidador que presta cuidado ao idoso, deve-se avaliá-lo, de forma sistemática, por meio de instrumentos consistentes e validados para a população brasileira, para que assim se implemente um plano de educação aos mesmos.

2 Revisão da Literatura

2.5 Relevância do estudo

Dessa maneira, especificamente diante desse quadro atual no mundo e no Brasil, em que se evidencia o crescimento da população de idosos, concomitante com o alto índice de doenças crônicas, declínio das capacidades cognitiva e física e o importante papel do cuidador, o qual se encontra muitas vezes sobrecarregado pelas tarefas desempenhadas para o auxílio do idoso diariamente, o presente estudo teve como finalidade a avaliação de idosos atendidos em três modalidades de serviço público e seus cuidadores no município de São Carlos.

A opção por este estudo significa que o enfermeiro tem uma função importante na equipe de saúde representada pela assistência integral ao idoso e ao cuidador. A falta de conhecimento dos idosos no município de São Carlos, bem como a sobrecarga da atividade de prestar cuidado no domicílio ou em instituição de longa permanência, a escassez de estudos que avaliam estes aspectos em idosos e cuidadores, perfazem a relevância deste estudo. O enfermeiro tem papel fundamental para realizar esse diagnóstico sobre os problemas que a atividade de cuidar possa causar, por meio de instrumentos consistentes e propor estratégias de atenção frente à Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994).

Assim, levando-se em consideração essa temática, optou-se por realizar um estudo com as seguintes questões norteadoras: Como está o perfil de saúde, considerando patologias pré-existentes, desempenho cognitivo, capacidade funcional e humor dos idosos em três distintas modalidades de atendimento no município de São Carlos? O idoso que utiliza os serviços públicos de saúde e precisa de cuidados diários pode levar o cuidador à sobrecarga e ao desconforto emocional?

3 Objetivos

3.1 Objetivos Gerais

- Avaliar e comparar a capacidade cognitiva e funcional de idosos atendidos em três distintas instituições do município de São Carlos: ambulatorial, hospitalar e de longa permanência, bem como o nível de sobrecarga e desconforto emocional dos cuidadores formais e informais desses idosos.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar e caracterizar idosos residentes em uma ILPI, usuários de uma Unidade Saúde Escola e de um Hospital Escola Municipal de São Carlos, quanto ao perfil social, demográfico e de saúde.
- Avaliar e comparar a função cognitiva e a independência para ABVDs e AIVDs dos idosos e relacionar com sexo, idade, estado conjugal, escolaridade e morbidades.
- Caracterizar e descrever os cuidadores dos idosos, quanto ao perfil social, demográfico, dedicação para o cuidar, atividades do cuidar e apoio recebido.
- Avaliar e descrever a existência de sobrecarga e o desconforto emocional dos cuidadores em relação à atividade do cuidar e comparar os resultados dos cuidadores formais e informais.

4 Métodos

Pesquisa observacional, seccional, comparativa e com abordagem quantitativa, para verificação dos dados sócio-demográficos e de saúde, de capacidade funcional e cognitiva dos idosos, dados sociodemográficos, de saúde, nível de sobrecarga dos cuidadores de idosos e o desconforto emocional.

4.1 Local do estudo

Os participantes foram avaliados simultaneamente em três grupos. No primeiro, os idosos e cuidadores informais foram identificados no atendimento médico na Unidade Saúde Escola (USE) da Universidade Federal de São Carlos. O segundo grupo foi composto por idosos e cuidadores informais atendidos no Hospital Escola Municipal Prof^o. Dr^o. Horácio Carlos Panepucci de São Carlos/SP. O terceiro grupo foi representado por idosos e cuidadores formais da Instituição de Longa Permanência Cantinho Fraternal Dona Maria Jacinta, de caráter filantrópico.

A Unidade Saúde Escola (USE), considerada um ambulatório de média complexidade que atende usuários referenciados pela rede pública de saúde de São Carlos e região, a unidade oferece serviços de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e atendimento médico caminhando junto à instituição em atividades de ensino, pesquisa e extensão da Universidade Federal de São Carlos. O atendimento da USE é realizado por meio de oito linhas do cuidado, a saber: Geriatria e Gerontologia; Neurologia; Cardiologia e Respiratório; Reumatologia e Distúrbios Metabólicos; Criança e Adolescente; Ortopedia; Atividades Integrativas e Saúde Mental. O agrupamento das linhas facilita o diálogo entre as áreas e o cuidado integral, característica forte da realidade na unidade. Cabe ressaltar que o estudo foi realizado dentro da Linha de Geriatria e Gerontologia, onde ocorre um Grupo de Cuidadores de Idosos, semanalmente.

O Hospital Escola Municipal Prof. Doutor Horácio Carlos Panepucci, foi inaugurado em novembro de 2007, e foi concebido para integrar a Rede Escola de Cuidado à Saúde do Município de São Carlos estando integrado aos demais elementos constitutivos desta Rede (Atenção Básica e Secundária) potencializando a capacidade de resposta às demandas de saúde da população usuária, bem como possibilitando o desenvolvimento da capacidade de geração de conhecimento por meio da pesquisa e formação profissional (<http://www.sahudes.org.br>). Atualmente o

4 Métodos

Hospital Escola Municipal Prof. Doutor Horácio Carlos Panepucci encontra-se sob a esfera administrativa municipal tendo sua gestão municipal. A prefeitura municipal de São Carlos apresentou processo inicial para a federalização do HE que, após aprovado, será gerido pela UFSCar.

A Instituição de Longa Permanência Cantinho Fraternal Dona Maria Jacinta, de caráter filantrópico, situado no meio urbano da cidade de São Carlos, foi fundada em 1922, e em seu perfil populacional, abrigava na sua maioria pessoas com alguma deficiência mental. A instituição chegou a abrigar mais de 100 pessoas, sendo a maioria excluída ou marginalizada pela sociedade, e atualmente abriga cerca de 37 idosos.

4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão para os idosos: idosos com idade igual ou superior a 60 anos; ambos os sexos; viver em domicílio só ou com familiares ou em ILPI; idosos com cuidadores formais ou informais; participantes pelo menos de uma das três modalidades distintas de atendimento, como a Unidade Saúde Escola (USE), um ambulatório de média complexidade; Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), para manutenção do cuidado e o Hospital Escola (HE) com atendimento de média e alta complexidade.

Os critérios para os cuidadores foram: terem idade igual ou superior a 18 anos; ambos os sexos; serem cuidadores de idosos informais ou formais e realizar a prestação dos cuidados nos locais de estudo.

Utilizamos como critérios de exclusão dos idosos e cuidadores pessoas com transtornos mentais e psiquiátricos, e idosos com deficiência visual.

Os grupos estudados expressaram concordância em participar pela assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) em 02 vias, ficando uma via com cada participante da pesquisa.

4.3 Amostra

A amostra foi constituída por 140 idosos, sendo 37 avaliados na ILPI, 53 no Hospital Escola e 50 na USE. Além disso, participaram da amostra 50 cuidadores, sendo 15 formais avaliados na ILPI e 35 informais familiares avaliados

4 Métodos

no Hospital e na USE, ressalta-se a diferença entre o número de cuidadores e idosos, pois na ILPI, por se tratar de uma unidade coletiva, há um cuidador para vários idosos, diferente do domicílio, onde cada idoso estudado possuía seu cuidador, e em vários casos, os idosos não estavam acompanhados de cuidadores.

Análise do poder da amostra, empregando-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão de 2002, para um nível de significância de $\alpha = 0,05$ e um tamanho amostral de $n = 140$ revelou um poder estatístico apriorístico de $1 - \beta = 99,8 \%$.

4.4 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2014 pela pesquisadora e por alunos de iniciação científica da graduação em Gerontologia da UFSCar, que receberam treinamento específico para aplicação dos instrumentos. Para início da coleta de dados, o idoso e seu respectivo cuidador foram abordados nos locais de pesquisa, realizada a apresentação dos pesquisadores e exposição dos aspectos da pesquisa aos possíveis participantes, aos que aceitaram participar do estudo, por meio de entrevista individual, assinaram do TCLE e depois realizada a apresentação dos instrumentos de avaliação.

Foram colhidas informações a respeito do perfil sociodemográfico e perfil de saúde dos idosos e cuidadores. Os idosos, também, foram avaliados no desempenho cognitivo, por meio do instrumento MEEM (Mini Exame do Estado Mental) e Teste do Desenho do Relógio (TRD), bem como a avaliação das Atividades da Vida Diária (AVDs) do idoso, para quantificar de forma objetiva a necessidade de ajuda ou de dependência de cuidado, utilizando as Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (KATZ) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton). O cuidador foi avaliado sobre os aspectos sociodemográficos e a presença de sobrecarga, desconforto emocional por meio da Escala de Sobrecarga de Zarit e SRQ-20 (*Self Reporting Questionnaire*), respectivamente.

O MEEM é uma escala desenvolvida por Folstein e Mchugh (1975), nos Estados Unidos e traduzida e validada para o Brasil por Bertolucci et al. (1994). O instrumento tem por objetivo auxiliar na investigação de possíveis declínio cognitivos em indivíduos com risco de desenvolver a síndrome demencial. Este teste é composto por diversas questões, agrupadas em sete categorias, cada uma delas

4 Métodos

desenhadas para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para o tempo (5 pontos), orientação para o espaço (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação, lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore pode variar de zero até um total de 30 pontos. A nota de corte foi calculada com os valores da mediana apresentados por faixa etária e subtraído um desvio padrão (BRUCKI et al. 2003) e de acordo com a escolaridade: para analfabeto são 18 pontos; de 1 a 3 anos de escolaridade são 21 pontos; de 4 a 7 anos de escolaridade são 24 pontos e para 8 ou mais anos de escolaridade são 26 pontos.

O teste do desenho do relógio (TDR) é um instrumento de avaliação cognitiva de fácil e rápida aplicação, especialmente em idosos, desenvolvido por Sunderland et al. (1989) e validado no Brasil por Atalaia et al. (2008). Para sua realização foi entregue ao idoso uma folha em branco e um lápis e dada a seguinte instrução: “Eu gostaria que o/a Sr/a fizesse um desenho de um relógio com todos os números dentro”; após: “Agora, desenhe os ponteiros marcando 11h10min”. As instruções eram repetidas nos casos de dúvida. Utilizou-se a pontuação proposta originalmente por Sunderland et al. (1989), que consiste numa escala de pontuação de 0 (relógio totalmente incorreto ou inexistente) a 10 pontos (relógio totalmente correto).

Escala de Depressão Geriátrica (GDS): A Escala de Depressão Geriátrica – versão 15 itens foi elaborada por Sheikh e Yesavage (1983) e validada no Brasil em 1999 por Almeida e Almeida. É um instrumento que verifica presença de sintomas característicos da depressão, composto por 15 questões e com ponto de corte de 5 pontos para indicar normalidade, de 6 a 10 pontos sintomas depressivos leves e 11 a 15 pontos sintomas depressivos severos. A EDG é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para detectar depressão nos idosos (ALMEIDA, ALMEIDA, 1999).

Para a avaliação das ABVDs foi utilizada a Escala de Independência em atividades básicas da vida diária, como: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se e manter controle sobre suas eliminações. A escala foi desenvolvida por Katz et al. (1963) e adaptada para uso no Brasil por Lino et al. (2008). É dado um ponto para cada atividade que o avaliado faz sem ajuda, e a pontuação varia de 0 a 6, considerando que 6 independente; 5 a 3 parcialmente

4 Métodos

dependente e 2 a 0 totalmente dependente, representando mais independência nas ABVDs a maior pontuação.

A Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária de Lawton foi utilizada para avaliação das AIVDs. O instrumento foi construído por Lawton e Brody (1969) e adaptado para realidade brasileira por Santos e Virtuoso Junior (2008). A Escala de Lawton mensura o desempenho nas 7 atividades mais complexas do cotidiano como preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças e tomar seus medicamentos. A pontuação em cada atividade varia de 1 a 3, sendo 1 dependência ou falta de hábito na atividade, 2 necessidade de assistência e 3 independência total para a realização da atividade. A pontuação varia de 7 a 21 sendo, 7 dependência total, 8 a 20 dependência parcial e 21 pontos independência.

A Escala de Sobrecarga de Zarit, elaborada por Zarit e Zarit (1987), traduzida e validada para a cultura brasileira por Scazufca (2002), com 22 itens, tem por objetivo avaliar o impacto percebido do cuidar sobre a saúde física e emocional, atividades sociais e condição financeira. As respostas aos 22 itens devem ser dadas segundo uma escala de cinco pontos que descrevem como cada afirmação afeta a pessoa. Cada item da escala tem escores representados da seguinte forma: nunca (0), raramente (1), algumas vezes (2), frequentemente (3), sempre (4). A pontuação indica a frequência de cada item. No último item, o escore varia de 0 a 4 também, mas representa o quanto o entrevistado está se sentindo cansado mediante a tarefa de prestar o cuidado, representado por: nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (2), muito (3), extremamente (4). O total da escala é obtido somando todos os itens e pode variar de 0 a 88. Quanto maior a pontuação obtida, maior a sobrecarga percebida pelo cuidador. Associado a essa pontuação foi utilizado ponto de corte para diagnóstico de sobrecarga, segundo estudo internacional de Ferreira et al., (2010), a seguinte pontuação: sobrecarga intensa escores entre 61 e 88; moderado a severo, entre 41 e 60, moderado a leve, entre 21 e 40; e ausência de sobrecarga, escores inferiores a 21 pontos.

O *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20) foi desenvolvido por Harding; Arango; Baltazar (1980) e validado no Brasil por Mari e Willians (1986) e tem como objetivo a detecção de desconforto emocional na população geral. As 20 questões que compõem a escala têm duas possibilidades de resposta (sim/não) e foram desenhadas para abordar sintomas emocionais e físicos associados a quadros

4 Métodos

psiquiátricos (cefaleias frequentes, queixas de insônia e de alterações de apetite, piora da concentração, nervosismo, cansaço, queixas estomacais, diminuição do interesse pelas atividades rotineiras, pensamentos suicidas, sentimentos de tristeza e de desesperança). A pontuação pode variar de 0 a 20, e foi utilizado o ponto de corte de 7/8 baseado no estudo brasileiro para diferenciar a possibilidade de casos com desconfortos emocionais (MARI e WILLIANS, 1986).

4.5 Procedimentos para análise dos dados

Elaborou-se um banco de dados no aplicativo Excel para a implementação do processo de validação por dupla entrada (digitação). Em seguida, os dados foram importados no aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0, que foi utilizado para a análise univariada descritiva, tanto para variáveis categóricas (tabelas de frequência), quanto para variáveis quantitativas (medidas de tendência central e variabilidade). As médias das variáveis categóricas foram analisadas estatisticamente pelo Teste T de *Student*. Também realizou o cálculo do coeficiente de correlação de Pearson entre variáveis quantitativas. As correlações foram consideradas como sendo fracas ($r < 0,3$), moderadas ($0,3 \leq r < 0,7$) ou fortes ($r \geq 0,7$) (MUNRO, 2001).

A análise bivariada incluiu medidas de associação em tabelas de contingência, para variáveis qualitativas, como qui-quadrado e razões de prevalência e razões de chances de prevalência brutas ou não ajustadas. Os postos médios das medidas de capacidade funcional por intermédio da Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (KATZ) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton), foram analisadas estatisticamente pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido pelo teste de comparações múltiplas de Mann-Whitney com ajuste de Bonferroni.

Com a finalidade de se ajustar as razões de prevalência de declínio cognitivo para as instituições, para as variáveis sexo, idade, presença de indicativo de depressão e número de morbidades, foi construído um modelo de regressão logística múltipla com o método de entrada simultânea de preditores, ou modelo saturado. O nível de significância utilizado foi $\alpha = 0,05$.

Além disso, para os cuidadores, os postos médios das medidas de desconforto emocional (SRQ-20) foram analisados estatisticamente pelo teste não-

4 Métodos

paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido pelo teste de comparações múltiplas de Mann-Whitney com ajuste de Bonferroni.

A análise do poder apriorístico, com a finalidade de se estimar o erro tipo II incluiu as prevalências de declínio cognitivo para as 3 instituições estudadas, para um nível de significância de 5%.

4.6 Procedimentos Éticos

Tomando por base os critérios da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, por meio da Plataforma Brasil, e foi aprovado, número de parecer 416.459 na data de 15/10/2013 (Anexo D). Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para o Idoso e para o Cuidador, foram assinados em duas vias, conforme as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos (Apêndice A e B). Ressalta-se que as instituições selecionadas para a pesquisa foram contatadas e obteve-se autorização para realização da mesma, sendo que na Unidade Saúde Escola (Anexo A), o Hospital Escola (Anexo B) e Termo de ciência da Instituição de Longa Permanência Cantinho Fraterno Dona Maria Jacinta (Anexo C), emitiram por meio de suas comissões de pesquisa parecer favorável para execução da pesquisa.

5 Resultados

5 Resultados

Os resultados serão apresentados de forma separada, primeiro a respeito dos idosos e posteriormente sobre os cuidadores, de forma que no final possa ser ressaltada as principais diferenças entre as amostras.

5.1 Características sociodemográficas e de saúde dos Idosos

Neste capítulo serão apresentados os dados do perfil de saúde dos idosos nas três modalidades de atendimento, sendo que para o primeiro perfil destacam-se os moradores da ILPI, o segundo perfil refere-se aos idosos usuários da unidade hospitalar, o terceiro aqueles da unidade saúde-escola, regime ambulatorial, e por fim serão apresentadas as maiores diferenças entre os perfis de forma resumida.

5.1.1 Perfil 1 – Idosos residentes da ILPI

O estudo foi realizado com 37 idosos moradores de uma ILPI no município de São Carlos – SP. Na Tabela 1 estão apresentados os dados, em que 17 respondentes (45,9%) representam o sexo feminino e 20 (54,1%) o sexo masculino. Destaca-se que, grande parte se encontrava na faixa etária de 70 a 79 anos de idade (43,2%), com idade mínima de 52 anos e máxima de 95 anos.

A média de idade foi 74,4 anos ($\pm 9,8$), sendo as mulheres com média de idade superior a dos homens (78,1 anos para 71,2 anos) com significância estatística ($p=0,030$). Quanto ao estado civil dos idosos, a maioria foi representada por solteiros (67,6%), o que representou 80% de homens e 52,9% de mulheres, com diferenças estatisticamente significantes ($p=0,291$), vide Tabela 1.

Quanto à incidência de doenças crônicas destacou-se a Hipertensão Arterial como a primeira (32,4%), seguida pelo Diabetes *Mellitus* (18,9%). Vale ressaltar que foi bastante incidente o item “outras” (78,4%), representado principalmente por transtornos psiquiátricos e sequelas de AVE (21,6%), seguido por Doença de Alzheimer (16,2%), vide Tabela 1.

Quanto aos hábitos de vida do idoso relacionado ao sexo, tem-se que, no item fumar, a maioria (66,7%) referiu não fumar, representado por homens (57,9%) e mulheres (76,5%). No item “prática de atividade física”, a maioria não realiza (66,7%), vide Tabela 1.

5 Resultados

Tabela 1: Distribuição dos 37 idosos residentes na ILPI segundo faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, doenças, relacionados ao fator sexo do idoso. São Carlos/SP, 2014.

Perfil dos idosos	Média(DP)	Masculino		Feminino		Total		p-valor
		N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	
Faixa etária		71,2 (7,2)		78,1(11,4)		74,4(9,8)		0,030*
50 – 59		1	5	1	5	2	5,4	0,066**
60 – 69		7	35	2	11,8	9	24,3	
70 – 79		<u>10</u>	<u>50</u>	6	35,3	16	43,2	
80 anos ou mais		2	10	<u>8</u>	<u>47,1</u>	10	27	
Total		20	54,1	17	45,9	37	100	
Estado civil								
Solteiro		<u>16</u>	<u>80</u>	<u>9</u>	<u>52,9</u>	25	67,6	0,291**
Casado		1	5	1	5,9	2	5,4	
Viúvo		3	15	6	35,3	9	24,3	
Separado		0	0	1	5,9	1	2,7	
Escolaridade		1,1(1,7)		1,4(1,8)		1,2(1,7)		0,481*
Analfabeto		13	65	10	58,8	23	62,2	
1 a 4 anos		7	35	7	41,2	14	37,8	
Doenças								
Dislipidemia		3	15	1	5,9	4	10,8	0,367**
HAS		<u>4</u>	<u>20</u>	<u>8</u>	<u>47,1</u>	12	32,4	0,081**
Diabetes		<u>4</u>	<u>20</u>	<u>3</u>	<u>17,6</u>	7	18,9	0,596**
Cardiopatía		0	0	1	5,9	1	2,7	0,459**
Osteoporose		0	0	1	5,9	1	2,7	0,459**
Artrite/Artrose		1	5,9	0	0	1	2,7	0,363**
Outras		<u>14</u>	<u>70</u>	<u>15</u>	<u>88,2</u>	<u>29</u>	<u>78,4</u>	0,174**
Fuma								
Sim		5	26,3	1	5,9	6	16,7	0,255**
Não		<u>11</u>	<u>57,9</u>	<u>13</u>	<u>76,5</u>	<u>24</u>	<u>66,7</u>	
Ativ. Física								
Sim		2	10	3	17,6	5	13,5	0,420**
Não		<u>18</u>	<u>90</u>	<u>14</u>	<u>82,4</u>	<u>32</u>	<u>86,5</u>	
Total		20	54,1	17	45,9	37	100	

Cálculo sobre n idosos = 37.

* Teste t de student.

** X² Teste do Quic Quadrado.

Observa-se, na Tabela 2, o desempenho nas atividades de vida diária, em que, a maioria dos idosos apresentavam dependência total, tanto para ABVDs (62,2%), quanto para AIVDs (51,4%). Além disso, após a aplicação do MEEM, pode-se concluir que 100% dos idosos avaliados apresentaram declínio cognitivo, a média foi de 6,6 pontos, sendo para as mulheres um pior desempenho (6,0 pontos) se comparado aos

5 Resultados

homens (7,2 pontos). Além disso, 29,7% dos idosos apresentaram sintomas depressivos.

