

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

MARCELA NAIARA GRACIANI FUMAGALE MACEDO

**IDOSOS QUE CUIDAM DE OUTROS IDOSOS: um estudo sobre sobrecarga e
fragilidade**

SÃO CARLOS - SP

2021

MARCELA NAIARA GRACIANI FUMAGALE MACEDO

**IDOSOS QUE CUIDAM DE OUTROS IDOSOS: um estudo sobre sobrecarga e
fragilidade**

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
apresentado ao Departamento de Gerontologia
da Universidade Federal de São Carlos como
parte dos requisitos para obtenção do título de
Bacharel em Gerontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Ariene Angelini dos
Santos Orlandi.

SÃO CARLOS - SP

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade.

À minha avó, minha inspiração para a gerontologia.

Aos meus pais, pelo apoio e incentivo à Universidade Pública.

À minha irmã, por acreditar no meu potencial.

Às minhas amigas Maryssa, Morgana, Monike e Heloísa, que estiveram ao meu lado todos esses anos comemorando todas as minhas conquistas.

Aos meus amigos de sala, em especial Laura, Fernanda, Ana Laura e Pedro, pela troca de conhecimento e parceria nessa jornada.

Ao apartamento 113B, que se tornou minha família em São Carlos e dividiu comigo todos os momentos de alegria e insegurança.

Ao grupo de pesquisa, em especial a Professora Doutora Keika e Professora Mestre Élen por todas as orientações e ensinamentos.

Por fim, à minha maior inspiração acadêmica, minha orientadora Professora Doutora Ariene Angelini dos Santos Orlandi, que tornou este e tantos outros trabalhos possíveis.

RESUMO

No contexto nacional, a família é a fonte primária de apoio ao idoso. Em decorrência do envelhecimento populacional e da diversidade de arranjos familiares, cresce o número de idosos cuidadores de outros idosos dependentes. A tarefa de cuidar pode surgir subitamente, sem instrução prévia ou apoio de terceiros, resultando em intensa sobrecarga, especialmente para idosos cuidadores. Estudiosos afirmam que essa tensão psicológica pode culminar no desenvolvimento da fragilidade física. Tanto a sobrecarga quanto a fragilidade podem impactar a qualidade de vida dos envolvidos e interferir na qualidade do cuidado oferecido, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade social. Com a identificação precoce de ambas as condições, intervenções podem ser pensadas a fim de reduzir os gastos com serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos. **Objetivo:** analisar a relação entre sobrecarga e fragilidade de idosos que cuidam de outros idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USF) inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social. **Método:** estudo transversal, quantitativo, realizado em um município do interior paulista. Trata-se de um recorte de um estudo maior, do qual participaram 65 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados em USFs e que cuidavam de idosos. Os dados foram coletados no domicílio do idoso cuidador, no período de julho de 2019 a março de 2020, por pesquisadores previamente treinados. Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: questionário para caracterização do idoso cuidador e do contexto do cuidado, Inventário de Sobrecarga de Zarit e Fenótipo de Fragilidade proposto por Linda Fried. Análises descritivas e correlacionais foram realizadas. As diferenças entre os grupos foram estimadas utilizando-se os testes Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher e Mann-Whitney. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** houve predomínio de idosos cuidadores do sexo feminino (56,9%), inseridos na faixa etária de 60 a 74 anos (78,5%) e com companheiro (93,9%). A maioria dos entrevistados era cuidador do cônjuge (89,2%), não possuía treinamento prévio (96,9%) e nenhum tipo de apoio para desempenhar a tarefa de cuidar (58,5%). Houve significância estatística entre níveis elevados de sobrecarga e fragilidade ($p = 0,004$). A fragilidade apresentou relação estatística com situação conjugal ($p = 0,016$), sintomas depressivos ($p = 0,029$), declínio cognitivo ($p = 0,029$) e grau de parentesco com o idoso cuidado ($p = 0,015$). **Conclusão:** houve relação entre elevada sobrecarga e fragilidade em idosos que cuidam de outros idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família em contexto de alta vulnerabilidade social. A maioria dos idosos que pontuou para sobrecarga ausente ou moderada não estava frágil, enquanto que idosos cuidadores que pontuaram para sobrecarga moderada a severa ou severa estavam frágeis.