Tabela 2: Distribuição dos 37 idosos residentes na ILPI segundo desempenho nas atividades de vida diária, cognitivo e humor relacionados ao fator sexo do idoso. São Carlos/SP, 2014.

Perfil dos idosos		Masculino		Feminino		Total		p-valor
		N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	
ABVDs	Média(DP)	2,3(2,04)		2,5(2,5)		2,4(2,2)		0,088*
	Independente	1	5	5	29,4	6	16,2	0,030**
	Semi-dependente	7	35	1	5,9	8	21,6	
	Dependente	<u>12</u>	<u>60</u>	<u>11</u>	<u>64,7</u>	<u>23</u>	<u>62,2</u>	
AIVDs		10,3(4,3)		9,7(3,9)		10(4,03)		0,201*
	Semi-dependente	<u>11</u>	<u>55</u>	7	41,2	18	48,6	0,306**
	Dependente	9	45	<u>10</u>	<u>58,8</u>	19	51,4	
Sintomas Depressivos		4,9(2,7)		4,1(4,2)		4,5(3,5)		0,314*
	Sim	7	63,6	4	36,4	11	29,7	
	Não	13	50	13	50	26	<u>70,3</u>	
MEEM – Declínio		7,2(7,5)		6,0(8,2)		6,6(7,7)		0,199*

* Teste t de student.

** χ^2 Teste do Quic Quadrado.

Na Tabela 3 observam-se os dados de escolaridade, desempenho nas ABVDs e MEEM relacionados às variáveis categóricas do desempenho nas AIVDs dos 37 idosos entrevistados. Houve diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) para as médias de ABVDs e MEEM. Nota-se média maior no desempenho das ABVDs e MEEM para idosos com dependência parcial, o que revela a hipótese de que idosos com pior desempenho nas AIVDs são os que estão mais comprometidos nas ABVDs e no desempenho cognitivo.

Tabela 3: Distribuição da média, desvio padrão da escolaridade, desempenho nas ABVDs e cognitivo, relacionados às variáveis categóricas das AIVDs em Idosos na ILPI. São Carlos/SP, 2014.

Avaliação do idoso	Escolaridade	ABVD	MEEM
AIVDs	Média(DP)	Média(DP)	Média(DP)
Dependência parcial	1,44(1,6)	3,72(2,2)	12,28(6,6)
Dependência Total	1,05(1,8)	1,05(1,3)	1,26(3,9)
Teste t (p-valor)	0,501	<0,001	<0,001

* Teste t de student.

5 Resultados

Na Tabela 4, de acordo com a média total encontrada para o MEEM (6,2 pontos), 100% dos idosos apresentaram declínio cognitivo. Encontrou-se média baixa (4,43 pontos) para idosos analfabetos, e para os que frequentaram a escola até 4 anos, encontrou-se uma média superior (10,2 pontos), o que revelou diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) quando relacionados as variáveis categóricas da escolaridade com as médias do MEEM. Vale ressaltar que, nesta amostra estudada, o número máximo de anos estudados foi de 4 anos. A correlação segundo coeficiente de Correlação de Pearson, encontrada entre a escolaridade em anos completos e o escore bruto do MEEM foi moderada e estatisticamente significativa ($r = 0,403$, $p < 0,001$), demonstrando que com a diminuição do tempo da educação formal pior foi o desempenho dos idosos no teste do MEEM.

Tabela 4 - Distribuição das médias do MEEM, segundo grau de escolaridade dos idosos residentes na ILPI Cantinho Fraternal e os pontos de corte do MEEM, segundo Brucki *et al.* (2003). São Carlos/SP, 2014.

Escolaridade	Média MEEM (DP)	Escore MEEM Brucki <i>et al.</i> (2003)	Test t (p-valor)
Analfabetos	4,43(6,08)	20	<0,001
1 a 4 anos	10,21(8,9)	25	<0,001
Declínio cognitivo?	-	100%	

$r = 0,403$, $p < 0,001$

5.1.2 Perfil 2 – Idosos usuários do Hospital Escola

Na Tabela 5, observam-se as características sociodemográficas e de saúde dos idosos usuários do Hospital Escola. Neste cenário foram entrevistados 53 idosos, do sexo masculino 27 (50,1%) e sexo feminino 26 (49,9%). Os resultados mostram que 30,2% se encontravam na faixa etária de 60 a 69 anos de idade, com média de 70,8 anos ($\pm 8,1$), sendo que mulheres apresentaram média de idade superior a dos homens (71 anos para 70,6 anos). Quanto ao estado civil dos idosos, a maioria foi representada por casados (56,6%), observando 77,8% entre os homens e 34,6% entre as mulheres, dados com significância estatística ($p = 0,007$).

Quanto à incidência de doenças crônicas destacou-se a Hipertensão

5 Resultados

Arterial como a primeira (41,5%), seguida pelo Diabetes *Mellitus* (26,4%), com dados estatisticamente significantes ($p=0,019$) quando comparado ao sexo dos idosos, sendo nas mulheres a maior prevalência.

Observa-se ainda na Tabela 5 os dados sobre os hábitos de vida dos idosos, sendo que no item fumar, a maioria referiu não fumar (60,4%), e no item “prática de atividade física”, a maioria não realizava (62,3%).

Tabela 5: Distribuição dos 53 idosos usuários do Hospital Escola segundo faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade e doenças relacionados ao fator sexo do idoso. São Carlos/SP, 2014.

Perfil dos idosos		Masculino		Feminino		Total		p-valor
		N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	
Faixa etária	Média(DP)	70,6(8,5)		71(7,9)		70,8(8,1)		
60 – 64		<u>10</u>	37	6	23,1	16	30,2	0,505**
65 – 69		5	18,5	9	34,6	14	26,4	
70 – 74		3	11,1	2	7,7	5	9,4	
75 – 79		2	7,4	4	15,4	6	11,3	
80 anos ou mais		7	25,9	5	19,2	12	22,6	
Total		27	100	26	100	53	100	
Estado civil								
Solteiro		2	7,4	2	7,7	4	7,5	0,007**
Casado		<u>21</u>	<u>77,8</u>	9	34,6	30	56,6	
Viúvo		2	7,4	12	46,2	14	26,4	
Separado		2	7,4	3	11,5	5	9,4	
Escolaridade		5,4(3,4)		3,3(2,8)		4,3(3,3)		
Analfabeto		0	0	7	26,9	7	13,2	0,017**
1 a 4 anos		<u>18</u>	66,7	<u>14</u>	53,8	32	60,4	
5 a 8 anos		4	14,8	4	15,4	8	15,1	
9 anos ou mais de escolaridade		5	18,5	1	3,8	6	11,3	
Doenças								
Dislipidemia		0	0	1	3,8	1	1,9	0,491**
HAS		7	25,9	<u>15</u>	57,7	22	41,5	0,019**
Diabetes		9	33,3	5	19,2	14	26,4	0,197**
Cardiopatía		5	18,5	2	7,7	7	13,2	0,226**
Osteoporose		0	0	4	15,4	4	7,5	0,051**
Artrite/Artrose		1	3,7	4	15,4	5	9,4	0,164**
Outras		<u>11</u>	40,7	10	38,5	21	39,6	0,544**
Fuma								
Sim		6	22,2	6	23,1	12	22,6	0,143**
Não		<u>19</u>	70,4	13	50	32	60,4	

5 Resultados

Ativ. Física							
Sim	12	44,4	8	30,8	20	37,7	0,229**
Não	15	55,6	<u>18</u>	<u>69,2</u>	33	62,3	
Total	27	50,1	<u>26</u>	<u>49,9</u>	53	100	

Cálculo sobre n idosos = 53.

* Teste t de student.

** χ^2 Teste do Quic Quadrado.

Quanto ao desempenho nas atividades de vida diária, revela-se que a maioria era independente para ABVDs (58,5%) e AIVDs (43,4%) (vide Tabela 6).

Na avaliação do humor, 41,5% dos idosos avaliados apresentaram sintomas depressivos, sendo mais expressivo nas mulheres (57,7%), com significância estatística ($p=0,019$). Além disso, após a aplicação do MEEM, pode-se concluir que 62,3% dos idosos avaliados apresentaram declínio cognitivo, a média foi de 17,3 pontos, sendo para os homens um pior desempenho (16,4 pontos) se comparado às mulheres (18,2 pontos), estatisticamente significativa ($p=0,039$) (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição dos 53 idosos usuários do Hospital Escola segundo desempenho nas AVDs, suspeita de depressão e desempenho cognitivo relacionados ao fator sexo do idoso. São Carlos/SP, 2014.

Perfil dos idosos	Masculino		Feminino		Total		p-valor
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	
ABVDs	4,2(2,6)		4,6(2,2)		4,4(2,4)		
Independente	<u>16</u>	59,3	15	57,7	31	58,5	0,426**
Semi-dependente	3	11,1	6	23,1	9	17	
Dependente	8	29,6	5	19,2	13	24,5	
AIVDs	16,2(6,3)		16,1(5,5)		16,1(5,8)		
Independente	14	51,9	9	34,6	23	43,4	0,051**
Semi-dependente	5	18,5	<u>13</u>	50	18	34	
Dependente	<u>8</u>	29,6	4	15,4	12	22,6	
Sintomas Depressivos	3,4(3,3)		6,1(3,9)		4,8(3,8)		
Sim	7	25,9	15	57,7	22	41,5	0,019**
Não	<u>20</u>	74,1	11	42,3	31	58,5	
MEEM – Declínio	16,4(11)		18,2(8,5)		17,3(9,8)		0,039*
Sim	<u>18</u>	66,7	15	57,7	33	62,3	0,349**
Não	9	33,3	11	42,3	20	37,7	

Cálculo sobre n idosos = 53.

* Teste t de student.

** χ^2 Teste do Quic Quadrado.

5 Resultados

Na Tabela 7, segundo as categorias do MEEM, se o idoso possuía ou não declínio cognitivo, foi realizada a distribuição da média, sendo que a pontuação média nas AIVDs para os idosos com DC foi de 14,4 e no MEEM de 12,7 pontos. Já para os participantes que não apresentaram declínio cognitivo, por intermédio do MEEM, a pontuação média obtida pelos idosos foi de 24,8 pontos, nas AIVDs de 16 pontos, no teste do relógio de 6,3 pontos.

Tabela 7: Distribuição da média, desvio padrão do MEEM, escolaridade, desempenho nas ABVDs, AIVD, EDG e teste do relógio, segundo categorias do MEEM dos Idosos do HE (ter ou não declínio cognitivo). São Carlos/SP, 2014.

Avaliação do idoso	MEEM	ESCOL.	ABVD	AIVD	EDG	T. RELÓG
Tem declínio cognitivo	Média(DP)	Média(DP)	Média(DP)	Média (DP)	Média(DP)	Média(DP)
Sim	12,7(9,7)	4,7(3,5)	3,7(2,6)	14,4(6,4)	4,7(3,7)	2,9(2,9)
Não	24,8(3)	3,63(2,8)	5,5 (1,4)	19(3,8)	5(4,1)	6,3(4,2)
Teste t (p-valor)	0,000	0,237	0,009	0,005	0,778	0,001

X² Teste do Quic Quadrado.

5.1.3 Perfil 3 – Idosos usuários da Unidade Saúde Escola

Na Tabela 8 observam-se as características sociodemográficas e de saúde dos idosos usuários da Unidade Saúde Escola.

Neste local foram entrevistados 50 idosos, sendo do sexo feminino 34 (68%) e do sexo masculino 16 (32%). Os resultados mostram que 32% deles tinham 80 anos ou mais de idade, com média de idade de 75,1 anos (\pm 9,2), sendo que os homens apresentaram idade média superior a das mulheres (75 anos para 75,4 anos). Quanto ao estado civil dos idosos, a maioria foi representada por casados (42%) e viúvos (42%), com significância estatística ($p=0,009$) quando comparado ao sexo, sendo que maior proporção de mulheres idosas na situação viúva e homens idosos na situação de casados (Tabela 8).

A renda média individual foi de R\$1.851,00, sendo que os homens apresentaram maior rendimento financeiro, totalizando R\$3.479,60 e para as mulheres foi de R\$ 1.139,82 dados não apresentados na Tabela 8.

Quanto à prevalência de doenças crônicas destacou-se a Hipertensão

5 Resultados

Arterial como a primeira (41,5%), seguida pelo Diabetes *Mellitus* (26,4%).

Observa-se ainda na Tabela 8 os dados sobre os hábitos de vida do idoso, sendo que no item fumar, a maioria referiu não fumar (57,1%), e no item “prática de atividade física”, a maioria refere realizar (59,2%), achados estatisticamente significantes ($p=0,005$).

Tabela 8: Distribuição dos 50 idosos usuários Unidade Saúde Escola segundo faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade e doenças relacionados ao fator sexo do idoso. São Carlos/SP, 2014.

Perfil dos idosos	Média(DP)	Masculino		Feminino		Total		p-valor
		N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	
Faixa etária		75,4(7,5)		75(10,1)		75,1(9,2)		0,228*
60 – 64		1	6,2	5	14,7	6	12	0,886**
65 – 69		3	18,8	5	14,7	8	16	
70 – 74		4	25	9	26,5	13	26	
75 – 79		3	18,8	4	11,8	7	14	
80 anos ou mais		5	31,2	11	32,4	16	32	
Total		16	100	34	100	50	100	
Estado civil								
Solteiro		0	0	4	11,8	4	8	0,009**
Casado		12	75	9	26,5	21	42	
Viúvo		4	25	17	50	21	42	
Separado		0	0	4	11,8	4	8	
Escolaridade		7,8(6,2)		4,1(3,9)		5,3(5,1)		0,006*
Analfabeto		0	0	8	23,5	8	16	0,137**
1 a 4 anos		10	62,5	18	52,9	28	56	
5 a 8 anos		1	6,2	3	8,8	4	8	
9 anos ou mais de escolaridade		5	31,2	5	14,7	10	20	
Doenças								
Dislipidemia		0	0	1	2,9	1	2,9	0,694**
HAS		8	53,3	17	50	25	51	0,538**
Diabetes		3	20	9	26	12	24,5	0,460**
Cardiopatía		8	53,3	3	8,8	11	22,4	0,001**
Osteoporose		0	0	3	8,8	3	6,1	0,325**
Artrite/Artrose		0	0	8	23,5	8	16,3	0,040**
Outras		8	53,3	22	64,7	30	61,2	0,329**
Fuma								
Sim		0	0	2	6,1	2	4,1	0,570**
Não		9	56,2	19	57,6	28	57,1	
Ativ. Física								
Sim		14	87,5	15	45,5	29	59,2	0,005**

5 Resultados

Não	2	12,5	18	54,5	20	40,8
Total	16	32	34	68	50	100

Cálculo sobre n idosos = 50.

* Teste t de student.

** χ^2 Teste do Quic Quadrado.

Quanto ao desempenho nas atividades de vida diária, verifica-se na Tabela 9 que a maioria dos idosos eram independente para ABVDs (58%) e 40% para AIVDs, com dados estatisticamente significantes para ABVDs ($p=0,000$) e AIVDs ($p=0,001$) quando comparado ao sexo dos idosos revelando os homens estarem em maior proporção na situação de independência do que as mulheres idosas.

Na avaliação do humor, 36% dos idosos avaliados apresentaram sintomas depressivos, sendo mais expressivo nas mulheres (41,2%), com significância estatística ($p=0,007$). Além disso, após a aplicação do MEEM, pode-se concluir que 48% dos idosos avaliados apresentaram declínio cognitivo, a média foi de 19 pontos, sendo para as mulheres um pior desempenho (16,2 pontos) se comparado aos homens (24,9 pontos), dados estatisticamente significantes ($p=0,000$) (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição dos 50 idosos usuários Unidade Saúde Escola segundo desempenho nas AVDs, suspeita de depressão e desempenho cognitivo relacionados ao fator sexo do idoso. São Carlos/SP, 2014.

Perfil dos idosos	Masculino		Feminino		Total		p-valor
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	
ABVDs	5,8(0,4)		3,94(2,5)		4,5(2,3)		0,000*
Independente	13	81,2	16	47,1	29	58	0,020**
Semi-dependente	3	18,8	6	17,6	9	18	
Dependente	0	0	12	35,3	12	24	
AIVDs	18(4,8)		15,21(6,3)		16,1(6)		0,001*
Independente	9	56,2	11	32,4	20	40	0,122**
Semi-dependente	6	37,5	13	38,2	19	38	
Dependente	1	6,2	10	29,4	11	22	
Sintomas Depressivos	3,7(2,2)		4,24(3,5)		4,1(3,1)		0,007*
Sim	4	25	14	41,2	18	36	0,215**
Não	12	75	20	58,8	32	64	
MEEM – Declínio	24,9(4,1)		16,2(11,7)		19(10,6)		0,000*
Sim	5	31,2	19	55,9	24	48	0,092**
Não	11	68,8	15	44,1	26	52	

Cálculo sobre n idosos = 50.

* Teste t de student.

** χ^2 Teste do Quic Quadrado.

5 Resultados

Na Tabela 10, segundo as categorias do MEEM, se o idoso possui ou não declínio cognitivo, foi realizada a distribuição da média, no qual a maioria dos idosos não apresentou declínio cognitivo, nas AIVD a média dos que apresentaram declínio cognitivo foi de 11,5, do MEEM 11, dos participantes que não apresentaram declínio cognitivo no MEEM foi de 26,4, do AIVD 20,9 e no teste do relógio 7,3.

Tabela 10: Distribuição da média, desvio padrão do MEEM, escolaridade, desempenho nas ABVDs, AIVD, EDG e teste do relógio, segundo categorias do MEEM dos Idosos da USE (ter ou não declínio cognitivo). São Carlos/SP, 2014.

Avaliação do idoso	MEEM	ESCOL.	ABVD	AIVD	EDG	T. RELÓG
Tem declínio cognitivo	Média(DP)	Média(DP)	Média(DP)	Média (DP)	Média(DP)	Média(DP)
Sim	11(10,1)	3,4(3,6)	3,1(2,6)	11,5(5,7)	3,4(3,2)	2,5(3)
Não	26,4(3)	7(5,6)	5,8(0,368)	20,9(1,1)	4,7(3)	7,3(3,7)
Test t (p-valor)	0,000	0,010	0,000	0,000	0,128	0,000

5.1.4 Comparação dos Idosos atendidos nas três modalidades de atendimento (ILPI, Hospital e Ambulatório)

Na Tabela 11 estão apresentadas as principais diferenças relacionadas ao sexo, perfil de saúde, capacidade funcional, humor e cognição. Os dados mais evidentes indicam que na ILPI e no Hospital Escola a amostra é representada principalmente por homens (54,1% e 50,1%), comparados a USE, que em sua maioria está representada por mulheres (68%). Além disso, destaca-se a pequena proporção de idosos fumantes (4%) e grande proporção de idosos que praticam atividade física (59,2%) na USE, mostrando um perfil de idosos com características mais saudáveis comparados aos do HE e da ILPI. Em relação ao desempenho para ABVDs, destaca-se que no HE e na USE a maioria dos idosos era independente com 58,5% e 58% respectivamente, se comparado ao percentual de idosos dependentes na ILPI 62,2%. O mesmo perfil foi identificado para o desempenho das AIVDs, em que os idosos da ILPI, foram mais comprometidos (51,4%). Somado a este aspecto, destaca-se a totalidade de idosos com declínio cognitivo.

5 Resultados

Tabela 11: Distribuição das principais diferenças dos 140 Idosos nas três modalidades de atendimento relacionadas ao sexo, perfil de saúde, capacidade funcional, humor e cognição. São Carlos/SP, 2014.

Perfil dos Idosos	ILPI		HE		USE	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
Sexo						
Feminino	17	45,9	26	49,9	34	68
Masculino	20	54,1	27	50,1	16	32
Doenças						
HAS	12	32,4	22	41,5	25	51
DM	07	18,9	14	26,4	12	24,5
Fuma						
Sim	06	16,7	12	22,6	02	4,1
Não	24	66,7	32	60,4	28	57,1
Atividade Física						
Sim	05	13,5	20	37,7	29	59,2
Não	32	86,5	33	62,3	20	40,8
ABVDs – Katz						
Independente	6	16,2	31	58,5	29	58
Semi-dependente	8	21,6	09	17	09	18
Dependente	23	62,2	13	24,5	12	24
AIVDs – Lawton						
Independente	0	0	23	43,4	20	40
Semi-dependente	18	48,6	18	34	19	38
Dependente	19	51,4	12	22,6	11	22
Sintomas Depressivos						
Sim	11	29,7	22	41,5	18	36
Não	26	70,3	31	58,5	32	64
MEEM – Declínio						
Sim	37	100	33	62,3	24	48
Não	0	0	20	37,7	26	52
Total	37	100	53	100	50	100

Na Tabela 12 observam-se os dados descritos dos respondentes, segundo as diferentes modalidades de atendimento. Observa-se idosos mais longevos (75,1 anos), melhor escolaridade (5,3 anos), menor comprometimento cognitivo (5,3 pontos no MEEM; 5,1 pontos no Teste Relógio), menor comprometimento da capacidade funcional (16,1 – Lawton; 4,5 – Katz), comparados aos idosos da ILPI e do Hospital.

5 Resultados

Tabela 12: Distribuição das médias, desvio padrão, mínimo e máximo dos valores de Idade, Escolaridade, Teste do Relógio, MEEM, Lawton, Katz, EDG, entre Idosos nas diferentes modalidades de atendimento. São Carlos/SP, 2014.