Palavras-chaves: Cuidadores; Idoso; Fragilidade; Sobrecarga; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

In the national context, the family is the primary source of support for the older adult. As a result of population aging and the diversity of family arrangements, the number of older people caregivers of other dependent older adults increases. The task of caring may arise suddenly, without prior instruction or support from third parties, resulting in intense burden, especially for older adult caregivers. Scholars claim that this psychological tension can culminate in the development of frailty. Both burden and frailty can impact the quality of life of those involved and interfere in the quality of care offered, especially in contexts of high social vulnerability. With the early identification of both conditions, interventions can be thought out in order to reduce spending on health services and improve the quality of life of these individuals.

Objective: analyze the relationship between burden and frailty of older adults who take care of others older adults registered in Family Health Units (FHU) with a high social vulnerability context. **Method:** a cross-sectional, quantitative study conducted in a municipality in the interior of São Paulo. This is a larger study, in which 65 older adults aged 60 years or older, registered in FHUs and caring for the older adults participated. Data were collected at the household of the older adult caregiver, from July 2019 to March 2020, by previously trained researchers. The following instruments were used for data collection: questionnaire to characterize the older adult caregiver and the context of care, the Zarit Burden Scale, and the frailty phenotype proposed by Fried. Descriptive and correlational analyses were performed. The differences between the groups were estimated using Pearson's Chi-square, Fisher's Exact and Mann-Whitney tests. The significance level adopted was 5% ($p < 0,05$). **Results:** there was a predominance of older adults female caregivers (56.9%), aged 60 to 74 years (78.5%) and with a partner (93.9%). The majority of interviews were spouse caregivers (89.2%), had no prior training (96.9%) and no support to perform the task of caring (58.5%). There was statistical significance between high levels of burden and frailty ($p = 0.004$). Frailty presented a statistical relationship with marital status ($p = 0.016$), depressive symptoms ($p = 0.029$), cognitive decline ($p = 0.029$), and degree of kinship with the older adult care ($p = 0.015$). **Conclusion:** there was a relationship between high burden and frailty in the older adults who care for other older adults seen in Family Health Units in a context of high social vulnerability. Most of the older adults who scored for absent or moderate burden were not frail, while older people caregivers who scored for moderate to severe or severe burden were frail.

Key words: Caregivers; Aged; Frailty; Caregiver Burden; Geriatric Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Boxplot – Sobrecarga do cuidador e fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65).....	35
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo aspectos sociodemográficos. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65).....	28
Tabela 2 – Distribuição dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo aspectos de saúde, sintomas depressivos, condição cognitiva, qualidade do sono e capacidade funcional. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65).....	29
Tabela 3 – Características relacionadas ao contexto de cuidado dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)..	30
Tabela 4 – Distribuição dos idosos cuidadores segundo nível e critérios de fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65).....	30
Tabela 5 – Características sociodemográficas de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65).....	31
Tabela 6 – Características de saúde de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65).....	32
Tabela 7 – Características relacionadas ao contexto de cuidado de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65).....	33
Tabela 8 – Caracterização dos idosos que cuidam de outros idosos segundo sobrecarga e fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65).....	34
Tabela 9 – Distribuição dos idosos cuidadores segundo critérios de fragilidade e sobrecarga. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65).....	35

LISTA DE SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVE – Acidente Vascular Encefálico