Médias (desvio padrão) / Perfil do Idoso	ILPI			HE			USE		
	M (dp)	Mín	Máx	M (dp)	Min	Máx	M (dp)	Min	Máx
Idade	74,4(9,8)	60	95	70,8(8,1)	60	86	75,1(9,2)	61	96
Escolaridade	1,2(1,7)	0	4	4,3(3,3)	0	14	5,3(5,1)	0	20
Teste Relógio	1,6(1,7)	1	9	4,9	0	10	5,1	1	10
Decl.Cognitivo	6,6(7,7)	0	22	17,3(9,8)	0	30	19(10,6)	0	30
AIVDs	10(4,1)	7	19	16,1(5,8)	7	21	16,1(6)	7	21
ABVDs	2,4(2,2)	0	6	4,4(2,4)	0	6	4,5(2,3)	0	6
Sint. Depressivos	4,5(3,5)	0	11	4,8(3,8)	0	15	4,1(3,1)	0	11

Na Tabela 13 observa-se a frequência e percentual de idosos com DC, segundo as modalidades de atendimento. Verifica-se ainda na Tabela 13 que há uma associação entre o local de permanência do idoso e a prevalência de declínio cognitivo, sendo 100 % na ILPI, 62,3 % no Hospital e 48,0 % no ambulatório ($\chi^2 = 26,29$, $p < 0,001$).

Tabela 13: Distribuição dos 140 Idosos segundo as três modalidades de atendimento (ILPI, Hospital e Ambulatório) relacionado ao fator ter ou não ter declínio cognitivo. São Carlos/SP, 2014.

Presença de <i>declínio</i> cognitivo	SIM		NÃO		Total	
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)
ILPI	37	100	0	0	37	26,4
HOSPITAL	33	62,3	20	37,7	53	37,9
AMBULATÓRIO	24	48	26	52	50	35,7
TOTAL	94	67,1	46	32,9	140	100

Pearson $\chi^2 = 26,983$, $p < 0,001$

Na Tabela 14, observa-se as diferenças da capacidade funcional nas três modalidades de atendimento ao idoso, em que se ressalta que não foram encontrados valores estatisticamente significantes.

5 Resultados

Tabela 14: Distribuição das médias e p-valor segundo as três modalidades de atendimento (ILPI, Hospital e Ambulatório) relacionado ao desempenho nas ABVDs e nas AIVDs de Idosos. São Carlos/SP, 2014.

Presença de <i>declínio</i> cognitivo	ABVDs		AIVDs	
	Média	p-valor	Média	p-valor
ILPI	2,35	0,366	9,97	0,663
HOSPITAL	4,42	0,328	16,15	0,804
AMBULATÓRIO	4,54	0,328	16,10	0,849

A análise de regressão logística múltipla, tendo como desfecho a presença ou não de declínio cognitivo e como preditor preferencial a instituição, ajustando-se para sexo, idade, presença ou não de indicativo de depressão e número de morbidades indicou que apenas a idade foi o preditor de declínio cognitivo. De fato, ajustando-se para as demais variáveis, as chances de prevalência de declínio cognitivo aumentam 8,7 % para cada ano de vida a mais. As chances de prevalência para ILPI não puderam ser calculadas já que todos os idosos apresentaram declínio cognitivo. Esta variável também não foi estatisticamente significativa, indicando que, ajustando-se para sexo, idade, depressão e número de morbidades, não há diferenças deste desfecho entre as instituições estudadas.

5.2. Características sociodemográficas e de saúde dos Cuidadores

Neste item serão apresentados os dados sociodemográficos e o perfil de saúde dos cuidadores nas três modalidades de atendimento, sendo que o primeiro perfil descrevem-se os resultados referentes aos cuidadores formais que trabalham na ILPI e o segundo perfil refere-se aos cuidadores familiares que acompanhavam os idosos usuários da unidade hospitalar. Já o terceiro perfil refere-se aos cuidadores informais que acompanhavam os idosos da unidade saúde-escola (regime ambulatorial), e por fim serão apresentadas as maiores diferenças entre os perfis de forma resumida.

5.2.1 Perfil 1 – Cuidadores formais servidores na ILPI

Na Tabela 15, observam-se as características sociodemográficas dos cuidadores, segundo o sexo dos respondentes. Foram entrevistados 15 cuidadores

5 Resultados

formais, representados pela equipe de enfermagem, por um fisioterapeuta e uma assistente social, sendo 13 do sexo feminino (86,7%) e 02 do sexo masculino (13,3%). A idade média dos cuidadores foi de 36,7 ($\pm 8,5$) anos, sendo que as mulheres apresentaram idade média superior à dos homens (37,5; $\pm 8,7$; 31; $\pm 4,2$) respectivamente.

No item “ter companheiro” foram inseridos aqueles cuidadores casados e amasiados, ou seja, que tinham e moravam com um companheiro. Os enquadrados na resposta “sem companheiro”, foram considerados os solteiros, viúvos, separados e divorciados, os quais não tinham companheiro e/ou não moravam com o companheiro. A maioria das cuidadoras referiu ter companheiro (61,5%) e entre os homens cuidadores, 100% respondeu não ter companheira, com significância estatística ($p=0,004$) (Tabela 15).

Em relação à escolaridade, 100% dos cuidadores estudaram mais de nove anos, representados pela média de 13,7($\pm 2,9$) anos, sendo os homens com média superior 15($\pm 2,8$) anos quando comparados às cuidadoras mulheres 13,4($\pm 4,1$) anos, com significância estatística ($p=0,014$) (Tabela 15).

Ainda na Tabela 15, verifica-se segundo o relato da remuneração e de horas diárias trabalhadas durante a semana do cuidador, uma importante diferença entre os homens e as mulheres, já que os homens relataram melhores salários média de (R\$ 1.600,00) que as mulheres média de (R\$1.269,90) e uma carga horária diária de trabalho dos homens inferior a das mulheres, com valores médias de 5,5 h e 7,5 h, respectivamente.

Quanto ao suporte social que os cuidadores utilizam para minimizar o fardo do trabalho, apenas a religiosidade foi citada pela maioria das cuidadoras (76,9%). Em contrapartida, os homens não citaram nenhuma forma de apoio ou suporte social (Tabela 15).

Tabela 15: Distribuição dos 15 cuidadores formais da ILPI, segundo faixa etária, estado civil, escolaridade, remuneração, horas semanais trabalhadas, conhecimento sobre o cuidar e suporte social relacionado ao sexo do cuidador. São Carlos/SP, 2014.

Perfil dos cuidadores	Feminino		Masculino		Total		p-valor
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	
Faixa etária M(DP)	37,5(8,7)		31(4,2)		36,7(8,5)		0,082*

5 Resultados

49 anos ou menos	11	84,6	2	100	13	86,7	
50 anos ou mais	2	15,4	0	0	2	13,3	
Tem companheiro?							0,004**
Sim	8	61,5	0	0	8	53,3	
Não	5	38,5	2	100	7	46,7	
Escolaridade M(DP)	13,5(3,1)		15(2,8)		13,7(2,9)		0,014*
09 anos ou mais	13	100	2	100	15	100	
Remuneração M(DP)	1269,9(390)		1600		1313,9(380)		0,105*
Horas semanais M(DP)	7,5(2,7)		5,5(0,71)		7,3(2,6)		0,077*
Conhecimento cuidar							
Sim	13	100	2	100	15	100	
Suporte social (sim)							
Instituição Religiosa	10	76,9	0	0	10	66,7	0,095**
Grupo apoio (saúde)	1	7,7	0	0	1	6,7	0,867**

M(DP) = Média (Desvio Padrão)

Cálculo sobre n cuidadores = 15, n feminino = 13 (86,7%), n masculino = 02 (13,3%).

* Teste t de student

** χ^2 .

Quanto aos aspectos relacionados à saúde dos cuidadores foram elencadas as doenças autorreferidas, sendo relatada a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) por uma cuidadora. Além disso, problemas na coluna foi relatado por um cuidador do sexo masculino e 5 do sexo feminino (38,5%), as demais doenças (dislipidemia, Diabetes, cardiopatia, osteoporose, artrite/artrose, outras) não foram relatadas.

O desconforto emocional foi avaliado pelo SRQ 20 e encontra-se descrito na Tabela 16. Os dados revelam que a questão referente à “dormir mal” foi a mais frequente (53,3%), seguida das questões “sentir-se tenso(a), nervoso(a) ou preocupado(a)” (40%) e “sentir-se cansado(a), com percentual de 40% para ambas. Ressalva-se que um cuidador relatou “ter tido ideia de acabar com a própria vida” (6,7%), o que torna evidente a atenção psicológica urgente a esse indivíduo.

Tabela 16: Distribuição das respostas do SRQ 20 respondido pelos cuidadores da ILPI Cantinho Fraternal. São Carlos/SP, 2014.

Questões Escala Desconforto Emocional	Não (0)	Sim (1)
	n(%)	n(%)
Tem dores de cabeça frequentes?	12(80)	3(20)
Tem falta de apetite?	12(80)	3(20)

5 Resultados

<u>Dorme mal?</u>	<u>7(46,7)</u>	<u>8(53,3)</u>
Assusta-se com facilidade?	12(80)	3(20)
Tem tremores nas mãos?	13(86,7)	2(13,3)
<u>Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?</u>	<u>9(60)</u>	<u>6(40)</u>
Tem má digestão?	12(80)	3(20)
Tem dificuldade de pensar com clareza?	12(80)	3(20)
Tem se sentido triste ultimamente?	12(80)	3(20)
Tem chorado mais do que de costume?	11(73,3)	4(26,7)
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas AVDs?	12(80)	3(20)
Tem dificuldades para tomar decisões?	13(86,7)	2(13,3)
Tem dificuldades no serviço (trabalho é penoso, causa sofrimento)	10(66,7)	5(33,3)
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	14(93,3)	1(6,7)
Tem perdido o interesse pelas coisas?	13(86,7)	2(13,3)
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	14(93,3)	1(6,7)
Tem tido a idéia de acabar com a vida?	14(93,3)	1(6,7)
<u>Sente-se cansado(a) o tempo todo?</u>	<u>9(60)</u>	<u>6(40)</u>
Tem sensações desagradáveis no estômago?	11(73,3)	4(26,7)
Você se cansa com facilidade?	11(73,3)	4(26,7)

Na Tabela 17, estão descritos os escores médios referentes à idade, remuneração, anos de escolaridade, horas diárias e SRQ 20, segundo o desconforto emocional, avaliado pelo SRQ 20, com nota de corte de 7/8 para diagnosticar o problema. De acordo com a Tabela 17, pode-se notar que os fatores: ter mais idade, receber melhor salário, ter mais anos de escolaridade e ter menos horas de trabalho diário durante a semana foram representados no fato de ter desconforto emocional. Nota-se, também que apenas 26,7% dos cuidadores foram diagnosticados com desconforto emocional quando aplicado a nota de corte.

Tabela 17: Distribuição das médias da idade, remuneração, escolaridade, horas semanais trabalhadas e SRQ valor bruto dos cuidadores da ILPI Cantinho Fraternal, relacionado ao diagnóstico de desconforto emocional. São Carlos/SP, 2014.

Dados do cuidador	Sem desconforto emocional	Com desconforto emocional	P valor
Idade do sujeito	36,2(7,5)	38(12)	0,098
Remuneração	R\$1.290(281)	R\$ 1.379(633)	0,108
Escolaridade	13,3(1,6)	15,8(5,6)	0,226

5 Resultados

Horas semanais	7,5(2,9)	6,8(1,5)	0,124
SRQ valor bruto	2,55(2,3)	9,75(1,3)	0,000
N de cuidadores n(%)	11(73,3%)	4(26,7%)	

Teste T de Student.

A sobrecarga dos cuidadores foi avaliada pela última questão da *Burden Interview Scale*, “Quanto o Sr(Sra) se sente sobrecarregado”. A escala tem 4 níveis de respostas: nunca (0), raramente (1), algumas vezes (2), frequentemente (3), sempre (4), sendo que nessa última questão as respostas são: nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (2), muito (3), extremamente (4). Quanto maior o número da resposta, maior a pontuação para a sobrecarga. Nesse contexto, os cuidadores entrevistados relataram, com maior frequência, sentir-se “um pouco sobrecarregado” (40%) e “moderadamente sobrecarregados” (26,7%).

Na Tabela 18 observa-se a frequência e porcentagem de atividades que os cuidadores exercem relativas às AVDs dos idosos. Pode-se notar que apenas a atividade física é pouco estimulada no contexto da ILPI, em que 33,3% dos cuidadores exercem com o idoso essa atividade. As demais atividades, principalmente no que se refere às ABVDs (higiene, eliminações, alimentação, medicação, sono/repouso) apenas 2 cuidadores referiram não exercerem essas atividades para o idoso, possivelmente, por terem na amostra 2 profissionais que não eram da equipe de enfermagem, representados por um fisioterapeuta e por uma assistente social.

Tabela 18: Distribuição das respostas dos cuidadores segundo as atividades que exercem relativas às AVDs do idoso. São Carlos/SP, 2014.

Atividades que os cuidadores exercem	Sim (%)	Não (%)
Higiene corporal	13(86,7)	2(13,3)
Higiene oral	13(86,7)	2(13,3)
Eliminações	13(86,7)	2(13,3)
Cuidado com a pele	14(93,3)	1(6,7)
Alimentação	13(86,7)	2(13,3)
Medicação	13(86,7)	2(13,3)
Sono/repouso	13(86,7)	2(13,3)
Atividade física	5(33,3)	<u>10(66,7)</u>
Lazer	12(80)	3(20)

5 Resultados

5.2.2 Perfil 2 – Cuidadores familiares dos Idosos usuários do Hospital Escola e da Unidade Saúde Escola

Na Tabela 19 observam-se as características sociodemográficas dos cuidadores informais, segundo o sexo dos respondentes. Foram entrevistados 35 cuidadores informais familiares. Optou-se, nesse capítulo, por somar os grupos de cuidadores informais dos idosos atendidos no Hospital, com os cuidadores informais dos idosos atendidos na Unidade Saúde Escola, por não ter encontrado grandes diferenças entre os grupos nas avaliações. Dos 35 cuidadores avaliados, 30 deles eram do sexo feminino (85,7%) e 05 do sexo masculino (14,3%). A idade média dos cuidadores foi de 55,2 ($\pm 15,4$) anos, sendo que os cuidadores homens apresentaram idade média superior as das cuidadoras mulheres (61,8 $\pm 11,8$) e (54,1 $\pm 15,9$) anos, respectivamente.

No item “ter companheiro” foram inseridos os cuidadores casados e amasiados, ou seja, que tinham e moravam com um companheiro. Os respondentes enquadrados na categoria “sem companheiro”, foram considerados os solteiros, viúvos, separados e divorciados. A maioria dos cuidadores referiu ter companheiro (71,4%), tanto para os homens quanto para as mulheres (Tabela 19).

Ainda na Tabela 19, referente à escolaridade, a maioria dos cuidadores estudaram de 1 a 4 anos (42,9%), seguidos pelos que estudaram mais de nove anos (40%), representados pela média de 7,1($\pm 3,9$) anos, sendo que as mulheres apresentaram escolaridade média superior 7,2 ($\pm 4,0$) anos, quando comparadas aos homens 6,6 ($\pm 4,2$) anos. Os dados sobre a remuneração não foram apresentados pelo fato de apenas 9 cuidadores terem informado o valor da remuneração individual, os demais não responderam.

Quanto às horas diárias trabalhadas durante a semana, houve uma importante diferença entre homens e mulheres, em que as mulheres relataram maior carga horária de trabalho (média de 19,1h diárias), e os homens referiram carga horária inferior (média de 11h de cuidado diário). Cabe destacar que as mulheres exerciam o papel de cuidadora do idoso por mais tempo do que os homens (6,9 anos) e (3,8 anos) respectivamente, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,032$) (Tabela 19).

A maioria dos cuidadores referiu residir com o idoso (80%), e quanto ao suporte social, apenas a religiosidade e grupos de apoio foram citados pelos cuidadores, porém não foi um resultado muito expressivo (22,9% e 11,4%,

5 Resultados

respectivamente) (Tabela 19).

Tabela 19: Distribuição dos 35 cuidadores informais de idosos atendidos no HE e na USE, segundo faixa etária, estado civil, escolaridade, remuneração, horas semanais trabalhadas, conhecimento sobre o cuidar e suporte social relacionado ao sexo do cuidador. São Carlos/SP, 2014.

Perfil dos cuidadores	Masculino		Feminino		Total		p-valor
	N°	(%)	N°	(%)	N°	(%)	
Faixa etária M(DP)	61,8(11,8)		54,1(15,9)		55,2(15,4)		0,473*
49 anos ou menos	0	0	9	30	9	25,7	0,203**
50 anos ou mais	5	100	21	70	26	74,3	
Tem companheiro?							0,553**
Sim	4	80	21	70	25	71,4	
Não	1	20	9	30	10	28,6	
Escolaridade M(DP)	6,6(4,2)		7,2(4,0)		7,1(3,9)		0,508*
1 a 4 anos	2	40%	13	43,3	15	42,9	0,305**
5 a 8 anos	2	40%	4	13,3	6	17,1	
09 anos ou mais	1	20	13	43,3	14	40	
Tempo cuidador M(DP)	3,8(1,6)		6,9(4,2)		6,5(4,8)		0,032*
Horas semanais M(DP)	11(6,1)		19,1(7,2)		16,8(6,9)		0,001*
Conhecimento cuidar							0,681**
Sim	4	80	27	90	31	88,6	
Vive com idoso?							0,130**
Sim	5	100	23	76,2	28	80	
Não	0	0	7	23,8	7	20	
Suporte social (sim)							
Instituição Religiosa	1	20	7	23,3	8	22,9	0,681**
Grupo apoio (saúde)	1	20	3	10	4	11,4	0,477**
Total	5	14,3	30	85,7	35	100	

M(DP) = Média (Desvio Padrão)

Cálculo sobre n cuidadores = 35.

* Teste t de student

** χ^2 .

Quanto aos aspectos relacionados à saúde dos cuidadores foram autorreferidas pelos respondentes a HAS (40%) e lombalgia (28,6%). As demais (dislipidemia, diabetes, cardiopatia, osteoporose, artrite/artrose, outras) foram pouco relatadas.

O desconforto emocional dos cuidadores informais foi avaliado pelo SRQ 20, descrito na Tabela 20. Os dados revelam que a questão “sentir-se tenso(a),

5 Resultados

nervoso(a) ou preocupado(a)” foi a mais frequentemente (n=28; 80%), seguida das questões “sentir-se triste ultimamente” (n=22; 62,9%) e “dormir mal” (n=21; 60%). Ressalva-se que um cuidador relatou “ter tido ideia de acabar com a própria vida”, que também foi encontrado no relato da ILPI, o que torna evidente a atenção psicológica urgente a esse indivíduo.

Tabela 20: Distribuição das respostas do SRQ 20 respondido pelos cuidadores informais de idosos atendidos no Hospital e na USE. São Carlos/SP, 2014.

Questões Escala Desconforto Emocional	Não (0) n(%)	Sim (1) n(%)
Tem dores de cabeça freqüentes?	17(48,6)	18(51,4)
Tem falta de apetite?	29(82,9)	6(17,1)
<u>Dorme mal?</u>	<u>14(40)</u>	<u>21(60)</u>
Assusta-se com facilidade?	24(68,6)	11(31,4)
Tem tremores nas mãos?	29(82,9)	6(17,1)
<u>Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?</u>	<u>7(20)</u>	<u>28(80)</u>
Tem má digestão?	21(60)	14(40)
Tem dificuldade de pensar com clareza?	23(6,7)	12(34,3)
<u>Tem se sentido triste ultimamente?</u>	13(37,1)	<u>22(62,9)</u>
Tem chorado mais do que de costume?	21(60)	14(40)
Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas AVDs?	22(62,9)	13(37,1)
Tem dificuldades para tomar decisões?	22(62,9)	13(37,1)
Tem dificuldades no serviço (trabalho é penoso, causa sofrimento)	30(85,7)	5(14,3)
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	31(88,6)	4(11,4)
Tem perdido o interesse pelas coisas?	26(74,3)	9(25,7)
Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	33(94,3)	2(5,7)
Tem tido a idéia de acabar com a vida?	34(97,1)	1(2,9)
<u>Sente-se cansado(a) o tempo todo?</u>	19(54,3)	16(45,7)
Tem sensações desagradáveis no estômago?	21(60)	14(40)
Você se cansa com facilidade?	21(60)	14(40)

Na Tabela 21 estão descritos os escores médios referentes à idade, remuneração, anos de escolaridade, horas diárias e SRQ 20, segundo o desconforto emocional, avaliado pelo SRQ 20, com nota de corte de 7/8 para diagnosticar o problema. De acordo com a Tabela 21, pode-se notar que os fatores, ter mais idade, mais anos de escolaridade, maior IMC, mais horas de trabalho diário durante a

5 Resultados

semana, ser cuidador a mais tempo e apresentar maior pontuação na sobrecarga, representaram os cuidadores com desconforto emocional. Nota-se, também que apenas 45,7% dos cuidadores foram diagnosticados com desconforto emocional quando aplicada a nota de corte. Vale ressaltar que apenas o fato de ter maior pontuação na sobrecarga foi estatisticamente significativo comparando os cuidadores com ou sem desconforto emocional ($p < 0,05$).

Tabela 21: Distribuição das médias e desvio padrão da idade, remuneração, escolaridade, IMC, horas diárias trabalhadas durante a semana e SRQ valor bruto dos cuidadores informais de idosos atendidos no Hospital e na USE relacionado ao diagnóstico de desconforto emocional. São Carlos/SP, 2014.

Dados do cuidador	Sem desconforto emocional	Com desconforto emocional
Idade do sujeito (p=0,617)	56,4 ($\pm 15,4$)	53,8 ($\pm 15,8$)
Escolaridade (p=0,757)	7 (± 4)	7,4 ($\pm 4,1$)
IMC (p=0,182)	27,7 ($\pm 5,3$)	30,4 ($\pm 6,1$)
Horas semanais (p=0,480)	19 ($\pm 7,6$)	20,7 ($\pm 6,1$)
Tempo de cuidado (p=0,609)	6,1 ($\pm 4,8$)	7 ($\pm 5,1$)
Sobrecarga (Zarit) (p<0,05)	25,4 ($\pm 13,2$)	37,3 ($\pm 13,1$)
N de cuidadores n(%)	19 (54,3%)	16 (45,7%)

Teste t de student.

Na Tabela 22 observa-se a frequência e percentual de resposta dos itens da Escala de Sobrecarga de Zarit.. Cabe reiterar que a escala tem 5 níveis de respostas: nunca (0), raramente (1), algumas vezes (2), frequentemente (3), sempre (4), sendo que na última questão as respostas são: nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (2), muito (3), extremamente (4). Quanto maior o número da resposta maior a pontuação para a sobrecarga.

Quando se analisam as respostas enquadradas na categoria “nunca”, percebe-se maior frequência de respostas para as perguntas: “O Sr/Sra se sente envergonhado(a) o comportamento do idoso?” (n=30; 85,7%), “O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa do idoso?” (n=22; 62,9%), “O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?” (n=28; 80%) “ e O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa

5 Resultados

cuidasse de S?” (n=26; 74,3%) (Tabela 22).

Já nas situações em que a categoria de respostas foi “sempre” às questões que apresentaram maior prevalência dessas respostas foram: “O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele(a), como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?” (n=21; 60%), “O Sr./Sra sente que S pede mais ajuda do que ele necessita?” (n=14; 40%), “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?” (n=13; 37,1%), “O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?”, “O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?” (n=10; 28,6%) (Tabela 22).

Quanto a questão da dependência do idoso, na questão: “O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?” as respostas “frequentemente” (n=9; 25,7%) e “algumas vezes” (n=21; 60%), respectivamente, apresentaram maior frequência na amostra. Em relação à última questão, em que se fala “de uma maneira geral, quanto se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S*”, a maioria dos cuidadores respondeu “um pouco” (11; 31,4%), seguido pela resposta “muito”(9; 25,7%) (Tabela 22).

Tabela 22: Distribuição das respostas da Escala de Sobrecarga de Zarit cuidadores informais de idosos atendidos no Hospital Escola e na USE. São Carlos/SP, 2014.

Questões da Escala de Sobrecarga	0 n(%)	1 n(%)	2 n(%)	3 n(%)	4 n(%)
1) O Sr/Sra sente que S pede mais ajuda do que ele(a) necessita?	12(34,3)	3(8,6)	5(14,3)	1(2,9)	<u>14(40)</u>
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?	8(22,9)	3(8,6)	10(28,6)	1(2,9)	<u>13(37,1)</u>
3) O Sr/Sra se sente estressado(a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	13(37,1)	4(11,4)	3(8,6)	5(14,3)	<u>10(28,6)</u>
4) O Sr/Sra se sente envergonhado(a) com o comportamento de S?	<u>30(85,7)</u>	2(5,7)	3(8,6)	-	-
5) O Sr/Sra se sente irritado quando S está por perto?	25(71,4)	4(11,4)	3(8,6)	3(8,6)	-
6) O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	<u>28(80)</u>	3(8,6)	1(2,9)	3(8,6)	-
7) O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?	12(34,3)	1(2,9)	8(22,9)	2(5,7)	<u>12(34,3)</u>
8) O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?	1(2,9)	4(11,4)	<u>9(25,7)</u>	<u>21(60)</u>	-
9) O Sr/Sra se sente tenso(a) quando S está por perto?	23(65,7)	5(14,3)	4(11,4)	1(2,9)	2(5,7)

5 Resultados

10) O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?	20(57,1)	2(5,7)	6(17,1)	2(5,7)	5(14,3)
11) O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?	16(45,7)	4(11,4)	5(14,3)	2(5,7)	8(22,9)
12) O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?	17(48,6)	3(8,6)	4(11,4)	3(8,6)	8(22,9)
13) O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?	<u>22(62,9)</u>	4(11,4)	5(14,3)	4(11,4)	-
14) O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele(a), como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?	6(17,1)	3(8,6)	3(8,6)	2(5,7)	<u>21(60)</u>
15) O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?	17(48,6)	-	5(14,3)	3(8,6)	10(28,6)
16) O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?	20(57,1)	4(11,4)	8(22,9)	1(2,9)	2(5,7)
17) O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?	22(62,9)	5(14,3)	3(8,6)	1(2,9)	4(11,4)
18) O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?	<u>26(74,3)</u>	4(11,4)	2(5,7)	1(2,9)	2(5,7)
19) O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?	21(60)	2(5,7)	9(25,7)	2(5,7)	1(2,9)
20) O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?	15(42,9)	1(2,9)	7(20)	7(20)	5(14,3)
21) O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?	15(42,9)	3(8,6)	2(5,7)	9(25,7)	6(17,1)
22) De uma maneira geral, quanto se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S?*	8(22,9)	<u>11(31,4)</u>	2(5,7)	<u>9(25,7)</u>	5(14,3)

Fonte: Burden Interview (ZARIT e ZARIT, 1987). Tradução e validação para o português (SCAZUFCA, 2002). Respostas correspondem: nunca (0), raramente (1), algumas vezes (2), frequentemente (3), sempre (4);* Neste item as respostas são: nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (2), muito (3), extremamente (4).

Na Tabela 23 observa-se a frequência e porcentagem de atividades que os cuidadores exercem em relação à AVDs dos idosos. Dentre as ações mais realizadas estão o retorno às consultas (97,1%), o auxílio com a medicação (88,6%) e a alimentação (68,6%). Em relação à atividade menos estimulada pelos cuidadores, destaca-se a atividade física em um total de 80%.

Tabela 23: Distribuição das respostas dos cuidadores segundo as atividades que exercem relativas às AVDs do idoso. São Carlos/SP, 2014.

Atividades que os cuidadores exercem	Sim (%)	Não (%)
Higiene corporal	23 (65,7)	12 (34,3)
Higiene oral	21 (60)	14 (40)
Eliminações	19 (54,3)	16 (45,7)
Cuidado com a pele	23 (65,7)	12 (34,3)
Alimentação	<u>24 (68,6)</u>	11 (31,4)

5 Resultados

Medicação	<u>31 (88,6)</u>	4 (11,4)
Sono/repouso	19 (54,3)	16 (45,7)
Atividade física	7 (20)	<u>28 (80)</u>
Lazer	14 (40)	21 (60)
Retorno às consultas	<u>34 (97,1)</u>	1 (2,9)

Na Tabela 24 observam-se as principais diferenças relacionadas ao sexo, presença de companheiro, suporte social, sobrecarga e desconforto emocional. Entre os dados mais evidentes indicam que tanto o grupo composto pelo somatório dos cuidadores familiares de idosos atendidos na USE e no HE, e os cuidadores da ILPI, são em sua maioria do sexo feminino, com percentual de 87,5% e 86,7%, respectivamente. Além disso, ter companheiro, utilizar a religiosidade como suporte, também foram mais relatados tanto pelos cuidadores formais quanto pelos informais. Quanto a sobrecarga, nota-se que ambos, na maioria, se sentem um pouco sobrecarregados, porém os cuidadores informais também relatam muita (25,7%) e extrema (14,3%) sobrecarga. E, por fim o desconforto emocional foi mais relatado pelos cuidadores informais (45,7%) comparados aos formais (26,7%).

Tabela 24: Distribuição das principais diferenças entre Cuidadores Formais e Informais, da ILPI e a somatória de cuidadores da USE e HE. São Carlos/SP, 2014.

Perfil dos cuidadores	ILPI		USE/HE	
	Nº	(%)	Nº	(%)
Sexo				
Feminino	<u>13</u>	86,7	<u>30</u>	85,7
Masculino	02	13,3	05	14,3
Tem companheiro?				
Sim	<u>08</u>	53,3	<u>25</u>	71,4
Não	07	46,7	10	28,6
Suporte social (sim)				
Instituição Religiosa	<u>10</u>	66,7	08	22,9
Grupo apoio (saúde)	01	6,7	<u>04</u>	11,4
Sobrecarga				
Nem um pouco	03	20	08	22,9
Um pouco	<u>06</u>	40	<u>11</u>	31,4
Moderadamente	04	26,7	02	5,7
Muito	02	13,3	<u>09</u>	25,7
Extremamente	0	0	5	14,3
Desconforto Emocional				

5 Resultados

Sim	<u>04</u>	26,7	<u>16</u>	45,7
Não	11	73,3	19	54,3
TOTAL	15	100	35	100

Na Tabela 25 verificam-se as médias de idade, escolaridade, tempo de cuidado, horas diárias de trabalho, desconforto emocional e sobrecarga, segundo a categoria do cuidador formal e informal. Para os cuidadores informais, observa-se idade média mais avançada, menor escolaridade média, maior tempo médio de exercício da função de cuidador, maior número de horas médias diárias de trabalho e maior escore médio no SRQ 20 indicando desconforto emocional. Ressalta-se que para estes cuidadores foi possível aplicar a escala completa de sobrecarga (Zarit), obtendo-se o valor médio de 30,9, o que corresponde a sobrecarga moderada a leve.

Tabela 25: Distribuição das médias de Idade, Escolaridade, Horas diárias de trabalho, Remuneração, Tempo Cuidador, Horas Semanais, Desconforto Emocional entre Cuidadores Formais da ILPI e a somatória de Cuidadores Informais da USE e HE. São Carlos/SP, 2014.

Médias (desvio padrão) / Perfil Cuidador	ILPI			USE/HE		
	M (dp)	Mínimo	Máximo	M (dp)	Mínimo	Máximo
Idade	36,7(8,5)	21	50	55,2(15,4)	19	83
Escolaridade	13,7(2,9)	11	23	7,1(3,9)	1	13
Horas diárias de trabalho	7,3(2,6)	5	12	19,8	6	24
Tempo cuidador	6,2(5,9)	1	18	6,5(4,8)	1	20
Desconforto Emocional	4,5(3,9)	0	11	6,9(3,9)	0	14
Sobrecarga (ZARIT)	-	-	-	30,9(14,3)	5	63

Depois de aplicado o coeficiente de correlação de Pearson, a prevalência de desconforto emocional para cada um dos dois tipos de cuidadores, não se encontrou associação entre o tipo de cuidador ou modalidade de cuidado e a proporção ou prevalência de desconforto emocional ($r = 0,208$, $p = 0,345$). O teste para postos de Mann-Whitney também não detectou uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,40$) entre a média dos postos de sobrecarga para as duas modalidades de cuidado.

5 Resultados

Dessa forma, no capítulo seguinte será realizada a discussão dos resultados levantados, com embasamento na literatura nacional e internacional acerca da temática em questão.

6 Discussão dos Resultados

6 Discussão dos Resultados

Neste tópico, inicia-se a discussão dos resultados referentes ao perfil, capacidade cognitiva e funcional de idosos atendidos em três distintas instituições do município de São Carlos/SP, bem como a avaliação da sobrecarga e desconforto emocional dos cuidadores formais e informais.

6.1 Características sociodemográficas e de saúde do idoso

6.1.1 Perfil 1 – Idosos residentes da ILPI

O envelhecimento é um fenômeno diferencial para homens e mulheres, uma vez que as mulheres apresentam maior longevidade quando comparadas aos homens. Neste estudo a maioria dos idosos institucionalizados eram do sexo masculino (54,1%), o que representa uma divergência com a maioria das pesquisas nacionais, já que há singularidade referente ao sexo feminino (CONVERSO; IARTELLI, 2007; CREUTZBERG; GONÇALVES, 2007; LOPES et al., 2008; PELEGRIN et al., 2008; CASTRO, 2011). O fato de as mulheres viverem mais do que os homens pode ser decorrente de uma situação de mortalidade diferencial por sexo, que prevalece há muito tempo, sendo que desde 1950 as mulheres apresentam maior esperança de vida ao nascer, representando seis anos de vida mais do que os homens (CAMARANO; KANSO, 2010).

Estudos internacionais em ILPIs também descrevem o predomínio do sexo feminino, como o de Rockwood, Abeysundera, Mitnitski (2007), estudo de coorte em Alberta, Canadá (73,4%); Freiheit et al. (2011), estudo de coorte também no Canadá (76,7%); Garrido-Abejar et al. (2012), na Província de Cuenca, Espanha, (55%) e Matusik et al. (2012), na Província de Malapolska, Polônia, (76,7%). Trata-se de uma constatação mundial a feminização da velhice (HEREDIA et al., 2004).

No entanto, pesquisas realizadas em ILPIs de Presidente Prudente (59,1%), Ribeirão Preto (52,8%) e Goiânia (80%) encontraram maior prevalência do sexo masculino entre os idosos institucionalizados, o que corrobora com este estudo (CONVERSO; IARTELLI, 2007; PELEGRIN et al. 2008; ARAÚJO et al., 2010). Esses diferentes achados, descritos na literatura, podem ser reflexo da mudança na dinâmica familiar e da sociedade nos últimos anos (GAUGLER et al., 2007; PERLIN; LEITE; FURINI, 2007) e/ou pode estar evidenciando uma diferenciação no perfil dos institucionalizados nas várias regiões do País.

6 Discussão dos Resultados

No que tange à faixa etária, a média de idade foi de 74,4 anos, com predomínio de idosos na faixa etária de 70 a 79 anos, que são considerados idosos velhos, e as mulheres com a maior média de 78,1 anos. O predomínio desta faixa etária de idosos velhos também ocorreu em estudos nacionais (GRATÃO et al., 2010; GARRIDO–ABEJAR et al., 2012; MATUSIK et al., 2012) e internacionais como de Rockwood, Abeyesundera, Mitnitski (2007) e Freiheit et al. (2011).

Segundo Heredia et al. (2004), a idade em si não é um fator determinante de institucionalização, mas as condições de saúde, como a capacidade funcional relacionada à manutenção ou perda da autonomia e da independência, são fatores relevantes para caracterizar uma institucionalização.

Quanto ao estado civil dos idosos, neste estudo houve predominância de solteiros (67,6%), seguidos dos viúvos. A alta porcentagem de indivíduos solteiros pode indicar a marginalização que existe para com o idoso sem família, além de o próprio idoso preferir, muitas vezes, o isolamento da sociedade, pois acredita ser um incômodo para a família, e algumas vezes por esta considerar o idoso como um incômodo (PELEGRIN et al., 2008a).

Outros estudos realizados em ILIPs brasileiras também encontraram índices significativos de solteiros, com 60,5% (GUEDES; SILVEIRA, 2004), 64,5% (AIRES, M.; PAZ; PEROSA, 2009) e 61% (MENEZES, 2009; MENEZES et al., 2011).

Em geral, famílias brasileiras optam por internar seu idoso em instituições de longa permanência, quando têm esgotado a capacidade familiar de oferecer-lhes os cuidados necessários (CREUTZBERG; GONÇALVES, 2007). E também há a procura destes estabelecimentos pelos próprios idosos que os vêem como última alternativa, ingressando por "vontade própria", influenciados por situações como falecimento do cônjuge, fator econômico, rejeição familiar, necessidade de cuidados em um local que não precisem dispor de muito recurso financeiro e de um lugar onde haja companhia, acolhida e estrutura que lhes proporcione tranquilidade e segurança (ANGELO; BARBOSA; LIMA, 2007; IMAGINÁRIO, 2008; FALEIROS; MORANO, 2009).

Em relação as características de saúde dos idosos, as doenças crônicas mais prevalentes foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (32,4%), seguida pelo Diabetes *Mellitus* (18,9%). Diversos estudos realizados em ILIPs brasileiras têm demonstrado a presença de uma ou mais comorbidades entre os idosos Polaro et al.

6 Discussão dos Resultados

(2012) ao avaliarem o perfil de idosos de ILPIs em Belém, encontraram de 90%; Aires, Paz e Perosa (2009), no Rio Grande do Sul, identificaram 84,9% dos idosos que referiram mais de uma comorbidade e Alencar et al. (2012), em Belo Horizonte, obtiveram o índice de 57,4% de residentes com comorbidades.

Um estudo realizado em uma ILPI do estado de Santa Catarina (CLAUDINO; SCHVEITZER, 2010), corroborou com os achados desta pesquisa, pois revelou que a Hipertensão Arterial (71,3%) e o Diabetes *Mellitus* (59,52%), foram as comorbidades mais frequentes.

Na literatura internacional, encontrou-se um estudo realizado em Portugal por Santos (2012), com o objetivo de analisar os episódios de quedas e os seus fatores de risco em idosos institucionalizados, evidenciou que as comorbidades mais frequentemente encontradas foram as doenças cardiovasculares e as osteoarticulares, com 78,9% e 52,3%, respectivamente.

Quanto à escolaridade, a maior parte dos idosos foi representada por analfabetos (62,2 %). Esses dados estão em consonância com o IBGE, que alega ser o nível de escolaridade no Brasil ainda aquém do desejado, principalmente na região Nordeste, onde a maioria da população está classificada como não alfabetizada (FLECK; CHACHAMOVICK; TRENTINI, 2006).

A escolaridade revelou ter uma forte relação com a cognição desses indivíduos, uma vez que quanto menos escolarizados, pior era o desempenho nos testes de rastreio, como MEEM e o teste do relógio. A mesma tem sido apontada como um fator de risco direto para a taxa de declínio cognitivo medido pelo MEEM (BRUCKI et al., 2003; SCAZUFCA et al., 2009; TALMELLI et al., 2013; GRATÃO et al., 2014).

A avaliação do estado mental neste estudo, utilizando o MEEM (orientação temporal, espacial, registro de palavras, atenção e cálculo, recordação de palavras, linguagem e capacidade construtiva visual), mostrou que 100% dos idosos apresentam alterações cognitivas, com média baixa no MEEM (4,43 pontos) para idosos analfabetos, e para os que frequentaram a escola até 4 anos, uma média superior (10,2 pontos).

Estudos nacionais realizados em ILPIs, revelaram que o declínio cognitivo dos idosos institucionalizados é prevalente, como os de Alencar et al. (2012), em Belo Horizonte com 47 idosos, sendo que 93,3% apresentaram comprometimento cognitivo. Gontijo (2010), em Divinópolis, analisou 67 idosos,

6 Discussão dos Resultados

identificando 44,8% com declínio cognitivo. Lenardt et al. (2009) e Melo, Haddad, Dellaroza (2012), encontraram 39,3% e 26,5% idosos com declínio cognitivo, respectivamente.

A presença de declínio cognitivo em idosos institucionalizados também é descrita em estudos internacionais. Closs, Barr e Briggs (2004) realizaram estudo em 15 lares no norte da Inglaterra e encontraram que 73,4% dos idosos possuíam declínio cognitivo. O mesmo resultado foi achado em Madri, Espanha na pesquisa em ILPIs públicas e privadas, com o objetivo de estimar os aspectos essenciais da saúde dos idosos, do qual 44,8% apresentaram declínio cognitivo. Apesar da realidade das instituições de idosos em países desenvolvidos serem distintas das brasileiras, as alterações cognitivas estão presentes.

Segundo o estudo de Bezerra et al. (2012), realizado pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, o não acesso à educação no início da vida deve ser visto como um fator que pode vir a acarretar problemas de saúde ao longo da vida. Eles afirmam que a escolaridade contribui para reserva cognitiva e prevenção de demência em idosos.

Considerando o contexto social de fragilidade dos idosos, tais características eram esperadas, porém é importante salientar que o estímulo à educação de qualidade para pessoas de todas idades, pode ser um fator preditivo para a preservação da capacidade cognitiva (LOPES, et al., 2008).

No estudo de Gratão et al. (2013), realizado com 574 idosos e 124 cuidadores em Ribeirão Preto/SP, revelou que a escolaridade foi um fator forte, negativo e independentemente associado à necessidade do cuidador, enquanto que o maior nível educacional foi associado a um melhor *status* funcional e menor risco para incapacidade cognitiva entre idosos.

Essa realidade apontada pelos dados discutidos acima, assinala a necessidade de políticas públicas que protejam e fortaleçam as práticas educacionais, não pensando apenas no desenvolvimento educacional básico, mas também na relação existente entre a qualidade da educação básica, principalmente nos anos iniciais de escolarização e a preservação das reservas cognitivas na velhice.

No que diz respeito à capacidade funcional dos idosos, a maioria era dependente tanto para as ABVDs (62,2%), quanto para as AIVDs (51,4%). Encontrou-se uma relação direta entre pior desempenho nas AVDs e maior

6 Discussão dos Resultados

comprometimento cognitivo, de acordo com a aplicação do MEEM e do Teste do Desenho do Relógio. Na pesquisa realizada por Lisboa e Chiana (2012), revelou que 77% dos idosos institucionalizados possuíam alguma dependência para AVDs e 12% dependentes em todas as funções.

Um estudo realizado por Pelegrin et al. (2008) divergiu da presente pesquisa, pois 61 dos idosos (84,7%) eram independentes para ABVDs. Em outro estudo realizado em Presidente Prudente/SP, evidenciou que 75,65% dos idosos eram funcionalmente independentes.

Segundo Lopes et al. (2008), a atividade funcional compreende a habilidade da pessoa desempenhar tarefas no dia-a-dia, incluindo aspectos físicos, psicológicos e sociais. Essas atividades revelam a capacidade da pessoa cuidar de si mesma, executar seus papéis, suas tarefas básicas e sociais. A perda do funcionamento adaptativo em muitos idosos institucionalizados não é unicamente o resultado de um declínio ou de mudanças biológicas negativas, mas sim consequência de um ambiente que estabelece e decide a ocasião para o comportamento deficitário, e que reforça o comportamento ineficaz e de dependência.

O fator capacidade funcional do idoso comprometido pode estar diretamente relacionada ao fato da maioria dos idosos entrevistados não praticar atividades físicas. A literatura demonstra que a prática de atividades dessa natureza, podem ajudar na preservação das condições físicas e cognitivas, e desacelerar processos de fragilização e demências (ROCHA, et al., 2011). Seria necessário então repensar as atividades que já são oferecidas, e tentar propor mudanças que fomentassem uma maior adesão por parte dos idosos. É necessário averiguar a possibilidade de envolver os próprios cuidadores em tais atividades, e se isso não ocasionaria sobrecarga a eles, e se eles não o fazem pelo mesmo motivo (AMARAL, POMATTI, FORTES, 2007; GRATÃO et al., 2013).

Dessa forma, faz-se importante entender como a instituição de longa permanência se estrutura para atender tais demandas e em quais setores precisam de suporte teórico e metodológico para fomentar suas ações em saúde (ROSA et al., 2012).