DP – Desvio Padrão

EUA – Estados Unidos da América

IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

SP – São Paulo

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Contexto de cuidado aos idosos.....	10
1.2	Fragilidade e sobrecarga	13
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVOS	20
3.1	Objetivo Geral.....	20
3.2	Objetivos Específicos	20
4	HIPÓTESE	21
5	MATERIAL E MÉTODO	22
5.1	Tipo de estudo.....	22
5.2	Local do estudo	22
5.3	População e amostra	22
5.4	Aspectos éticos	23
5.5	Procedimentos e período para coleta de dados	23
5.6	Instrumentos.....	24
5.7	Análise de dados	27
6	RESULTADOS	28
7	DISCUSSÃO	37
8	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICES	51
	ANEXOS	59

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto de cuidado aos idosos

Nas últimas décadas, tanto os países desenvolvidos quanto aqueles em desenvolvimento passaram por transformações em sua estrutura demográfica, tornando evidente o envelhecimento populacional mundial. Esse fenômeno se deu pela redução das taxas de mortalidade, de fecundidade e de natalidade, paralelamente ao aumento da expectativa de vida dos indivíduos (TURRA, 2018).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que há um intenso crescimento de idosos no país, tanto em termos absolutos quanto percentuais. Em 2014, 13,7% da população correspondia a indivíduos com 60 anos de idade ou mais. Estima-se que haja 18,6% de idosos em 2030 e 33,7% em 2060 (IBGE, 2016).

Alinhado à transição demográfica, o quadro epidemiológico do Brasil também vem passando por mudanças. A morbimortalidade por causas infecciosas diminuiu e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis tende a aumentar (OLIVEIRA, 2019; CORTEZ et al., 2019). Agravos crônicos são definidos por sua irreversibilidade no estado de saúde, no qual o indivíduo necessita de tratamento contínuo e pode apresentar limitações funcionais e físicas e maiores taxas de internação (LEITE et al., 2015).

Dentre a população idosa, esse cenário pode se refletir na necessidade de assistência e cuidado de terceiros (LEITE et al., 2015). O cuidador é a pessoa que auxilia, dá suporte e incentiva a realização das atividades de vida diária do indivíduo que apresenta limitações (DINIZ et al., 2018; MANSO et al., 2018). Existem dois tipos de cuidadores: os formais, que são remunerados pelo serviço ofertado e; os informais, que exercem o ato de cuidar de maneira voluntária, os quais geralmente são familiares, amigos ou vizinhos do idoso cuidado. O cônjuge ou filhos são as figuras mais comumente envolvidas no cuidado informal (ALBUQUERQUE et al., 2019).

A literatura gerontológica aponta que dentre os cuidadores há o predomínio de mulheres, com 50 anos de idade em média, com baixa escolaridade, residentes na mesma casa que o idoso receptor de cuidados, que não possuem capacitação para o cuidado, nem tampouco remuneração (BRANDÃO et al., 2017; ROSAS; NERI, 2019; OTTAVIANI et al., 2019). Esse perfil também é corroborado por pesquisas internacionais (KOBAYASI et al., 2019; GARCIA-CARDOZA et al., 2018).

No contexto brasileiro, essa assistência é ofertada no domicílio do idoso por um membro familiar, tendo em vista que a família é a primeira fonte de apoio (HEDLER et al., 2016). Entretanto, vale ressaltar que a estrutura familiar brasileira passou por algumas alterações nas últimas décadas. Diante do processo de envelhecimento, da formação de novos arranjos familiares, do menor número de matrimônios e de sua instabilidade, da redução do número médio de filhos por família e da inserção da mulher no mercado de trabalho (VILLA, 2012), há evidências de idosos exercendo o papel de cuidadores de outros idosos (ALVES et al., 2018; PAVARINI et al., 2018).

Um estudo transversal recrutou 148 idosos cuidadores de familiares idosos em clínicas médicas e serviços domiciliares em cidades do interior de São Paulo, Brasil. A média de idade dos participantes era de 69,8 ($\pm 7,1$) anos. Houve predomínio de mulheres (77%), sendo que a maioria era cônjuges ou filhas dos idosos receptores do cuidado (LINS; ROSAS; NERI, 2018).