6.1.2 Perfil 2 – Idosos usuários do Hospital Escola

Os resultados revelam que os idosos usuários do Hospital Escola são

6 Discussão dos Resultados

em sua maioria do sexo masculino (50,1%), dados semelhantes foram encontrados por Sthal, Berti e Palhares (2010), em um estudo com idosos internados no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de Botucatu/SP, onde o predomínio foi de 59% de idosos do sexo masculino. Informação parecida foi achada por Santos (2007), ao realizar um estudo com idosos internados no Hospital Geral de Belém/PA, onde 53,1% eram do sexo masculino.

Outro estudo realizado por Sales e Santos (2007), ao traçar o perfil dos idosos internados no Hospital Geral de Guarús em Campos, no Rio de Janeiro, encontraram um percentual maior de homens, (72,6%).

Esses achados diferem do encontrado no estudo realizado por Alvarenga e Mendes (2003), onde realizaram a investigação do perfil das readmissões de idosos no Hospital Geral de Marília/SP, no qual 62,2% dos pacientes eram do sexo feminino. A pesquisa realizada por Santos (2014) no Hospital Universitário João de Barros Barreto, em Belém do Pará, predominou 60,64% de mulheres.

Para Feliciano, Morais e Freitas (2004), a presença de maior número de mulheres na composição demográfica do país, para esta faixa etária, se deve a fatores como maior sobrevivência entre as mulheres, diferenças de exposição a riscos ocupacionais, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens, diferenças no estilo de vida, quanto menor consumo de álcool e tabaco e a maior procura pelos serviços de saúde entre as mulheres.

Outro fator preponderante é que, em geral, as mulheres possuem maior conhecimento sobre as doenças, são mais atentas ao aparecimento de sintomas e procuram mais por atendimento médico do que os homens (PAPALÉO-NETTO, 2005). Nesse sentido, o predomínio de homens neste estudo pode estar relacionado ao acaso ou mesmo ao fato de que os homens estão adoecendo mais do que as mulheres, e provavelmente estão mais sujeitos à internação hospitalar.

Em relação à escolaridade, 60,4% dos idosos atendidos no HE tinham de 1 a 4 anos de estudo, seguido de 15,1% com 5 a 8 anos, o número de analfabetos foi de 13,2%. Esses dados corroboram com os de outros estudos sobre idosos em ambulatórios hospitalares (LEBRÃO et al., 2003; MARUCCI et al., 2005; LINO et al., 2008).

Um estudo de base populacional sobre a população idosa de São Paulo verificou que os idosos que frequentaram a escola utilizaram menos os

6 Discussão dos Resultados

serviços de saúde, e o uso desses serviços foi maior nos idosos com autopercepção negativa de saúde (LIMA-COSTA et al., 2011).

Em contrapartida, outro estudo de base populacional realizado em Campinas/SP, encontrou que os idosos escolarizados apresentam melhor auto-avaliação de saúde (LOUVISON et al., 2008). Neste caso, possivelmente frequentar a escola aumentou a necessidade de acessar serviços de saúde, devido ao fato de estes idosos apresentarem atitudes mais favoráveis à prevenção de saúde devido ao melhor conhecimento sobre assuntos relacionados.

A média de idade dos idosos atendidos no Hospital Escola foi de 70,8 anos, no qual a maioria se encontrava na faixa etária de 60 a 69 anos de idade, considerados então idosos jovens. Vale ressaltar que 22,6% dos entrevistados tinham 80 anos ou mais. Dados semelhantes foram encontrados nos estudos de Pereira et al. (2014) com 94 idosos internados na Clínica Médica do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), em Belém do Pará, com uma média de idade de 71,32 anos. Os pesquisadores Sthal, Berti e Palhares (2010), evidenciaram em suas pesquisas que os idosos tinham a média de idade de 74,3 anos.

Quanto ao estado civil dos idosos, a maioria foi representada por casados (56,6%), observando 77,8% entre os homens e 34,6% entre as mulheres. No estudo realizado por Yona et al. (2010), com objetivo de identificar o perfil epidemiológico de idosos atendidos na Santa Casa de Maceió, 47,6% eram casados e 20,6% viúvos. Em um estudo populacional realizado em Manaus por Crispim (2014), observou-se que em relação ao estado conjugal, 41,6% das mulheres eram viúvas, enquanto que entre os homens essa condição foi referida por 13,1%. A pesquisa de Pedrazzi et al. (2010), ao avaliar a população de idosos com 80 anos ou mais na cidade de Ribeirão Preto/SP, evidenciou que idosos mais velhos viviam apenas com o cônjuge (26,5%), principalmente entre os idosos com idade entre 80 e 84 anos, tornando-se menos constante com o avanço da idade. A sociedade brasileira vem apresentando importantes transformações na estrutura familiar, migrando de um padrão de família extensa, multigeracional, para o padrão de família nuclear.

Em relação à incidência de doenças crônicas entre os idosos do HE, as mais prevalentes foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (41,5%), seguida pelo Diabetes *Mellitus* (26,4%). Na pesquisa realizada por Prado (2011) com idosos internados na Clínica Médica da Unidade de Emergência de um Hospital

6 Discussão dos Resultados

Universitário de Ribeirão Preto-SP, foi possível observar que a HAS foi a mais referida entre os idosos, com 38,1%, seguida por osteoporose (25,7%) e diabetes (19,1%), o que se assemelha com este estudo. Divergente desta pesquisa, Santos (2007) evidenciou que as internações dos idosos eram por doenças respiratórias no Hospital Geral de Belém, 53,7%, o autor associada este dado ao clima da região norte propiciar problemas respiratórios.

Lima-Costa et al. (2011), em um estudo sobre causas de internações hospitalares e mortalidade entre idosos brasileiros, encontraram que tanto para homens quanto para as mulheres, houve predomínio das doenças do aparelho circulatório com destaque para as doenças cerebrovasculares e isquêmicas do coração. Resultados do banco de dados do Sistema Único de Saúde, no ano de 2010, confirmam os dados da pesquisa, mostrando a liderança das doenças do aparelho circulatório como principal causa de internações no SUS, seguidas pelas doenças respiratórias e digestivas (BRASIL, 2011).

No desempenho nas atividades de vida diária, revela-se que a maioria era independente para ABVDs (58,5%) e AIVDs (43,4%). Um estudo transversal realizado no Ambulatório de Geriatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP, analisou o perfil dos idosos quanto ao humor, perda da capacidade funcional e cognitiva de acordo com o desempenho no MEEM, ABVD e AIVD, encontrou que a maioria dos participantes relataram ser independentes para as AVD (63%). Por outro lado, a maior parte necessitou de ajuda para realizar as AIVD (68,33%) (PAULA, 2012).

Uma pesquisa com objetivo de avaliar a capacidade funcional em três momentos, na admissão, hospitalização e alta hospitalar em um Hospital Geral Terciário do interior paulista, encontrou que maioria dos idosos antes da internação, apresentava dificuldade para executar pelo menos uma das ABVDs (81,9%) e das AIVDs (86,7%) (PRADO, 2011), o que corrobora com este estudo. O autor ainda cita que na hospitalização, 10,5% dos idosos desempenharam suas atividades funcionais sem dificuldades e na alta apenas 15,2% dos idosos realizaram todas as ABVD e AIVD sem dificuldade, observando uma piora da capacidade funcional dos idosos durante a hospitalização (PRADO, 2011).

No presente estudo foi encontrada correlação entre o nível de dependência para as ABVDs e AIVDs com o desempenho cognitivo ($p < 0,001$). Na amostra estudada, a capacidade funcional dos idosos teve associação com o

6 Discussão dos Resultados

comprometimento cognitivo, isto é, quanto mais acentuado o comprometimento cognitivo, maior o nível da dependência. Não foram encontradas correlações estatisticamente significantes entre a capacidade funcional, a idade e o sexo.

Um estudo de base populacional longitudinal realizado no Canadá, que estudou a evolução da perda funcional conforme a desempenho dos idosos no MEEM, nas ABVDs e AIVDs, encontrou associação entre perda funcional para ABVDs e AIVDs de forma gradativa com declínio cognitivo, visto que ao longo de cinco anos, as perdas foram evidenciadas de acordo com o grau de dificuldade das atividades (LEAL, 2009).

A avaliação funcional é uma importante ferramenta para o planejamento da assistência e promoção do cuidado ao idoso, esta avaliação torna-se essencial para estabelecer o diagnóstico, o prognóstico e o julgamento clínico, adequados para embasar as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007).

Na avaliação do humor, 41,5% dos idosos avaliados apresentaram sintomas depressivos, sendo mais expressivo nas mulheres (57,7%), cabendo salientar que os indicativos de transtornos depressivos foram mais frequentes em pacientes do sexo feminino e com baixa escolaridade. Sabe-se que depressão é um distúrbio da área afetiva e do humor, que interfere no desempenho funcional em qualquer idade e por ser de natureza multifatorial envolve vários aspectos biológicos (fragilidade na saúde decorrente de doenças crônicas), sociais (pobreza, isolamento e falta de suporte social) e psicológicos (perda de entes queridos e papéis sociais) (GOTIJO, 2005).

Na pesquisa realizada por Faria et al. (2011), concluíram que a presença de sintomas depressivos influencia negativamente na qualidade de vida dos idosos e privam-nos do convívio social, além de limitá-los ao contexto residencial, a depressão pode levar à morte.

Em um estudo de base populacional, realizado com 1639 idosos que investigou a presença de sintomas depressivos e sua relação com mortalidade entre idosos moradores em São Paulo, encontrou que 325 (19,8%) apresentaram rastreio positivo para sintomatologia depressiva, bem como a sintomatologia depressiva teve associação estatisticamente significativa com a mortalidade desses idosos (BATISTONI et al., 2010).

Na avaliação do desempenho cognitivo por meio do MEEM, 62,3% dos

6 Discussão dos Resultados

idosos apresentaram declínio cognitivo, com média de 17,3 pontos, sendo para os homens um pior desempenho (16,4 pontos) se comparado às mulheres (18,2 pontos), caracterizando uma perda cognitiva moderada. Segundo as categorias do MEEM, nas AIVDs a média dos que apresentaram declínio cognitivo foi de 14,4, do MEEM 12,7; dos participantes que não apresentaram declínio cognitivo no MEEM foi de 24,8, do AIVDs 16, no teste do relógio 6,3. Houve correlação entre o nível de dependência para as AIVDs e declínio cognitivo no MEEM, pois os idosos com ou sem perda cognitiva, apresentaram dependência parcial para as AIVD.

A pesquisa realizada por Paula (2012) corrobora com os dados encontrados no presente estudo, pois a presença de déficit cognitivo foi mais presente com o avanço da idade, e entre os idosos que apresentaram incapacidade funcional para as AIVD, conseqüentemente um pior desempenho cognitivo para o MEEM. Um estudo de base populacional realizado por Ferreira et al. (2011) na América Latina (Cuba, República Dominicana, Peru, México, Venezuela e Porto Rico), China e na Índia, realizado com idosos de 65 anos ou mais de idade, encontrou associação positiva entre comprometimento cognitivo leve e incapacidade funcional em todos os países.

Conforme aumenta a gravidade do processo demencial, acentuam-se as perdas funcionais tanto para ABVDs como para AIVDs, sendo que na fase inicial das demências observa-se comprometimento das AIVDs, que aumentam de acordo com a piora do quadro demencial e atinge o desempenho das ABVDs (PEREIRA et al., 2014).

6.1.3 Perfil 3 – Idosos usuários da Unidade Saúde Escola

Os resultados deste estudo mostram que 68% dos idosos da USE eram do sexo feminino, o que intensifica a probabilidade de estar relacionado à maior expectativa de vida das mulheres em relação aos homens. No Brasil e no exterior foram desenvolvidos estudos de base populacional, que corroboram com os dados encontrados nesta pesquisa, pois destacam a prevalência do gênero feminino sobre o masculino na população idosa (LEBRÃO et al., 2003; LIMA-COSTA et al., 2011; HUISMAN et al., 2011; SPOSITO, D'ELBOUX et al., 2013; PAULA et al., 2014).

Um estudo realizado por Lima-Costa et al. em 2011, que investigou as

6 Discussão dos Resultados

tendências no longo prazo das condições de saúde de idosos brasileiros através de dados da PNAD nos anos de 1998, 2003 e 2008, revelou a predominância das mulheres com valores de 55% da amostra estudada para os anos de 1998 e 2003 e 56% no ano de 2008.

Segundo Neri (2007), o fator feminilização da velhice não está pautada apenas no acréscimo do número de mulheres idosas na população em geral. Outros fatores podem também contribuir para este fenômeno são: maior longevidade feminina, participação efetiva das idosas economicamente ativas e maior número de idosas chefes de família. Além disso, a maior fidelização da mulher a programas preventivos e educacionais, participando intensamente de atividades de centro de convivência, otimizam seus conhecimentos em relação à própria saúde (LIMA-COSTA et al., 2011).

Os resultados mostram que 32% deles tinham 80 anos ou mais de idade, com média de idade de 75,1 anos, sendo os homens com média de idade superior a das mulheres (75 anos para 75,4 anos), dados semelhantes foram encontrados por Paula (2012) no estudo de coorte transversal realizado no Ambulatório de Geriatria do Hospital de Clínicas da UNICAMP, onde registrou maior número de idosos com 80 anos ou mais (40%).

Estes achados se assemelham aos encontrados em estudos com idosos na comunidade (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007; SILVA, 2009; GRATÃO et al., 2013), e difere de outros como os de Linhares et al. (2003), Nunes et al., (2009) e Suassuna et al. (2012), os quais evidenciaram média de idade inferior (71,2 anos) a do presente estudo e a maioria dos idosos encontravam-se no intervalo de idade entre 60 e 69 anos.

No que diz respeito à escolaridade, neste estudo predominaram os idosos que estudaram entre 1 a 4 anos (56%) e 20% com 9 anos ou mais de escolaridade. Esses dados corroboram com outros estudos sobre idosos em ambulatórios (LINO et al., 2008; LEBRÃO et al., 2003; LIMA-COSTA et al., 2011; SPOSITO, D'ELBOUX et al., 2013; PAULA et al., 2014), todos com a mesma média.

Um estudo de base populacional realizado por Louvison et al. (2008) em São Paulo, sobre as desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo, verificaram que os idosos com maior escolaridade apresentaram melhor auto-avaliação de saúde. Neste caso, o fato de frequentar a escola ampliou o conhecimento sobre a necessidade de acesso aos

6 Discussão dos Resultados

serviços de saúde, pois estes idosos compreenderam a importância de apresentarem atitudes mais favoráveis à prevenção de saúde.

Quanto ao estado civil dos idosos, a maioria foi representada por casados (42%) e viúvos (42%). Dados semelhantes foram achados em estudos nacionais, como na investigação de Crispin (2014) em que 41,6% das mulheres eram viúvas. Lebrão e Laurenti (2005) identificaram frequência quatro vezes maior de mulheres viúvas, destacando ainda que o estado civil foi uma das características demográficas em que a diferença por sexo é mais expressiva na população idosa.

Referente à incidência de doenças crônicas destacou-se a Hipertensão Arterial como a primeira (41,5%), seguida pelo Diabetes *Mellitus* (26,4%). Um estudo que corrobora com esta pesquisa foi o realizado por Benedetti (2013), em dois Ambulatórios de Geriatria do interior paulista, na qual evidenciou as doenças que mais se destacaram foram a hipertensão arterial sistêmica (74,3%), as dislipidemia 37,6%, o Diabetes *Mellitus* (27,3%) e a depressão (26,5%).

Outro estudo realizado no Ambulatório de Geriatria mantido pela Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, cujo objetivo foi conhecer o perfil dos idosos atendidos e seu grau de dependência em relação às atividades básicas da vida diária, encontrou-se maiores prevalências de hipertensão arterial sistêmica (49,1%), seguida de doenças osteoarticulares (28,3%), diabetes *mellitus* (22,6%), doenças cardiovasculares (21,7%), Alzheimer (19,8%) e acidente vascular encefálico (15,1%) (POPIM et al., 2010).

No que tange ao desempenho nas atividades de vida diária, revela-se que a maioria foi independente para ABVDs com 58% e para AIVDs, com 40% sendo que 60% dos respondentes apresentaram algum grau de dependência. Esses dados corroboram com outros estudos realizados com idosos em atendimento ambulatorial, nos quais evidenciou-se mais incapacidades para as AIVD quando comparada às AVD (LAWTON, BRODY, 1969; PERRACINI, 2011), tendo em vista que as AIVDs demandam mais agilidade e destreza de movimentos precisos em comparação com as ABVDs, bem como de maior preservação das capacidades cognitivas.

No estudo realizado por Paula (2012), pode-se comprovar que 63% declararam independência para as ABVDs; por outro lado a maioria necessitou de ajuda para realizar as AIVD (68,4%).

Com o intuito de avaliar o grau de dependência para a realização das

6 Discussão dos Resultados

AIVDs de 64 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família da periferia de São Luiz do Maranhão, verificou-se que a amostra constituiu-se basicamente de idosos independentes (56,3%) para todas as atividades, prevalecendo “cuidar das finanças” (OLIVEIRA et al, 2010). Esses achados contrastam com os do presente estudo, pois os idosos que apresentaram algum grau de dependência para AIVDs totalizaram 60%. Esse fato pode ser devido à população de idosos no ambulatório já se apresentarem mais vulneráveis às incapacidades, pela presença das doenças crônicas.

Na avaliação do humor, 36% dos idosos avaliados apresentaram sintomas depressivos, sendo mais expressivo nas mulheres (41,2%). Em um estudo retrospectivo realizado por Suassuna et al. (2012) evidenciou que os sintomas depressivos apareceu em 53% dos idosos avaliados, sendo a maioria do sexo feminino. Uma pesquisa realizada por Bombardi (2013) também encontrou em 44% da população estudada sintomatologia depressiva através da aplicação do EDG.

Um estudo sobre uma amostra de 102 idosos atendidos em um ambulatório de geriatria no Maranhão encontrou uma porcentagem de 50% de idosos que apresentaram sintomas depressivos e entre esses, 13,7% apresentaram sintomas graves, já que pontuaram acima de 10 pontos na GDS (FARIA et al., 2011).

Na avaliação do desempenho cognitivo, por intermédio do MEEM, pode-se concluir que 48% dos idosos avaliados apresentaram declínio cognitivo, com média de 19 pontos, sendo para as mulheres um pior desempenho (16,2 pontos) se comparado aos homens (24,9 pontos). Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Benedetti (2013), em que constatou-se 94,2% dos idosos do ambulatório I com déficit cognitivo, sendo que 53,8% encontravam-se na faixa etária de 80 a 89 anos, 69,2% eram mulheres e 25% homens, ou seja, todos os homens deste ambulatório que participaram do estudo. Já no ambulatório II 67,7% possuíam déficit cognitivo, 32,3% também estavam na faixa etária de 80 a 89 anos, 52,3% eram mulheres e 15,4% homens.

Alguns estudos mostram o predomínio da população feminina entre idosos com declínio cognitivo ou problemas mentais, a explicação pode ser porque a longevidade nas mulheres é mais acentuada, o que também favorece a prevalência de déficit cognitivo, agravo relacionado ao avanço da idade (LIMA-COSTA et al., 2011).

6 Discussão dos Resultados

Cavalcante et al. (2010) ao avaliar o perfil sócio demográfico e condições de vida de 40 idosos atendidos em um ambulatório de geriatria, utilizando as mesmas notas de corte do presente estudo, evidenciaram que 60% da amostra apresentaram déficit cognitivo, dados que se aproximam deste estudo. Outro estudo que mostra a prevalência de idosos com comprometimento cognitivo atendidos em um ambulatório de geriatria, ou seja, 65,7% da amostra foi o de Suassuna et al. (2012).

No estudo realizado em Campinas, com 120 idosos de um ambulatório de geriatria de um hospital escola, os dados mostram que 71,0% deles não apresentavam déficit cognitivo, diferindo do presente estudo, porém na autoavaliação da memória, 66% dos idosos com ou sem déficit a avaliaram como “boa” (PAULA, 2012).

Por fim, quando se faz a comparação e a associação entre as três instituições descritas, apenas a idade foi o preditor de declínio cognitivo para o hospital e ambulatório. As chances de prevalência de declínio cognitivo aumentam 8,7 % para cada ano de vida a mais. Na ILPI não foi possível calcular as chances de prevalência uma vez que 100% dos idosos apresentaram comprometimento cognitivo. No geral, a ILPI é onde encontramos mais idosos frágeis, totalmente dependentes com grave comprometimento cognitivo e maior prevalência de homens. O hospital e o ambulatório se equipararam em termos da capacidade funcional dos idosos, porém no hospital encontraram-se idosos com maior comprometimento cognitivo e mais sintomas de depressão do que no ambulatório. O que está de acordo com o perfil e complexidade de cada equipamento.

Não foi encontrado na literatura nenhum estudo que comparasse as três instituições como a proposta desta presente pesquisa, apenas estudos individualizados conforme citados no decorrer da discussão nos parágrafos anteriores.

A importância de se comparar os diferentes modelos de atendimento ao idoso se faz por permitir o planejamento de forma adequada, real e particular para cada cenário, além disso, possibilita a viabilização de capacitação da equipe de saúde na linha da gerontologia. A Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999) reconhece a importância da parceria entre os profissionais de saúde especializados em geriatria e gerontologia, e os profissionais que cuidam dos idosos, por meio da capacitação do atendimento integral, apontando que essa deverá possibilitar a

6 Discussão dos Resultados

sistematização da atenção individualizada respeitando cada perfil, privilegiando-se tarefas relacionadas à promoção da saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente.

6.2 Características sócio-demográficas e de saúde dos cuidadores

6.2.1 Perfil 1 – Cuidadores formais servidores na ILPI

Em relação aos cuidadores, os dados revelam que a maioria dos cuidadores era representada pelas mulheres, uma vez que apenas dois eram do sexo masculino, concordando com vasta literatura nacional, e como isso retroalimenta o conceito da feminização do cuidado (CONVERSO; IARTELLI, 2007; CREUTZBERG; GONÇALVES, 2007; LOPES et al., 2008; PELEGRIN et al., 2008a; CASTRO, 2011). Entender os motivos que levam uma mulher a se vincular a trabalhos dessa natureza e como ela se relaciona com ele, é fundamental para propor ações direcionadas e levando em consideração as especificidades de gênero. A maioria delas relatou ter um companheiro, ao contrário dos homens que em sua totalidade responderam não terem companheira (GRATÃO et al., 2013).