Com o objetivo de investigar a relação entre qualidade de vida percebida e gênero, idade e sobrecarga de idosos cuidadores de outros idosos com demência e AVE, uma pesquisa foi realizada em Campinas (SP) com 75 idosos cuidadores. Os resultados mostraram que a idade e o gênero do cuidador não influenciaram sua qualidade de vida. Entretanto, idosos cuidadores com elevada sobrecarga pontuaram para pior qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2018).

No Chile, um estudo foi realizado com idosos cuidadores com o objetivo de conhecer a percepção sobre a tarefa de cuidar de outros idosos com dependência grave. A amostra foi composta majoritariamente por mulheres, as quais relataram não receber apoio de outras pessoas para o cuidado do idoso e que se sentiam sobrecarregadas. Referiram o carinho e a obrigação matrimonial como os principais motivos para o cuidado (RAMÍREZ-PEREIRA et al., 2018).

A literatura aponta que há aspectos positivos e negativos envolvidos no processo de cuidar. Alguns relatam a proximidade do familiar que é cuidado, assim como o amor em cuidar do próximo, o sentimento de solidariedade, valorização e comprometimento, a satisfação com a vida e o bem-estar ao atender as demandas do indivíduo dependente (ALCIMAR; CASTRO; CALDAS, 2016). Entretanto, o cuidador pode não estar preparado para assumir essa responsabilidade e sentimentos como ansiedade, estresse e sobrecarga podem surgir (SANTOS-ORLANDI et al., 2019).

A sobrecarga envolve subjetividade e pode ser definida como um sentimento negativo advindo do excesso de cuidado ao idoso dependente. Problemas de ordem física, psicológica, social ou financeira podem ser consequências da sobrecarga (IKEGAMI et al., 2018). O esgotamento físico e mental do cuidador surge diante da necessidade de adaptar-se

repentinamente à rotina do idoso e suas demandas, do despreparo para assumir e desempenhar a tarefa de cuidar, além da falta de apoio social e de recursos financeiros. Diante desses estressores, o cuidador pode não encontrar estratégias de enfrentamento perante suas dificuldades e assim, sentir-se sobrecarregado (FERREIRA; BARHAM, 2016; AIRES et al., 2020).

Estudos realizados em Portugal e Holanda apontam que a idade avançada, não possuir vida conjugal, ser do sexo feminino, oferecer o cuidado por muitas horas diárias e ter pouco conhecimento sobre a tarefa de cuidar foram fatores associados à sobrecarga de cuidadores (DUARTE et al., 2017; PREVO et al., 2018).

Pesquisadores brasileiros realizaram uma revisão integrativa da literatura com o intuito de identificar os fatores associados à sobrecarga de cuidadores familiares de idosos. Os resultados mostraram que a dependência do idoso, a presença de demência entre o idoso cuidado, a falta de apoio social, a escassez de recursos financeiros e o não exercício de atividades laborais extradomiciliares se relacionaram a níveis elevados de sobrecarga. Por outro lado, relacionar-se com crianças, participar de grupos sociais e contar com o apoio de outras pessoas no cuidado ao idoso foram identificados como fatores protetores em relação à sobrecarga (DINIZ; LIMA; SILVA, 2017).

Uma pesquisa qualitativa foi realizada em João Pessoa (PB) com 39 idosas cuidadoras, todas do sexo feminino, com idade entre 60 e 75 anos. Os resultados mostraram evidências de sobrecarga acentuada entre as participantes desse estudo, a qual pode estar relacionada à modificação da rotina, à renúncia da liberdade e do lazer, além do despreparo e dúvidas sobre o cuidado correto. Os autores concluíram que a sobrecarga sofrida por cuidadores idosos é algo que deve ser levado em consideração pelos profissionais da atenção primária à saúde, tendo em vista que esse cuidador também é idoso e apresenta características e demandas semelhantes às dos idosos receptores de cuidado (SANTOS et al., 2019).

Um estudo transversal realizado em São Carlos (SP) buscou analisar a associação entre sobrecarga, fragilidade e desempenho cognitivo de 85 idosos cuidadores residentes em comunidades rurais. Como resultados, observaram que houve predomínio de cuidadores do sexo feminino (76,7%), com média de idade de 69 anos. Em relação à sobrecarga, 67,1% apresentaram sobrecarga leve, 24,7% moderada sobrecarga e 8,2% severa sobrecarga. Quanto à fragilidade, 52,9% pontuaram para pré-fragilidade, 37,6% para robustez e 9,4% para fragilidade. Idosos cuidadores com elevada sobrecarga ou frágeis apresentaram pior desempenho cognitivo quando comparados àqueles com sobrecarga leve e não frágeis, respectivamente (BRIGOLA et al., 2017).

Estudo realizado em um município do interior paulista com idosos cuidadores de outros idosos buscou identificar se a multimorbidade e a sobrecarga estavam associadas à fragilidade em idosos cuidadores. Como resultados, obtiveram que 62,2% dos idosos cuidavam de seus cônjuges, 51,3% dos idosos cuidadores apresentaram elevada sobrecarga. Idosos cuidadores com multimorbidades e elevada sobrecarga apresentaram maiores chances de se tornarem frágeis (OR=3,6; IC 1,55-8,36). No entanto, ressaltam que a multimorbidade exerce um papel primário na associação à fragilidade (ALVES et al., 2018).

Diante do exposto, oferecer cuidado a um idoso pode ser uma tarefa desafiadora para o idoso cuidador, pois muitas vezes assume esse papel de cuidar repentinamente, sem nenhum preparo ou apoio, o que pode resultar em intensa sobrecarga. Nesse sentido, o estresse crônico poderia levar o idoso cuidador à exaustão física e emocional, trazendo impactos negativos para as reservas fisiológicas desse indivíduo, culminando na síndrome da fragilidade (ALVES et al., 2018).

1.2 Fragilidade e sobrecarga

Embora não apresente uma definição consensual, a fragilidade pode ser compreendida como uma síndrome multidimensional, resultante da interação complexa de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais no decorrer da vida dos indivíduos, fazendo com que estes se tornem mais vulneráveis a estressores (FRIED et al., 2001).

A fragilidade tem sido amplamente discutida entre pesquisadores da área do envelhecimento (FRIED et al., 2001; CERTO et al., 2016; AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017; LLANO et al., 2019; RODRIGUES et al., 2018). Sabe-se que tal síndrome não resulta exclusivamente deste processo, pois existem idosos que não se tornam frágeis com o passar do tempo. Entretanto, sua incidência aumenta com a idade (GRDEN et al., 2017; SOUZA et al., 2017; CERTO et al., 2016).

O estudo intitulado “Cardiovascular Health Study” foi o pioneiro nesse contexto. Trata-se de uma pesquisa realizada nos EUA com 5.317 idosos com idade igual ou superior a 65 anos. Os resultados mostraram que 6,3% dos indivíduos estavam frágeis (7,3% das mulheres e 4,9% dos homens), 48,3% robustos ou não frágeis e 45,3% pré-frágeis. Os autores observaram que a prevalência da fragilidade foi superior nos idosos inseridos nas faixas etárias mais velhas (2,5% dos idosos de 65 a 70 anos e 32% dos idosos com 90 anos ou mais estavam frágeis) (FRIED et al., 2001).

A síndrome da fragilidade se instala quando a capacidade fisiológica do organismo de responder apropriadamente a estressores torna-se insuficiente ou inadequada, induzindo ao desequilíbrio homeostático (ALVES et al., 2018; FRIED et al., 2001; LANA; CROSSETTI, 2019).