Todos os cuidadores formais entrevistados relataram terem cursado mais de nove anos de ensino, cursos e capacitações em relação ao cuidado do idoso, isso demonstra a preocupação da instituição em contratar profissionais qualificados e oferecer um serviço pautado no que as legislações para ILPI's pregam, o que revela uma característica bastante positiva. No entanto, é necessário alertar sobre a necessidade de educação permanente dessa equipe e de uma gestão participativa e multidisciplinar, que incentive o diálogo e faça com que esses profissionais sejam de fato considerados como parte fundamental dos processos terapêuticos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 1998; SANTOS; FELICIANI; SILVA, 2012).

Outro fator a ser destacado é a relação entre gênero e remuneração, amplamente discutida em diversos locais de trabalho e que mais uma vez se mostra uma tendência a remunerar melhor homens do que mulheres para desempenhar o mesmo serviço. Existe uma necessidade eminente de se investigar a que fatores tal questão é atribuída, e como trabalhar essas questões no âmbito da gestão, e lutar pelos direitos dessa mulher que se dedica com igual intensidade e qualidade, ao

6 Discussão dos Resultados

cuidado (GAUGLER et al., 2007; HASSON; ARNETZ, 2008; BATISTA; ARAUJO, 2011).

Ainda em relação ao gênero feminino, nos chama a atenção o fato delas referenciarem o apoio religioso em suas vidas, enquanto os homens não o fazem. Entender melhor como essas mulheres se relacionam com o mundo através de sua fé e de espiritualidade, também é fundamental para entender quais os motivos que as fazem aderir a essa modalidade de trabalho, e pensar em futuras práticas de grupo que levem em conta tais considerações sobre suas características pessoais (LOPES et al., 2008; RESENDE; DIAS, 2008).

Os cuidadores apresentam comprometimentos de saúde e lesões diretamente ligadas ao seu processo de trabalho, como hipertensão e problemas na coluna, o que reporta a necessidade de se acompanhar o andamento desses casos, no sentido de se preservar a saúde funcional desse cuidador, através de práticas de ginástica laboral e a adaptação da carga de trabalho as suas características de saúde. Contudo que a equipe se integre e busque soluções para isso, é um foco de atenção que tem um grande potencial para ser explorado, uma vez que a instituição já dispõe de profissionais de saúde e lazer, equipamentos e espaços para isso.

O estudo contribuiu também para o conhecimento sobre sintomas de sobrecarga experienciados pelos cuidadores de idosos que trabalham na ILPI, revelando o relato dos cuidadores entrevistados, com maior frequência, sentir-se “um pouco sobrecarregado” (40%) e “moderadamente” (26,7%). Os instrumentos utilizados para a avaliação da sobrecarga revelaram-se importantes para a população avaliada, porém a atenção maior deve ser dada à leitura e interpretação das questões da escala de sobrecarga, quando aplicada a cuidadores formais, já que o escolhido só foi possível utilizar a última questão referente ao grau de sobrecarga, pois esta escala foi elaborada para ser aplicada preferencialmente em cuidadores informais.

De maneira complementar à investigação sobre o sentimento de sobrecarga, neste estudo foi utilizada a escala SRQ 20, por meio da qual se avaliou problemas físicos e psicológicos que caracterizam o desconforto emocional do cuidador, com intuito de melhor compreender a fadiga vivenciada pelo cuidador. Verificou-se que 26,7% dos cuidadores foram diagnosticados com desconforto emocional, respeitando o ponto de corte 7/8, além do fato de relatarem, mais frequentemente, má qualidade de sono, sentimento de tensão e cansaço. Esse

6 Discussão dos Resultados

relato nos mostra as especificidades do processo de trabalho em escalas de trabalho e também ao estresse ao que são submetidos esses cuidadores. Cassis et al. (2007) descreveram que são comuns alguns sentimentos como preocupação e tensão nos cuidadores, e muitos aspectos podem estar envolvidos a estes sentimentos, como gravidade da doença do paciente, convivência diária e ininterrupta associada à prestação de cuidados, a dependência do mesmo e o despreparo dos cuidadores para tal enfrentamento, que também poderá repercutir na qualidade de sono dos mesmos (CORDEIRO; ALBUQUERQUE, 2011; GRATÃO, et al., 2014).

A falta de preparo dos cuidadores é de difícil solução em curto prazo, sendo necessário conhecer o perfil destes indivíduos, pois vivenciam problemas distintos, que estão relacionados às condições sócio-econômico-culturais de cada família, para que seja prestada uma assistência mais direcionada, adequando as condutas à realidade de cada uma e adaptando as orientações a cada tipo de cuidador e paciente (NÓBREGA; MEDEIROS; FELIX, 2012)

Diante disso, Duarte (2009) buscou traçar diretrizes de uma política de atenção à pessoa idosa, elaborando um programa de capacitação global destinado a desenvolver mão de obra qualificada para assistir os idosos mais dependentes, segundo um eixo de orientação uniforme. Esse programa teve como objetivo, um “olhar gerontológico” aos profissionais que trabalham com idosos, além de orientação aos formadores de cuidadores de pessoas idosas e aos próprios cuidadores, tornando-se referência em cursos de cuidadores de idosos no Brasil.

6.2.2 Perfil 2 – Cuidadores familiares dos idosos usuários do Hospital Escola e da Unidade Saúde Escola

Sobre as características dos cuidadores informais, assim como na amostra de cuidadores formais, o sexo feminino teve prevalência, totalizando um total de 85,7% dos entrevistados. Ainda assim, 5 indivíduos do sexo masculino participaram da pesquisa, totalizando uma média de idade maior (61,8 anos) comparada ao sexo feminino (55,4 anos). Cardona et al. (2013), em estudo parecido na cidade de Medellin, na Colômbia, apresentaram resultados semelhantes, onde 81,6% da sua amostra era composta pelo sexo feminino, com média de idade de 56,5 anos e 73,7% declaravam-se donas de casa como ocupação.

6 Discussão dos Resultados

Na presente investigação cerca de 42,9% dos cuidadores informais apresentaram uma alta taxa de escolaridade, variando de 1 a 4 anos de estudo, seguido de 9 anos e mais (40%). O fato da diferença escolar pode estar relacionada ao local de coleta, no Hospital Escola (HE) e na Unidade de Saúde Escola (USE), onde ambos apresentam perfis ambulatoriais diferentes, sendo que o HE apresenta um maior alcance da população e a USE apresenta um benefício de ingresso onde apenas alguns têm o privilégio de acesso.

Pereira et al. (2013), em estudo realizado Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), apresentaram amostra com escolaridade de 1 a 4 anos (33,9%). Já em um estudo de Curitiba, 71% da amostra apresentaram mais que 8 anos de escolaridade (SEIMA, LENARDT, CALDAS, 2014). Os hábitos de cultura e o contexto que ela está inserida ainda é um fator delimitante às oportunidades da população, fato que deve ser levado em consideração ao medir níveis de escolaridade (NAKATAN et al., 2003).

Na presente pesquisa verificou-se que a carga horária de trabalho autorrelatada obteve uma média de 19 horas diárias para as mulheres e cerca de 11 horas para os homens. Outro fator importante se refere à média de tempo de cuidado maior para as mulheres (6,9 anos) que para os homens (3,8 anos). Ao deixar aberta a questão do número de horas, muitos idosos relatavam cuidar dos idosos durante 24 horas por dia. Quando questionado ao tempo de dormir, muitos relatavam dormir mal por prestar o cuidado a noite. Tais médias foram maiores com aquelas encontradas no estudo de Gratão et al. (2010), que encontrou a média de 15,6 horas/dia, referente a cuidadores de idosos demenciados, o que exige grande demanda. Divergente ao estudo de Pereira et al. (2013), em que se revelou média de 4,6 horas/dia de cuidado com idosos após Acidente Vascular Encefálico.

Da amostra, 80% afirmaram residir com o idoso. Diversos estudos trazem como principal fonte do cuidado as filhas dos idosos, que acabam residindo no mesmo local para um melhor cuidado e qualidade de vida do mais velho (PEREIRA et al., 2013; LOUREIRO et al., 2013; WACHHOLZ, SANTOS, WOLF, 2013; PEREZ et al., 2013). Referente à situação de saúde dos cuidadores informais, são relatadas doenças e queixas que, como já falado anteriormente, se relacionam com a tarefa do cuidar, como HAS e dor de coluna.

6 Discussão dos Resultados

O fato de viver com o idoso e o elevado tempo dedicado ao cuidado durante o dia, o cuidador acaba por assumir a tarefa do cuidado intermitente. Cuidadores que despendem maior tempo com os pacientes tem maior probabilidade de apresentarem depressão e ansiedade, coincidindo com o fato de residir com o idoso (CASSIS et al., 2007).

Muitas vezes, o sentimento de esgotamento ou exaustão dos cuidadores, associado ao elenco de sintomatologia caracterizada no indivíduo que sofre de sobrecarga é resultante da grande dedicação e esforço na atividade de cuidar, na qual o cuidador desconsidera suas próprias necessidades, constituindo-se um problema psicossocial (PEREIRA et al., 2013).

Analisando as respostas na Escala de Zarit, nota-se a preocupação e a diferença que o peso quanto a relação familiar exerce na auto-percepção do cuidador. Ao utilizar a última pergunta de base, de modo geral, 11 cuidadores declararam estar apenas um pouco sobrecarregado, enquanto 9 declararam estar muito sobrecarregado. Nota-se determinado receio dos cuidadores e sentimentos de culpa quando relatados casos de desconforto perante o cuidado do idoso. Ao avaliar 35 cuidadores na Colômbia, Ocampo et al. (2007) apresentou resultado parecido ao da pesquisa, onde ao aplicar Zarit, 40% apresentaram sobrecarga leve e 54,2% não apresentavam sobrecarga.

No estudo de Seima e Lenardt (2011), dos 208 cuidadores entrevistados, cerca de 26% apresentaram sobrecarga moderada a severa, se relacionando com os dados deste estudo onde 25,7% da amostra afirmaram se sentir muito sobrecarregado. Em relação ao score encontrado na pesquisa, 30,9 (sobrecarga moderada a leve), encontra-se outros estudos com valores próximos de sobrecarga como na pesquisa de Rodrigues et al, (2014) que obteve uma média de 26,5. Em geral, na maior parte dos estudos encontrados os cuidadores familiares apresentavam grau de sobrecarga de leve a moderada, se relacionando com este estudo além de apresentarem características semelhantes como gênero. (FERREIRA et al., 2010; SEIMA e LENARDT, 2011; GRATÃO et al., 2012; PEREIRA et al., 2013; RODRIGUES et al., 2014)

Ao assumir a responsabilidade de cuidar, o cuidador informal limita-se a exercer funções que costumavam ser diárias em seu cotidiano e passa a voltar-se apenas as necessidades dos idosos, deixando de viver sua vida e interesses. Isso aumenta o nível de sobrecarga e desconforto emocional, ocasionando sentimentos

6 Discussão dos Resultados

negativos como solidão e isolamento social (LUZARDO, GORINI, SILVA; 2006, LOPES e CACHIONI, 2012).

Além da sobrecarga percebida, ao avaliar o desconforto emocional, cerca de 80% relatou se sentir nervoso e tenso, seguido de relato de sentimento de tristeza e queixas relacionadas a duração de sono, dados semelhantes encontrados no estudo de Morais et al (2012), onde 44,3% da amostra apresentou sinais de desgaste, sendo os mais relatados: sentir-se tenso ou preocupado (73,8%), dorme mal (63,9%) e se sentido triste (55,7%). Com relação ao SRQ 20, apenas o nível de sobrecarga obteve correlação significativa com o desconforto emocional ($p < 0,05$), fato já relatado em outros estudos (OLIVEIRA, 2010; GRATÃO et al., 2012).

O estresse e desgaste causado ao exercer a tarefa do cuidar, quando a pessoa cuidada é membro da família, a sensação de desgaste é ainda maior podendo ocasionar situações conflitantes em familiares (GRATAO et al., 2013).

Menos da metade da amostra apresentou desconforto emocional, porém foi possível notar que a questão da idade, escolaridade e carga horária durante a semana apresentaram relação com o desgaste emocional.

É necessário o conhecimento por meio de informações obtidas de instrumentos validados para que se possa implementar e avaliar ações que garantam melhor assistência a esses cuidadores e aos seus familiares demenciados, considerando que os mesmos merecem atenção especial sob o aspecto emocional e psicológico.

7 Conclusão

A institucionalização de idosos fragilizados traz consigo a necessidade emergente de se repensar e adaptar os serviços das instituições de longa permanência para idosos, no sentido de torná-la melhor para os usuários, e facilitar também a dinâmica de trabalho de cuidadores e demais profissionais da saúde.

O estudo, de forma geral, pretendeu apontar o perfil de saúde de idosos e seus cuidadores, mas a execução do trabalho acabou por se desenrolar também como um mapa para rastrear focos de atenção e de intervenção para melhorar de maneira homogênea a qualidade do serviço.

A realidade observada demonstrou urgências em ações voltadas para o lazer do idoso institucionalizado e de se considerar as suas especificidades e características no processo terapêutico, e também de se fomentar um ambiente de trabalho ao cuidador que não venha a prejudicar a sua saúde funcional ao longo do tempo.

A pesquisa confirmou que idosos hospitalizados e que são acompanhados no ambulatório têm a idade como preditor de declínio cognitivo, e as chances de prevalência de declínio cognitivo aumentam 8,7% para cada ano de vida a mais. As incapacidades funcionais e cognitivas foram identificadas nos distintos contextos, na ILPI todos os idosos apresentaram declínio cognitivo, o declínio cognitivo foi um agravante na queda da capacidade funcional, uma vez que ele interfere na realização das atividades de vida diária, sendo elas básicas ou instrumentais, afetando também a autonomia desses idosos.

Ressalta-se a importância de se dedicar a atenção adequada ao desempenho cognitivo e funcional dos idosos, objetivando a prevenção do declínio destes, tão frequentes nos serviços públicos de saúde no Brasil.

A importância de se comparar dos diferentes modelos de atendimento ao idoso se fez por permitir o planejamento de forma adequada, real e particular para cada cenário, e possibilita a viabilização de capacitação da equipe de saúde na linha da gerontologia, em consonância com a Política Nacional do Idoso.

Dados relacionados aos cuidadores revelaram que cuidadores informais apresentaram níveis desconforto emocional, sentimentos de tristeza e horas diária de trabalho (19,8 horas) maiores se comparados aos cuidadores formais, que demonstraram sentimentos de cansaço, dormir mal e 7,3 horas diárias de trabalho, relacionamos isso ao fato do cuidado apresentar uma conexão diferente quando realizado a uma pessoa próxima ou da família. Esses dados revelam a

7 Conclusão

necessidade de um maior olhar para as necessidades dos cuidadores nos diversos contextos, como planejamento de intervenções visando a melhoria nas condições de saúde e de trabalho destes indivíduos.

Dessa forma, ressalta-se a importância de profissionais mais capacitados a atender os idosos e os cuidadores. Outro ponto importante é a falta de políticas públicas voltadas a essa população, que poderiam abordar diversos contextos, como planejamento de intervenções visando à melhoria nas condições de saúde e de trabalho destes indivíduos.

Apesar de uma amostra reduzida, o estudo foi de extrema relevância para caracterizar o perfil desses cuidadores e avaliar formas de evitar a sobrecarga e o desconforto emocional. Acompanhando a atual situação populacional do Brasil, o país deve ficar atento às novas demandas relacionadas ao envelhecimento e evitá-las de modo que este processo natural não se torne um peso para profissionais e familiares.

O enfermeiro é um profissional chave para promover o cuidado integral ao idoso com dependência funcional e cognitiva, devido a sua habilidade de lidar com a saúde do idoso, cuidador e família, visando sempre à promoção de uma vida mais digna e de qualidade a todos. Dessa forma, sugere-se aos serviços de geriatria e gerontologia planejar estratégias de suportes formais e informais, coordenados por profissionais enfermeiros para a atenção à saúde dos idosos e os cuidadores de idosos com alterações funcionais e cognitiva.

Os resultados da presente pesquisa contribui para o planejamento de uma sistematização de atenção individualizada respeitando cada perfil, privilegiando-se tarefas relacionadas à promoção de saúde, à prevenção de incapacidades e à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente.

8 Referências

8 Referências

AIRES, M.; PAZ, A. A.; PEROSA, C. T. Situação de saúde e grau de dependência de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 492 - 499, 2009.

ALENCAR, M. A. et al. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 785-96, 2012.

ALVARENGA, M. R. M.; MENDES, M. M. R. O perfil das readmissões de idosos num hospital geral de Marília/SP. *Rev Latinoam Enferm*. v.1, n.3, p. 305-11, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Instrumento de Avaliação para Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI**. Brasília, p. 1 – 11, 1998.

AMARAL, P. N.; POMATTI, D. M.; FORTES, V. L. F. Atividades físicas no envelhecimento humano: uma leitura sensível criativa. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 4, n. 1, p. 18 – 27, 2007.

ANGELO, B. H. B.; BARBOSA, D. I.; LIMA, M. A. S. **Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Olinda-PE**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n4/a06v14n4.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2014.

ARAÚJO, I. F. L. et al. Análise comparativa da capacidade funcional entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Estudos**, Goiânia, v. 37, n. 1/2, p. 101 - 111, 2010.

AYSIS, S. A. et al. The effect of definition of activity of daily living on estimates of changing ability among older people. **Institute Journal Rehabil Research**, v. 30, n. 1, p. 39 - 46, 2007.

BANCO MUNDIAL. Envelhecendo em um Brasil mais Velho: Implicação do Envelhecimento Populacional sobre: Crescimento Econômico, Redução da Pobreza, Finanças Públicas e Prestação de Serviços. **Sumário Executivo, Washington; Copyright Brasil**, 2011, p. 64. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1302102548192/Envelhecendo_Brasil_Sumário_Executivo.pdf>. Acesso em: 15 junho 2014.

8 Referências

BATISTA, A. S.; ARAUJO, A. B. Intimidade e Mercado: O cuidado de idosos em instituições de longa permanência. **Sociedade e Estado**, v. 26, p. 175 – 195, 2011.

BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1137-43, 2010.

BENEDETTI, N. M. G. **Capacidade para o Autocuidado de Idosos em Atendimento Ambulatorial**. 2013. 166 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 52, p.1-7, 1994.

BEZERRA, A. B. C. et al. School attainment in childhood is an independent risk factor of dementia in late life: results from a Brazilian sample. **International psychogeriatrics / IPA**, v. 24, n. 1, p. 55 – 61, jan. 2012.

BRASIL. Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual>>. Acesso em: 29 agosto, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. **Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 13 dez.1999. Seção 1, p. 20-24.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (DF): MS; 2006. Disponível em:<www.saude.gov.br>. Acesso em: 01 fev. 2014.

BRITO, F. **A transição demográfica no contexto internacional**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/ UFMG, 2007. (Texto para discussão, v. 317).

BRUCKI, S.M.D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.F; OKAMOTO, I.H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

8 Referências

CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, Jr.; C. E. A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 51 – 71.

CAVALCANTE, D. S. et al. Perfil Sociodemográfico e condições de vida de idosos atendidos em ambulatório de geriatria. In: TRABALHO APRESENTADO 10º SIMPÓSIO NACIONAL DE DIAGNÓSTICO EM ENFERMAGEM - SINADEn, 10º, 2010, Brasília/DF. **Anais**. Brasília/DF: ABEn, 2010, p. 134 - 137.

CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. 350 p.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 1, p. 232 – 235, jun. 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. In: CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p.93 - 122.

CANÇADO, F. A. X.; HORTA, M. L. Envelhecimento cerebral. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 13, p.112 - 127.

CANINEU, P. R.; SILVA, M.; DAMASCENO, B. P. Uma introdução ao estudo das demências em hospitais psiquiátricos. In: NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. (Org.). **Velhice bem sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papirus, 2004. (Coleção Vivacidade).

CARDONA, D. A. et al. Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. **Revista Facultad Nacional Salud Pública**, Medellín, Ed. 2013, p. 30 - 39. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X201300010004>. Acesso em: 05 Nov 2014.

CASSIS, S. V. A. et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 6, p. 497 – 501, 2007.

8 Referências

CASTRO, S. D. Perfil sócio-demográfico, mental e funcional de idosos institucionalizados da cidade de Caldas Novas. **Revista Eletrônica Saúde e Ciência**, v. 02, n. 01, p. 78-102, 2011.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013, p. 167.

CLAUDINO, R.; SCHVEITZER, V. Estudo do perfil das comorbidades para o risco de ocorrência de doenças crônicas em idosos institucionalizados. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 14, n. 141, p. 76 – 97, 2010.

CLOSS, S. J.; BARR, B.; BRIGGS, M. Cognitive status and analgesic provision in nursing home residents. **British Journal of General Practice**, London, v. 54, n. 509, p. 919-21, 2004.

CONVERSO, M. E. R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 267-72, 2007.

CORDEIRO, L.; ALBUQUERQUE, C. Cuidador informal de idosos dependentes: dificuldades e sobrecarga. **Instituto Politécnico de Viseu**, v. 12, n. 36, p. 306-20, 2011.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1144-49, 2007.

CRISPIM, K. G. M. **Condições de vida e saúde, distúrbios da comunicação e fatores associados**: inquérito populacional em idosos residentes em Manaus, AM. 2014. 214 f. Tese (Doutorado Ciências na área de Saúde Pública e Meio Ambiente) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

DATASUS. **População residente por Faixa Etária segundo Município/DATASUS**. 2012. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 22 out. 2014.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 796-805, Oct. 2011.

8 Referências

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da capacidade funcional dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 317-25, 2007.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rer Panamerican Salud Publica**, v.17, n.5-6, p. 370-8, 2005.

DUARTE, Y. A. O. **Manual dos formadores de cuidadores de pessoas idosas**. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social: Fundação Padre Anchieta, 2009.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.39 - 49.