Nesse contexto, a médica epidemiologista Linda Fried definiu a existência de quatro fases envolvidas no desenrolar da síndrome. A primeira corresponde à disfunção das mitocôndrias, estruturas responsáveis pela produção de energia. Com a redução da produção energética, tem-se a segunda fase, a qual envolve a disfunção dos sistemas neuroendócrino, muscular e imunológico (FRIED et al., 2001; FROST et al., 2017). A terceira fase corresponde à evidência do fenótipo composto por cinco critérios: perda de peso não intencional, fadiga, fraqueza muscular, lentidão da marcha e baixo nível de atividade física. A quarta fase relaciona-se à ocorrência de desfechos adversos, tais como declínio funcional, hospitalização, quedas, institucionalização precoce e óbito (FRIED et al., 2001).

Dois grandes grupos de pesquisadores têm se dedicado na busca de um consenso para a síndrome da fragilidade: um nos EUA e outro no Canadá. Estudiosos canadenses inseridos na Canadian Initiative on Frailty and Aging buscaram as causas e a trajetória do fenômeno, discutiram ações baseadas na prevenção e tratamento da síndrome. Esse grupo enfatizou o modelo do déficit acumulativo e relacionou a fragilidade com a história de vida dos idosos (ROCKWOOD et al., 2005; ROCKWOOD; MITNITSKI, 2011).

Pesquisadores da Universidade Johns Hopkins nos EUA, liderados por Linda Fried, defendem o fenótipo da fragilidade. Propuseram quesitos mensuráveis para identificar a síndrome nos idosos a partir de características específicas: perda de peso não intencional, fadiga, fraqueza muscular, lentidão da marcha e baixo nível de atividade física. Nesse sentido, o idoso que pontua em três ou mais desses critérios é considerado frágil, aquele que pontua em um ou dois critérios é pré-frágil e em nenhum critério, não frágil (FRIED et al., 2001). O presente estudo adotará a definição e o fenótipo propostos pelo grupo estadunidense, haja vista ser amplamente usado em pesquisas e fornecer pressupostos consistentes (FROST et al., 2017).

A síndrome da fragilidade tem se revelado um importante problema de saúde pública, despertando o interesse de inúmeros pesquisadores. Possui elevada prevalência, podendo desencadear impactos negativos à qualidade de vida do idoso e de seus familiares, além de causar elevados custos sociais e econômicos (CRUZ et al., 2017).

Com o objetivo de estimar a incidência da fragilidade e pré-fragilidade entre idosos comunitários no mundo, pesquisadores realizaram uma revisão sistemática e metanálise. Compuseram a amostra desse estudo 46 pesquisas longitudinais, envolvendo 120.805 idosos

não frágeis, inseridos em 28 países. Durante o seguimento médio de três anos, 13,6% tornaram-se frágeis, com uma taxa de incidência de 43,4 casos a cada 1000 pessoas por ano. Houve significância estatística ($p < 0,001$) em relação à incidência de fragilidade entre indivíduos pré-frágeis (62,7 casos/mil pessoas-ano) e robustos (12,0 casos/mil pessoas-ano). Em relação à pré-fragilidade considerando idosos robustos, 30,9% tornaram-se pré-frágeis, com uma taxa de incidência de 150,6 casos por 1000 pessoas ao ano. Tanto a fragilidade quanto a pré-fragilidade foram mais incidentes em mulheres do que em homens (OFORI-ASENSO et al., 2019).

Outra revisão sistemática e metanálise foram realizadas mediante 56 artigos com o objetivo de identificar a prevalência de fragilidade e pré-fragilidade entre idosos comunitários inseridos em países de baixa e média renda. Como resultados, obtiveram que a prevalência de fragilidade variou entre 3,9% (China) e 51,4% (Cuba) e a de pré-fragilidade de 13,4% (Tanzânia) a 71,6% (Brasil), o que pode ser explicado pelas diferenças geográficas existentes entre os países e o método usado para avaliar a fragilidade. Os autores concluíram que a prevalência de idosos frágeis e pré-frágeis parece ser maior em países de baixa e média renda quando comparados aos países de alta renda e que isso deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde ao realizarem o planejamento de intervenções a esses indivíduos (SIRIWARDHANA et al., 2018).

Na literatura, ainda há poucos dados disponíveis sobre a síndrome da fragilidade em cuidadores idosos e sua relação com o contexto de cuidado (MÁXIMO et al., 2020). Diante disso, torna-se necessário investigá-la, tendo em vista que os idosos cuidadores com idades avançadas podem apresentar maior risco de fragilidade (DASSEL; CARR, 2016; POTIER et al., 2018a) por enfrentarem o próprio envelhecimento, problemas de saúde e demandas crescentes diante do processo de cuidar (MÁXIMO et al., 2020).

Estudo realizado em um município do interior paulista objetivou investigar a associação entre fragilidade, solidão e sintomas depressivos em 341 idosos cuidadores. Os resultados mostraram que 20,8% dos idosos estavam frágeis, 56,3% pré-frágeis e 22,9% não frágeis. Houve associação entre fragilidade, solidão e sintomas depressivos. Idosos cuidadores solitários com sintomas depressivos apresentam maiores chances de se tornarem frágeis e pré-frágeis (SANTOS-ORLANDI et al., 2019).

Uma pesquisa realizada na Bélgica, de caráter longitudinal, teve como objetivo avaliar a saúde de 78 idosos cuidadores. Como resultados, obtiveram que 54% eram do sexo feminino, com média de idade de 80 anos. A avaliação da saúde mostrou que 83,0% dos participantes apresentaram comprometimento cognitivo; 7,7% estavam frágeis, 56,4% pré-frágeis e 35,9%

robustos, sendo que 36,0% apresentaram piora no nível de fragilidade ao longo dos 16 meses de seguimento (POTIER et al., 2018b).

Com o objetivo de investigar a prevalência de pré-fragilidade, fragilidade e fatores associados em idosos cuidadores, um estudo transversal foi realizado em São Carlos (SP) com 328 idosos cuidadores da comunidade. Os resultados mostraram que 58,8% dos participantes estavam pré-frágeis e 21,1% frágeis. Associaram-se à fragilidade: idade avançada, sexo feminino, sintomas depressivos, dor e ausência de companheiro. Os autores concluíram que muitos fatores que se associam à fragilidade estão relacionados ao ato de cuidar, sendo necessário desenvolver estratégias de enfrentamento para esses cuidadores (MÁXIMO et al., 2020).

Estudos que buscaram analisar a relação entre sobrecarga e fragilidade em idosos cuidadores são escassos na literatura e demonstraram resultados inconsistentes. Uma pesquisa foi realizada em São Paulo (SP) com o objetivo de identificar a prevalência e os fatores associados à fragilidade em 50 idosos cuidadores de idosos dependentes. Como resultados, obtiveram que os cuidadores apresentaram média de idade de 71,6 anos ($\pm 7,5$) e 78% eram mulheres. Os fatores que se associaram à fragilidade foram: presença de sintomas depressivos (OR = 1,11; 95% IC = 1,01-1,21), intensa sobrecarga (OR = 5,62; 95% IC = 1,69-18,66) e capacidade funcional reduzida (OR = 1,29; 95% IC = 1,07-1,57) (TOMOMITSU; LEMOS; PERRACINI, 2010).

Estudo transversal realizado no Brasil buscou identificar se a multimorbidade e a sobrecarga estariam associadas à fragilidade em 148 idosos cuidadores recrutados em serviços de saúde. Os resultados mostraram que houve maior chance de fragilidade apenas no grupo de idosos cuidadores com multimorbidades, independentemente da sobrecarga (ALVES et al., 2018).

Na Bélgica, pesquisadores realizaram um estudo de caso-controle com 79 idosos cuidadores de cônjuges e 79 controles (idosos não cuidadores). O objetivo desse estudo foi averiguar se idosos cuidadores de cônjuges têm mais risco de apresentar fragilidade quando comparados a idosos que não são cuidadores. Os autores concluíram que os idosos cuidadores de cônjuges apresentaram risco aumentado de se tornarem frágeis, de sono noturno de curta duração, de uso de antidepressivos e maior dificuldade de manter seus contatos sociais quando comparados aos idosos não cuidadores. Porém, a sobrecarga do cuidador não aumentou as chances de fragilidade entre idosos cuidadores (POTIER et al., 2018a).