FALEIROS, V. P.; MORANO, T. Cotidiano e relações de poder numa instituição de longa permanência para pessoas idosas. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 8, n. 2, p. 319 – 338, 2009.

FARIA, E. C.; SILVA, S. A. et al. Avaliação cognitiva de pessoas idosas cadastradas na Estratégia Saúde da Família: município do Sul de Minas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.spe. 2, p. 1748-52, 2011.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Caderno de Saúde Pública** [online], v.20, n.6, p. 1575 - 1585, 2004.

FERREIRA, F. et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde** [periódico online, v. 3, n.2, p. 13-9, 2010. Disponível em: <<http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/495D01F0-D83F-40CF-9CB5-AFBAB824B7E/2048/Valida%C3%A7%C3%A3odaescaladeZarit1.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2014.

FERREIRA, P. C. S.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. **Revista Acta Paulista Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 29 - 35, 2011.

8 Referências

FIALHO, P. P. A. et al. Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. **Arquivo de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 70, n. 10, p. 786 – 792, 2012.

FIALHO, C. B. et al. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2014, vol. 30, n. 3, p. 599-610. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00090913>. Acesso em: 10 jan 2015.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-910, 2006.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. **Journal of Psychiatry Research**, Oxford, v. 12, p. 189 - 198, 1975.

FREIHEIT, E. A. et al. Operationalizing frailty among older residents of assisted living facilities. **BMC Geriatric**, Canadá, v. 11, p. 23, 2011.

FRIED, L. P. et al. Untangling the concepts of disability, Frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. **Journal Gerontologic Medicine Science**, v.59, n.3, p. 255 - 263, Mar. 2004.

GARRIDO-ABEJAR, M. et al. Diferencias en la expresión del síndrome de fragilidad en varones y mujeres mayores institucionalizados sin deterioro cognitivo grave. **Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia**, Cuenca, v. 47, n. 6, p. 247-53, 2012a.

GAUGLER, J. E. et al. Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis. **BMC Geriatrics**, v. 7, p. 13, 2007.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI, 2000.

GONTIJO, S. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. In: OMS. Setor de Embaixadas Norte L. Brasília, Distrito Federal. **Organização Pan-Americana da Saúde – Opas**, p. 62, 2005.

8 Referências

GRATÃO, A. C. M. et al. Family Caregivers Demands from Elderly Individuals with Dementia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, p.873-80, 2010.

GRATÃO, A. C. M. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p.304-12, 2012.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-44, Fevereiro, 2013.

GRATÃO, A. C. M. et al. Proposta de Protocolo de Assistência de Enfermagem ao Idoso Demenciado. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**. v.08, n. 04, p.879-88, 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/4079/8834>>. Acesso em: 20 Nov 2014.

GUEDES, J. M.; SILVEIRA, R. C. R. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo – RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, 2004, v.1, n.2, p.10 - 21. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/10>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

HARDING, T. W.; ARANGO, M. V.; BALTAZAR, J. Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological Medicina**, Cambridge, v.10, p. 231 - 241, 1980.

HASSON, H.; ARNETZ, J. E. Nursing staff competence, work strain, stress and satisfaction in elderly care: a comparison of home-based care and nursing homes. **Journal of clinical nursing**, v. 17, n. 4, p. 468 – 481, 2008.

HEREDIA, V. B. M. et al. A realidade do idoso institucionalizado. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 9 - 31, 2004.

HUISMAN, M. et al. Cohort profile: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **International journal of epidemiology**, 2011, v. 40, n. 4, p. 868-76. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/content/early/2011/01/05/ije.dyq219.full>> Acesso em: 22 jan 2015.

8 Referências

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2013**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2006/default.shtm>>. Acesso em: 10 out. 2014.

IMAGINÁRIO, C. M. I. **O Idoso Dependente em Contexto Familiar** - Uma Análise da Visão da Família e do Cuidador Principal. Coimbra: Formasau, 2008. p. 242.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2006/default.shtm>>. Acesso em: 10 out. 2014.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, 2003.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, v. 9, n. 3, p. 179 - 186, 1969.

LEAL, M. C. C., et al. Perfil de pacientes idosos e tempo de permanência em ambulatório geronto-geriátrico. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.77-86, 2009.

LEBRÃO, M. L. **Epidemiologia do Envelhecimento**. Boletim do Instituto de Saúde - Envelhecimento e Saúde, Abril 2009.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. O. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.8, n.2, p.127-41, 2005.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 255, 2003.

LENARDT, M. H. et al. O desempenho de idosas institucionalizadas no minixame do estado mental. *Acta Paulista Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 638 - 44, 2009.

8 Referências

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-1, 2003.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciências da Saúde Coletiva** [online]. v.16, n.9, pp. 3689-96, 2011. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000006>. Acesso em: 10 jan 2015.

LINHARES, C. R. C. et al. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 2, p. 319 - 326, 2003.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da escala de Independência das Atividade de Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.

LISBOA, C. R.; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, p.482, 2012.

LOPES, F. L. et al. Diagnósticos de enfermagem de idosos residentes em uma instituição de longa permanência (ILP). **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 1, p. 59, 9 set. 2008.

LOUREIRO, L. S. N. et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2013, v.47, n.5, p. 1133 – 1140. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1129.pdf Acesso em: 05 nov 2014.

LOUVISON, M. C. et al. Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in Sao Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p.733 -740, 2008.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Braslian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v.148, p. 23-26, 1986.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.3, p.364 - 371, 2006.

8 Referências

MARUCCI, M. F. N. et al. Functional limitations of brazilian elderly by age and gender differences: data from sabe survey. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1177 - 1185, 2005.

MATUSIK, P. et al. Severe frailty and cognitive impairment are related to higher mortality in 12-month follow-up of nursing home residents. **Archives Gerontology Geriatrics**, Polônia, v. 55, p. 22-40, 2012.

MATSUDO, S. M. **Avaliação do idoso: física e funcional**. Londrina: Midiografica, 2000.

MELLO, B. L. D.; HADDAD, M. C. L.; DELLAROZA, M. S. G. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. **Acta Sci Health Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 95-102, 2012.

MENDES, E. M. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, P. M. T. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Paulista**, v. 26, n. 1, p. 142, 2004.

MENEZES, R. L. et al. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 485 - 96, 2011.

MILLÁN-CALENTI, J. C. et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 50, n. 3, p. 306 - 310, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 2000. 225 p. (Saúde em debate).

MORAES, E. N. **Atenção a saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

8 Referências

MTE/SPPE. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO 2002. Brasília: MTE, 2002.

MUNRO, B. H. Statistical methods for health care research. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, 2001.

NAKATAN, A. Y. K. et al. Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo programa de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 5, n.1, p. 15 – 20, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/Revista.>> . Acesso em: 24 Nov. 2014.

NERI, A. L. (Org.) Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e culturais. 2 ed. Campinas: **Alínea**, 2006. 201p.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. In: Alinea, E, editor. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. Campinas, **Alínea**, 2007.

NERI, A. L. Palavras-chave em gerontologia. 3 ed. Campinas: **Alínea**, 2008. 214p.

NUNES, M. C. R. et al. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Revista Brasileira Fisioterapia**, São Carlos, v.13 n. 5, p. 376-89, 2009.

OCAMPO, J. M. et al. Sobrecarga asociada com el cuidado de ancianos dependientes. **Colombia Medicine**. 2007, p.38, v.1, p. 40 – 46. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/4702/1/Caregiver.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2014

OKAMOTO, K. et al. Life worth living for caregiving and caregiver burden among Japanese caregivers of the disabled elderly in Japan. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 48, n. 1, p. 10 - 13, jan./feb. 2008.

OLIVEIRA, A. R. S. Desafio do cuidado domiciliar: avaliação da sobrecarga de cuidadores de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico. 2010. Dissertação (Mestrado). Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza. 2010. 104p.

OLIVEIRA, B. L. C. A. O.; SILVA, A. M.; BAIMA, V. J.; BARROS, M. M. P.; CRUZ, M. S. B. V.; CUNHA, C. L. F. Situação social e de saúde da população idosa da

8 Referências

uma comunidade de São Luís-MA. *Revista Pesquisa e Saúde*, v. 11, n. 3, p. 25-9, 2010.

OLIVEIRA, R. H. N.; MELO, E. A.; CRUZ, G. E. C. P. Impacto de intervenções educacionais na sobrecarga emocional de cuidadores de idosos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, n. 12, 2013, Belém, Pará. **Anais Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade**, Belém, Pará: Editora, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) 2013. p. 682.

OMRAN, J. R. **The epidemiology transition in the Americans**. Washington: Pan-American Health Organization, 1996.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Enfermagem Gerontológica: Conceitos para a Prática**. Washington, 1993.

PAULA, A. F. N. **Relação entre capacidade funcional, desempenho cognitivo, sintomas depressivos e evolução para óbito em idosos atendidos no ambulatório de geriatria do Hospital de Clínicas da UNICAMP**. 2012. 175 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

PAPALÉO NETO, M. Processo de envelhecimento e longevidade. In: PAPALÉO NETO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 1, p. 3 -9.

PEDRAZZI, E. P. C.; RODRIGUES, R. A. P.; SCHIAVETO, F. V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Revista de Ciências do Cuidado em Saúde**, v. 6, n. 6, p. 407-13, 2007.

PELEGRIN, A. et al. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 4, p. 182-8, 2008.

PERRACINI, M. R. F. C.; GUERRA, R. O. Funcionalidade e Envelhecimento. In: **Funcionalidade e Envelhecimento**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2011. p. 3 -24.

PEREIRA, R. A. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V. 47, n. 1, p. 185 – 192, 2013. Disponível em:

8 Referências

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a23v47n1.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2014.

PEREIRA, E. E. B. et al. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro; v. 17, n. 1, p.165-76, 2014.

PEREZ, D. J. et al. Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. **Revista Cubana Higiene Epidemiologia**. Ciudad de la Habana. V. 2. 51, n. 2, 2013. Disponível em: < http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S6>. Acesso em: 05 nov. 2014.

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T.; FURINI, A. C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 229 - 236, 2007.

POLARO, S. H. H. et al. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 777 - 784, 2012.

POPIM, R. C. et. al. Diagnósticos de enfermagem prevalentes em geriatria segundo grau de dependência. **Ciências do Cuidado em Saúde**, v. 9, n. 1, p. 21-7, 2010.

PRADO, C. P. **Perfil de Idosos Internados na Unidade de Clínica Médica de um Hospital Geral Terciário**. 2011. 156 f. Dissertação (Mestrado Enfermagem Fundamental) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 793 - 798, 2003.

REIS, L.A.; TORRES, G.V. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 274-80, 2011. Disponível em: < <https://sigaa.ufrn.br/sigaa/v2bab5ff2>>. Acesso: 22 agosto 2014.

RESENDE, M. C. F.; DIAS, E. C. Cuidadores de idosos: um novo / velho trabalho. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 785 – 800, 2008.

8 Referências

RICCI, N. A.; KUBOTTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-62, 2005.

ROCHA JÚNIOR, P. R. et al. Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com declínio cognitivo de autocuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3131-7, 2011.

ROCKWOOD, K.; ABEYSUNDERA, M. J.; MITNITSKI, A. How should we grade frailty in nursing home patients? **Journal of the American Medical Directors Association**, Hagerstown, v. 8, n. 9, p. 595-603, nov. 2007.

RODRIGUES, J. E. G., et al. Quality of life and work overload in family caregivers of elderly dependants. **Ciencia y enfermería**, v. 20, n. 3, Dez 2014. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532014000300011&script=sci_arttext&lng=en> Acesso em: 29 Mar 2015.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n.1, p. 40-8, 2003.

ROSA, P. V. et al. Perfil dos idosos residentes em instituições de longa permanência da região sul do país. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 8, n. 1, p. 38-47, 8 out. 2012.

SALES, F. M.; SANTOS, I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v.16, n.3, p. 495 - 502, 2007.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Revista Gaucha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.31, n. 1, p.112-5, Março, 2010.

SANTOS, M. I. P. O. Perfil dos idosos internados no Hospital Geral em Belém (Pará). **Revista de Enfermagem**, v.11, n.1, p. 23-9, 2007.

SANTOS, A. M. M. **Quedas em idosos institucionalizados**. 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado Cuidado e Trabalho em Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilã, 2012.

8 Referências

SANTOS, S. S. C.; FELICIANI, A. M.; SILVA, B. T. DA. Perfil de idosos residentes em instituição de longa permanência: proposta de ações de enfermagem/saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 8, n. 3, p. 26-33, 2012.

SANTOS, S. M. A. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. 3. ed. Campinas: Alínea, 2010. 228p.

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. – La transición epidemiológica de las y de los adolescentes en México. **Salud Pública de México**, v. 45, n. 1, p. 140-52, 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609518>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JUNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **RBPS**, 21, n. 4, p. 290-6, 2008.

SEIMA, M. D., LENARDT, M. H., CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Revista Brasileira de Enfermagem**; v. 67, n. 2, p. 233 – 240, 2014. Disponível em: <<http://http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0233.pdf>>. Acesso em: 06 novembro de 2014.

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

SCAZUFCA, M. et al. Limitations of the Mini-Mental State Examination for screening dementia in community with low socioeconomic status. **Eur Psychiatry Clinical Neuroscience**. v. 259, p.8-15, 2009.

SCHRAMM, J.M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897 - 908, 2004.

SEIMA, M. D., LENARDT, M. H., CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 233-240, Apr. 2014.

SILVA, S. L. A. et al. Avaliação da fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de geriatria e gerontologia. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 125-9, 2009.

8 Referências

SIQUEIRA, A.B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.5, p.687 - 694, 2004.

SPOSITO, G. et al. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. **Ciências Saúde Coletiva** [online]. Vol.18, n.12, pp. 3475-82, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200004>. Acesso em: 14 jan 2015.

STHAL, H. C; BERTI, H. W; PALHARES, V. C. Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto socorro quanto a vulnerabilidade social e programática. *Escola Anna Nery*, v.14, n. 4. p. 697-704, 2010.

STEINMAN, B.A.; ALLEN, S.M. Self-Reported Vision Impairment and Its Contribution to Disability Among Older Adults. **Journal Aging Health**. v. 24, p. 307-22, March 2012.

SUASSUNA, P. D. et al. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v.15, n.4, p. 643-50, 2012.

SUNDERLAND, T. et al. Clock drawing in Alzheimer's Disease: a novel measure of dementia severity. **Journal of American Geriatric Association**. v. 37, p. 725-29, 1989.

TALMELLI, L. F. S. et al. Alzheimer's disease: functional decline and stage of dementia. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 26, n.3, p.219 - 25, 2013.

TALMELLI, L. F. S. **Incapacidade Funcional em idosos: Análise de Conceito**. 113 folhas. 2013. Tese (Doutorado Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

THOMPSON, W. S. Population. **American Journal of Sociology**, Chicago, v. 34, p. 959-975, 1929.

VELÁSQUEZ G, V. F. et al. Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez. **Hacia promoción del salud**, v. 16, n. 2, p. 121-131, 2011.

VERAS, R. P. et al. Novos paradigmas do modelo assistencial no setor saúde:

8 Referências

conseqüências da explosão populacional dos idosos no Brasil. In: ____ **Terceira Idade: Gestão Contemporânea em Saúde**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, v. 19, n. 3, p. 11 – 79, 2002.

WACHHOLZ, P. A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Versão Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. 2013; v. 13, n. 3, p. 513 - 526. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n3/v16n3a10.pdf>>. Acesso em: 05 nov 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento Ativo**: uma política de saúde. Tradução S. Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WRIGHT, L. M. **Enfermeiras e famílias**: um guia para avaliação e intervenção na família. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012. p 13-31.

YONA, M. G. O. Perfil epidemiológico de usuários idosos de um hospital de Maceió avaliados na semana do idoso. In: ANAIS DE CONGRESSO – GERIATRIA E GERONTOLOGIA, n. 10, 2010, Fortaleza, Ceará. **Anais Congresso de Geriatria e Gerontologia**, Fortaleza, Ceará: Geriatria e Gerontologia, 2010, v. 4, p. 9 - 71.

ZARIT, S. H.; ZARIT, J. M. **The memory and behavior problems checklist: 1987R and the burden interview (technical report)**. Pennsylvania State: University Park (PA), 1987.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO IDOSO

Título do estudo: Atenção integral à saúde de idosos e cuidadores no Município de São Carlos

Pesquisador(es) responsável(is): Aline Cristina Martins Gratão

Instituição/Departamento: Universidade Federal de São Carlos/ Departamento de Gerontologia

Telefone para contato com o pesquisador: (16) 3306-6670, (16) 8102-6051

Convidamos o(a) Sr(a) a participar da pesquisa “Atenção integral à saúde de idosos e cuidadores no no Município de São Carlos”, que tem como objetivos caracterizar os idosos e cuidadores atendidos na Unidade Saúde Escola (USE), no Hospital Escola de São Carlos e na Instituição Cantinho Fraternal, quanto ao perfil social, demográfico e de saúde, avaliar a função cognitiva e a independência funcional do(a) Sr(a), avaliar a existência de sobrecarga e o desconforto emocional do cuidador, identificar as necessidades de conhecimento, e formar um grupo para idosos e cuidadores baseando-se nas necessidades levantadas pelo grupo.

Conversaremos com o (a) Sr (a) nos locais mencionados. O(a) Sr(a) não terá gastos com a pesquisa. A conversa terá a duração de aproximadamente 40 a 50 minutos. Se o(a) Sr(a) aceitar participar dessa pesquisa deverá assinar este termo e ficará com uma cópia, caso precise entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa, sem que o(a) Sr(a) sofra qualquer prejuízo por parte do pesquisador ou da instituição de saúde, deixamos acima o telefone.

Posteriormente, o cuidador do(a) Sr(a) será convidado(a) a comparecer no grupo de cuidadores, que irá trabalhar e discutir temas de preferência, por meio de círculos de discussão, palestras ou dramatização. Este estudo tem muita importância para a promoção da saúde do(a) Sr(a) e de seu cuidador. Sua participação é voluntária e as informações do(a) Sr(a) e dos outros participantes desse estudo serão mantidos em segredo e não aparecerão ao final da pesquisa, pois não se espera causar desconforto ou riscos aos entrevistados.

Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação (como revistas científicas). Esperamos merecer sua confiança e colocamo-nos à disposição para qualquer informação adicional no telefone acima descrito.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Assinatura do sujeito

Assinatura do responsável legal do idoso

Assinatura do pesquisador

São Carlos, _____ de _____ de 2014.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO CUIDADOR

Título do estudo: Atenção integral à saúde de idosos e cuidadores no Município de São Carlos

Pesquisador(es) responsável(is): Aline Cristina Martins Gratão

Instituição/Departamento: Universidade Federal de São Carlos/ Departamento de Gerontologia

Telefone para contato com o pesquisador: (16) 3306-6670, (16) 8102-6051

Convidamos o(a) Sr(a) a participar da pesquisa “Atenção integral à saúde de idosos e cuidadores no Município de São Carlos”, que tem como objetivos caracterizar os idosos e cuidadores atendidos na Unidade Saúde Escola (USE), no Hospital Escola de São Carlos e na Instituição Cantinho Fraternal, quanto ao perfil social, demográfico e de saúde, avaliar a função cognitiva e a independência funcional do idoso, avaliar a existência de sobrecarga e o desconforto emocional dos cuidadores, identificar as necessidades de conhecimento do idoso e cuidador, e formar um grupo para idosos e cuidadores baseando-se nas necessidades levantadas pelo grupo. Este estudo tem muita importância para a promoção da saúde do(a) Sr(a), o cuidador.

Conversaremos com o (a) Sr (a) nos lugares mencionados. O(a) Sr(a) não terá gastos com a pesquisa. A conversa terá a duração de aproximadamente 40 a 50 minutos. Se o(a) Sr(a) aceitar participar dessa pesquisa deverá assinar este termo e ficará com uma cópia, caso precise entrar em contato conosco por qualquer motivo, inclusive para deixar de participar da pesquisa, sem que o(a) Sr(a) sofra qualquer prejuízo por parte do pesquisador ou da instituição de saúde, deixamos acima o telefone.

Posteriormente, o(a) Sr(a) será convidado(a) a comparecer no grupo de cuidadores, que irá trabalhar e discutir situações da sua prática, por meio de círculos de discussão, palestras e dramatizações. Sua participação é voluntária e as informações do(a) Sr(a) e dos outros participantes desse estudo serão mantidas em segredo e não aparecerão ao final da pesquisa, pois não se espera causar desconforto ou riscos aos entrevistados. Nessa pesquisa o (a) Sr(a) estará contribuindo muito com o entendimento sobre o que mais lhe causa cansaço e assim poderemos organizar um grupo para que possa tentar ajudá-lo de alguma forma.

Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação (como revistas científicas). Esperamos merecer sua confiança e colocamo-nos à disposição para qualquer informação adicional no telefone acima descrito.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Assinatura do sujeito

Assinatura do pesquisador

São Carlos, _____ de _____ de 2014.

APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DO IDOSO E CUIDADOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
 Departamento de Gerontologia
 Via Washington Luís, km 235 – Caixa Postal,
 676
 13565-905 – São Carlos – SP - Brasil
 Fones/FAX: (16) 3351-9634
 E-mail: gerontologia@ufscar.br
www.gerontologia.ufscar.br



FICHA DE AVALIAÇÃO DO IDOSO - I DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

Nome _____ Data da entrevista _____

Endereço residencial: _____

Telefones para contato: _____

DN ___/___/19___ Id Atual _____ Sexo (1)masc (2)fem

Religião _____

Est civil (1)solt (2)cas (3)viúv (4)sep (5)amasiado

Escolaridade _____ anos. Analfabeto ()

Procedência: _____ Natural de: _____

Qual(is) dessas rendas o Sr.(a) tem? (1) Sim (2) Não
 ()Aposentadoria ()Pensão ()Aluguel ()Trabalho Próprio, qual? _____
 ()Doações ()Outras _____

Renda mensal aproximada em R\$: considerado SM out/2013 = R\$ 678,00

Individual (valor bruto): _____. (1) 1 a 3 SM (2) 4 a 6 SM (3) 7 ou mais SM

Familiar (valor bruto): _____. (1) 1 a 3 SM (2) 4 a 6 SM (3) 7 ou mais SM

Reside com:

(1)Sozinho (2)Somente c/ cônjuge (3)Somente c/ filhos (4)Cônjuge e filhos
 (5)Cônjuge, filhos e netos (6)Filhos/genro,nora (7)Cônjuge, Filhos/genro,nora
 (8)Cônjuge, Filhos/genro,nora e netos (9) Com irmãos ou outros idosos (10)Outros
 - Especifique _____

Cuidador principal. Nome: _____

(1)Esposo(a) ou companheiro(a) (2)Filho(a) (3)irmã(o) (4)Nora/genro
 (5)neto/a
 (6)Amigo ou vizinho (7)Profissional contratado (8)Outro (99)Não se aplica
 Especifique outros _____

II AVALIAÇÃO FUNCIONAL, EMOCIONAL E COGNITIVA

Atividades Básicas de Vida Diária (Katz): (6 = Indep.; 5 – 3 = Semi-dependente; ≤2 = Dependente)

Apêndices e Anexos

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral	
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho	
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido	
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre	
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira	
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga	
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral	
Total de Pontos = _____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS de VIDA DIÁRIA (Lawton):

(1) Dep. (2) Semi-depend (3) Indep. (**Resultado: ≤ 5 = Dep. Total; 6 – 20 = Parcial; 21 = Indep.**)

ATIVIDADE		AVALIAÇÃO	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue realizar trabalhos domésticos (arrumar casa, lavar roupa, passar roupa)?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL		_____ pontos	

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

- Você está satisfeito(a) com sua vida? (0) Sim (1) Não
- Tem abandonado muitas de suas atividades e interesse? (1) Sim (0) Não

Apêndices e Anexos

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 3. Sente que sua vida está vazia? | (1) Sim | (0) Não |
| 4. Aborrece-se com freqüência? | (1) Sim | (0) Não |
| 5. Encontra-se animado(a) a maior parte do tempo? | (0) Sim | (1) Não |
| 6. Tem medo que algum mal lhe aconteça? | (1) Sim | (0) Não |
| 7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? | (0) Sim | (1) Não |
| 8. Sente-se abandonado a maior parte do tempo? | (1) Sim | (0) Não |
| 9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? | (1) Sim | (0) Não |
| 10. Sente-se com mais problemas de memória do que os outros? | (1) Sim | (0) Não |
| 11. Acredita que é muito bom estar vivo? | (0) Sim | (1) Não |
| 12. Sente-se inútil? | (1) Sim | (0) Não |
| 13. Sente-se com muita energia? | (0) Sim | (1) Não |
| 14. Acha que sua situação é sem esperança? | (1) Sim | (0) Não |
| 15. Acha que a maioria das pessoas está melhor que você? | (1) Sim | (0) Não |
- Total _____ (> 5 suspeita-se de depressão)**

Mini Exame do Estado Mental (MEEM) – TOTAL _____

(17- analf.; 22 -1 a 4 anos; 24 -5 a 8 anos; 26 -9 anos)

ORIENTAÇÃO TEMPORAL – Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero).)			
Ano	()acertou	()errou	()Não sabe
Semestre	()acertou	()errou	()Não sabe
Mês	()acertou	()errou	()Não sabe
Dia	()acertou	()errou	()Não sabe
Dia da semana	()acertou	()errou	()Não sabe
ORIENTAÇÃO ESPACIAL – Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero).) (Onde o Sr(a) está agora? (Que lugar é esse aqui? (Que região é essa da cidade?) (Que cidade é essa)? Que estado é esse			
Nome da rua	()acertou	()errou	()Não sabe
Número da casa	()acertou	()errou	()Não sabe
Bairro	()acertou	()errou	()Não sabe
Cidade (Que cidade é essa)	()acertou	()errou	()Não sabe
Estado	()acertou	()errou	()Não sabe
REGISTRO - Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote > Se o total for diferente de três repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda em no máximo 5 repetições. Anote o número de repetições que fez e nunca corrija a primeira parte. Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.			
Vou lhe dizer três palavras e, quando terminar, pedirei que as repita, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?			
Lembrou = 1 Não lembrou = 0			
Vaso	()conseguiu	()não conseguiu	
Carro	()conseguiu	()não conseguiu	
Tijolo	()conseguiu	()não conseguiu	
Número de repetições: _____			
ATENÇÃO E CÁLCULO - Anotar se acertou (1 ponto), errou (zero), ou não sabe (zero).			
Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos			
100-7=93	()acertou	()errou	()Não sabe

Apêndices e Anexos

93-7=86	() acertou	() errou	() Não sabe
86-7=79	() acertou	() errou	() Não sabe
79-7=72	() acertou	() errou	() Não sabe
72-7=65	() acertou	() errou	() Não sabe

MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem

Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra.

Vaso	() acertou	() errou	() Não sabe
Carro	() acertou	() errou	() Não sabe
Tijolo	() acertou	() errou	() Não sabe

LINGUAGEM – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)

Caneta	() acertou	() errou	() Não sabe
Relógio	() acertou	() errou	() Não sabe

Repita a frase que vou lhe dizer - (Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente). A resposta correta vale 1 ponto.

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ

Conseguiu ()	Não conseguiu ()
---------------	-------------------

Dê ao idoso(a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: **FECHE OS OLHOS**, diga-lhe:

Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10 seg).

Fechou os olhos () (1 ponto)	Não fechou os olhos () (zero)
-------------------------------	--------------------------------

Diga ao idoso(a):

Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).)

Pegue o papel com a mão direita	() acertou	() errou	() Não sabe
Dobre esse papel ao meio	() acertou	() errou	() Não sabe
Ponha-o no chão	() acertou	() errou	() Não sabe

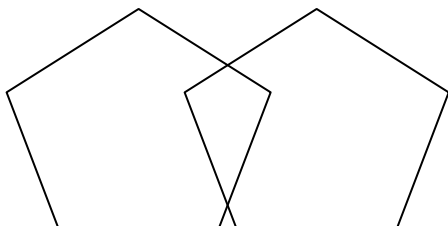
Diga ao idoso(a):

O (a) Sr(a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha?

Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: "Isto é uma frase?" e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg)

Pontuação: _____

Diga ao idoso(a): Por favor, copie este desenho:



Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto) Pontuação: _____

Pontuação Total: _____/30
Anos de escolaridade: _____

Apêndices e Anexos

Teste do Relógio: Pedir para desenhar um relógio redondo, colocar todas as horas e os ponteiros (11:10h).

Relógio e números estão corretos	6 a 10 pts	
Tudo está correto	10	(1) Normal
Leve desordem nos ponteiros	9	(9-10pt)
Desordem nos ponteiros mais acentuada	8	
Ponteiros completamente errados	7	(2) Ruim
Uso inapropriado (marcação tipo digital)	6	(6-8pts)
Relógio e números incorretos	1 a 5 pts	(3) Muito ruim
Números em ordem inversa ou juntos numa parte do relógio	5	(1-5 pts)
Números faltando ou fora dos limites do relógio	4	
Números e relógio não conectados; ausência de ponteiros	3	
Alguma evidência de ter entendido as instruções, mas pouca semelhança com relógio	2	
Não tentou ou não conseguiu representar um relógio	1	

III – EXAME FÍSICO

Peso: _____ Altura _____ IMC (P/Alt²): _____ PA _____ mmHg

Circunferência abdominal: _____ cm Circunferência cintura: _____ cm

Doenças: (1)dislipidemia (2)HAS (3)Diabetes (4)Cardiopatia (5)Osteoporose
(6)Artrite/Artrose (7)outras _____

Acuidade visual: (0)boa (1)ruim (Teste de Snellen) **Acuidade auditiva:** (0)boa (1)ruim (Teste sussurro)

IV - HÁBITOS DE VIDA

2. É fumante? (0) não (1) sim (2) ex-fumante

Se sim; quantos cigarros fuma por dia?

(1)menos de 10 (2) 10 a 20 (3) mais de 20

3. Consome bebidas alcoólicas?

(0) não (1) sim. Se sim, qual a frequência?

(1)um copo/dia (2)acima de 1 a 3 copos/dia

(3)acima de 3 a 4 copos/dia (4)menos do que 1x/semana

(5) outra..... Qual a bebida?.....

4. Pratica atividade física?

(0) não (1) sim

Se sim, qual a(s) atividade(s)?

(1)caminhada (2)hidroginástica

(3) outra.....

Qual a periodicidade semanal?

(1) 1x (2) 1-2x (3) 3x (4) > 3x

Responsáveis pela avaliação: _____

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – CUIDADOR**CARACTERÍSTICAS DO CUIDADOR**

Nome: _____

É cuidador:

(1) informal não remunerado (2) informal remunerado (3) formal não remunerado (4) formal remunerado**Grau de parentesco ou grau de relação com o idoso**(1)Esposo(a) ou companheiro(a) (2)Filho(a) (3)irmã(o) (4)Nora/genro
(5)neto/a (6)Amigo ou vizinho (7)Profissional contratado (8)Outro (99)Nsa

Idade: _____ Sexo: (1)masc (2)fem

Remuneração mensal pelo trabalho (em reais): _____ () NSA

Estado conjugal: (1)solt (2)cas (3)viúv (4)sep (5)amasiado

Vive com o idoso: (1) Sim (2) Não

Escolaridade (em anos): _____(1) Analfabeto (2) Sabe ler/escrever informal (3) 1 a 4 (4) 5 a 8 (5) 9 a 12 (6) 13 ou mais
É o cuidador principal ? 1- Sim 2- Não**EXAME FÍSICO**Peso: _____ Altura _____ IMC: peso/alt² _____ PA _____ mmHgDoenças: (1)dislipidemia (2)HAS (3)Diabetes (4)Cardiopatia (5)Osteoporose
(6)Artrite/Artrose
(7) Problemas na coluna (8)outras _____

Considera-se informado em relação à doença do(a) paciente? (1) Sim (2) Não

Considera-se informado em relação a como cuidar do (a) paciente? (1) Sim (2) Não

Teve curso instituição (formal) para cuidar ? Qual _____ (1) Sim (2) Não**Teve algum outro tipo de treinamento ? Qual _____ (1) Sim (2) Não**

Tempo que exerce a função de cuidador do idoso (em anos) _____

Quantos dias da semana são dedicados para cuidar do idoso durante a semana (2ª feira a 6ª feira): _____

Quantos dias são dedicados ao idoso, no fim de semana (Sábado e domingo): _____

Quantas horas por dia são dedicadas ao idoso durante a semana (2ª f. a 6ª f.): _____

Quantas horas por dia são dedicadas ao idoso, no fim de semana (Sáb e dom): _____

Qual das atividades abaixo você exerce para o idoso:

Higiene Corporal : (1) Sim (2) Não

Sono e Repouso: (1) Sim (2) Não

Higiene Oral: (1) Sim (2) Não

Atividade Física: (1) Sim (2) Não

Eliminações: (1) Sim (2) Não

Lazer: (1) Sim (2) Não

Serviço de Fisioterapia: (1) Sim (2) Não

Apêndices e Anexos

Cuidados c/ a Pele:	(1) Sim	(2) Não
Alimentação:	(1) Sim	(2) Não
Medicação:	(1) Sim	(2) Não
Conta com o suporte formal de alguma entidade?		
Igreja OU Instituição Religiosa:	(1) Sim	(2) Não
Grupo(Ong) de Apoio da Comunidade:	(1) Sim	(2) Não
Grupo de Apoio (Instituição de Saúde):	(1) Sim	(2) Não
Clubes (SESI/SESC/SENAC/SENAI):	(1) Sim	(2) Não
Serviço de assistência social:	(1) Sim	(2) Não
Outro	(1) Sim	(2) Não Especificar: _____

AVALIAÇÃO DO CUIDADOR - *BURDEN INTERVIEW*

Para as questões 1 a 21, as respostas são: 0 – nunca 1 – raramente 2 – algumas vezes 3 – frequentemente 4 – sempre OBS: S* refere-se a quem é cuidado (usar o nome)	
1 O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele(a) necessita?	ajuda _____
2 O Sr/Sra sente que não tem tempo suficiente para si mesmo?	tempo _____
3 O Sr/Sra se sente estressado(a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	estres _____
4 O Sr/Sra se sente envergonhado(a) com o comportamento de S?	env _____
5 O Sr/Sra se sente irritado quando S está por perto?	irrit _____
6 O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	afeta _____
7 O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?	receio _____
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?	dep _____
9 O Sr/Sra se sente tenso(a) quando S está por perto?	tenso _____
10 O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?	saude _____
11 O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?	privac _____
12 O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada por causa de S?	social _____
13 O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?	vvisita _____
14 O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele(a), como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?	cuide _____
15 O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?	dinh _____
16 O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?	incapaz _____
17 O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?	perdac _____
18 O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?	ocuida _____
19 O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?	duvid _____
20 O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?	fazm _____

Apêndices e Anexos

21 O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S? K.4f) Outro especificar: _____	cuidam ____
Para a questão 22 a respostas são: 0 – nem um pouco 1 – um pouco 2 – moderadamente 3 – muito 4 – extremamente	
22 De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S?	PSOBREC ____

SELF REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ)

Para as questões 1 a 20, as respostas são:

(1) sim (2) não

1 Tem dores de cabeça frequentes?	dores ____
2 Tem falta de apetite?	fapet ____
3 Dorme mal?	dormem ____
4 Assusta-se com facilidade?	assusta ____
5 Tem tremores nas mãos?	trem ____
6 Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	nerv ____
7 Tem má digestão?	mad ____
8 Tem dificuldade de pensar com clareza?	dific ____
9 Tem se sentido triste ultimamente?	trist ____
10 Tem chorado mais do que de costume?	chora ____
11 Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	difavd ____
12 Tem dificuldades para tomar decisões?	difd ____
13 Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	difs ____
14 É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	papel ____
15 Tem perdido o interesse pelas coisas?	perdin ____
16 Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	sin ____
17 Tem tido a ideia de acabar com a vida?	ivida ____
18 Sente-se cansado(a) o tempo todo?	cans ____
19 Tem sensações desagradáveis no estômago?	sendes ____
20 Você se cansa com facilidade?	cansaf ____

Responsáveis pela avaliação: _____

ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA E EXTENSÃO DA USE

Universidade Federal de São Carlos
Unidade Saúde Escola (USE)
Rodovia Washington Luis, km 235 – CP 676
13565-905 – São Carlos – SP
Fone (16) 3351.8645 – e-mail: use@power.ufscar.br



São Carlos, 25 de março de 2013.

Parecer da Comissão de Pesquisa e Extensão da USE

Projeto de Pesquisa – Iniciação Científica

Título do Projeto: Atenção Integral à Saúde de Idosos e Cuidadores no Município de São Carlos

Proponente: Prof^ª Dra. Aline Cristina M. Gratão

E-mail: alinegratao@ufscar.br

Telefone: 8102 6051, 3306 6670

Instituição de Origem: UFSCar

Orientadora: Prof^ª Dra. Aline Cristina M. Gratão

Considerando que os documentos enviados a esta comissão contém as informações necessárias para análise do projeto de pesquisa, esta comissão é FAVORÁVEL à sua realização com a condição.

Condições:

1. Recomendo que a pesquisadora não apenas oriente o usuário sobre os locais onde possa procurar cuidado na USE e fora dela, mas que responsabilize-se por facilitar os acessos necessários.
2. Entregar e cumprir o Termo de Compromisso de Pesquisa na USE e os documentos relacionados ao Projeto.
3. Entregar ANTES do início da pesquisa o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade.
4. Comunicar por escrito a Secretária de Apoio Acadêmico (email: apoioacademico@ufscar.br), toda alteração de projeto relacionado a USE, principalmente quando estiver relacionado a prazo, pesquisadores e sujeitos de pesquisa.
5. Encaminhar ao FINAL da pesquisa os resultados dos dados coletados na USE (prazo a combinar)

Comissão de Pesquisa e Extensão – USE
Parecerista: Helen Capeleto Francisco Machado – Fonoaudióloga

ANEXO B – RESULTADO DO PARECER DO HOSPITAL ESCOLA



SAHUDES

Sociedade de Apoio, Humanização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde
HOSPITAL ESCOLA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS
"Prof. Dr. Horácio Carlos Panepucci"

São Carlos, 08 de maio de 2013

Projeto 3/2013

Projeto: "Atenção integral à saúde de idosos e cuidadores no município de São Carlos"

(Orientador: Profª Drª Aline Cristina Martins Gratão (Dpto Gerontologia);
Colaboradores: Prof. Drº. Francisco de Assis Carvalho do Vale (Dpto de Medicina);
Profª Drª Keika Inouye; Profª Drª Sofia Cristina I. Pavarini (Dpto de Gerontologia)
Universidade Federal de São Carlos

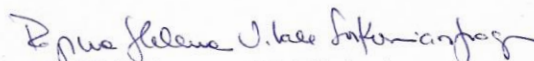
A Comissão de Pesquisa e Extensão do HEM após análise do projeto verificou que os esclarecimentos solicitados no parecer 1 foram contemplados. No entanto, ressalta que a pesquisadora deverá pactuar o início das atividades junto à gerência de enfermagem responsável pelo serviço no HEM.

Alertamos ainda, que a coleta de dados só poderá iniciar após a apresentação da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e solicitamos que ao final do estudo seja encaminhado a COPEX o resumo dos resultados obtidos (uma página).

Resultado final do parecer:

- Aprovado
 Com pendências
 Reprovado

Atenciosamente

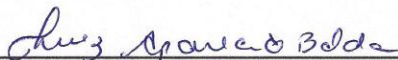

Prof. Drª. Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim
Coordenadora da Comissão Pesquisa e Extensão do HEM

**ANEXO C – TERMO DE CIÊNCIA DA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
CANTINHO FRATERO DONA MARIA JACINTA****INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA CANTINHO
FRATERO DONA MARIA JACINTA**

São Carlos, Março de 2013

Termo de Ciência da Instituição co- Participante

A **Instituição Cantinho Fraterno Dona Maria Jacinta**, está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa "**Atenção Integral á Saúde de Idosos e Cuidadores no Município de São Carlos**", e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Declaro ter lido e conhecer o projeto em questão, bem como cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS196/96, mediante submissão e aprovação pelo CEP da instituição proponente.



Sr. Luis Aparecido Baldan
Cantinho Fraterno "Dona Maria Jacinta"
Presidente da Instituição Cantinho Fraterno Dona Maria Jacinta
[59.620.518/0001-70]

**CANTINHO FRATERO
DONA MARIA JACINTA**

RUA 7 DE SETEMBRO, 1000
CENTRO - CEP 13560 - 180
SÃO CARLOS - SP

**ANEXO D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
COM SERES HUMANOS DA UFSCar**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE IDOSOS E CUIDADORES NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS

Pesquisador: Aline Cristina Martins Gratão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21522513.8.0000.5504

Instituição Proponente: Unidade Saúde-Escola

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 416.459

Data da Relatoria: 15/10/2013

Apresentação do Projeto:

Estudos epidemiológicos demonstram o aumento da população de idosos e conseqüentemente das incapacidades por doenças crônicas não transmissíveis. Estes fatores levam ao surgimento da presença do cuidador seja ele formal ou informal para prestação de cuidados diários ao idoso, muitas vezes sem apoio e sem orientações. Assim, as universidades brasileiras estão convocadas a formar recursos humanos para a prática profissional direcionada à população que envelhece e ao seu cuidador, bem como a produzir conhecimentos

que possam auxiliar o poder público a implantar políticas de atendimento às essas pessoas nessa área. Dessa forma esta pesquisa tem por objetivo de avaliar as condições de saúde dos idosos e cuidadores e identificar as necessidades de conhecimentos dos idosos e dos cuidadores formais ou informais responsáveis pela assistência aos idosos nos domicílios ou em instituições, favorecendo assim, implementar e aprimorar o planejamento de ações integrais em saúde para essas pessoas. A metodologia a ser empregada é de caráter quantitativo, epidemiológico, descritivo e transversal, para verificação dos dados demográficos, de capacidade funcional e cognitiva dos idosos, dados sócio-demográficos, de saúde e do

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 416.459

considerado uma base para a aplicação da Metodologia da Problematização relacionada a intervenção baseada na educação em saúde da população desta pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Em relação à competência de avaliação dos idosos e cuidadores: - Identificar e caracterizar idosos na comunidade de São Carlos, quanto ao perfil social, demográfico e de saúde; - Avaliar a função cognitiva e a independência para ABVDs e AIVDs dos idosos e relacionar com sexo, idade, estado conjugal, escolaridade e independência funcional; - Caracterizar e descrever os cuidadores dos idosos quanto ao perfil social, demográfico, dedicação para o cuidar, atividades do cuidar e apoio recebido; - Avaliar e descrever a existência de sobrecarga e o desconforto emocional dos cuidadores em relação à atividade do cuidar e comparar os resultados dos cuidadores formais e informais; - Identificar as necessidades de saúde e de conhecimento do idoso e cuidador utilizando a metodologia da problematização.

Objetivo Secundário:

Em relação à competência de intervenção baseada na educação em saúde: - Aplicar e avaliar grupo de educação em saúde para os idosos e os cuidadores formais e informais, baseando-se nas necessidades identificadas pelo grupo; - Construir protocolo para atendimento aos idosos e cuidadores nas distintas unidades de saúde; - Elaborar materiais educativos e instrucionais aos idosos e cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos são poucos e se resumem ao desconforto que podem ser gerados por parte dos cuidadores, por terem que expressar suas experiências emocionais em relação ao cuidar do idoso, além da compreensão errônea das temáticas a serem trabalhadas na prática educativa. Os pesquisadores serão treinados a observarem essas situações e prontamente resolvê-las da melhor forma possível, encaminhando a profissionais colaboradores da pesquisa ou mesmo reaplicando orientações sempre que necessárias.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 416.459

concretização da capacitação e aperfeiçoamento da equipe executora e dos profissionais de saúde envolvidos para a área em específico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, Tem conteúdo científico e social de relevância. A pesquisadora atendeu as pendências apontadas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 06 de Outubro de 2013

Assinador por:
Roquelaine Batista dos Santos
(Coordenador)