Perante o exposto, a literatura demonstra inconsistências na relação entre sobrecarga e fragilidade de idosos cuidadores. Sendo assim este estudo buscou responder à seguinte pergunta

de pesquisa: Existe relação entre sobrecarga e fragilidade de idosos cuidadores de outros idosos inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social?

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a família é a primeira fonte de apoio a idosos dependentes. A assistência ofertada ocorre em âmbito domiciliar e é realizada por um membro familiar (HEDLER et al., 2016). Diante do processo de envelhecimento, da formação de novos arranjos familiares, da instabilidade matrimonial, da redução do número de filhos e da inserção da mulher no mercado de trabalho (VILLA, 2012), há evidências de idosos exercendo o papel de cuidadores de outros idosos (ALVES et al., 2018; PAVARINI et al., 2018).

Entretanto, muitas vezes esse idoso assume a tarefa de cuidar repentinamente, sem nenhum preparo ou apoio, o que pode resultar em intensa sobrecarga (ALVES et al., 2018). Diante desses estressores, o cuidador pode não encontrar estratégias de enfrentamento perante suas dificuldades e sentir-se sobrecarregado (FERREIRA; BARHAM, 2016). Dessa maneira, o estresse crônico poderia levar o idoso cuidador à exaustão física e emocional, trazendo impactos negativos tanto para o idoso receptor de cuidados quanto para a própria saúde do cuidador, aumentando as chances de desenvolver a síndrome da fragilidade (ALVES et al., 2018).

Estudiosos apontam que a fragilidade é um importante problema de saúde pública que merece investigação, pois possui elevada prevalência, pode trazer impactos negativos à qualidade de vida do idoso e de seus familiares, além de causar elevados custos sociais e econômicos (CRUZ et al., 2017). Além disso, pesquisadores apontam que sua prevalência é maior em países em desenvolvimento (SIRIWARDHANA et al., 2018).

Na literatura, existem poucos dados disponíveis sobre a síndrome da fragilidade em cuidadores idosos e sua relação com o contexto de cuidado (MÁXIMO et al., 2020). Diante disso, torna-se necessário investigá-la, tendo em vista que os idosos cuidadores com idades avançadas podem apresentar maior risco de fragilidade (DASSEL; CARR, 2016; POTIER et al., 2018a) por enfrentarem o próprio envelhecimento, problemas de saúde e demandas crescentes diante do processo de cuidar (MÁXIMO et al., 2020).

O impacto da sobrecarga e da fragilidade associadas pode afetar a qualidade de vida desses indivíduos e, diante de eventos adversos, pode haver aumento dos gastos com serviços de saúde (ALVES et al., 2018). A sobrecarga aliada à fragilidade pode fazer com que o idoso cuidador necessite de cuidados também (JESUS; SANTOS-ORLANDI; ZAZZETTA, 2018).

Acredita-se que idosos cuidadores inseridos em contextos de alta vulnerabilidade social estejam mais expostos a estressores, sendo maiores os prejuízos à qualidade de vida e ao bem-estar destes indivíduos, os quais podem estar acometidos por intensa sobrecarga e pela síndrome

da fragilidade. Pesquisadores afirmam que, em cenários de maior vulnerabilidade social, a insuficiência de informações e de recursos financeiros pode comprometer a assistência prestada (JESUS; SANTOS-ORLANDI; ZAZZETTA, 2018).

Estudos que buscaram analisar a relação entre sobrecarga e fragilidade de idosos cuidadores são escassos na literatura e demonstram inconsistência dos resultados. Diante do exposto, conhecer a relação entre sobrecarga e fragilidade de idosos que cuidam de outros idosos mostra-se pertinente e relevante, principalmente em contextos de pobreza, pois tanto a qualidade de vida quanto o bem-estar desses indivíduos podem estar prejudicados diante da presença de ambas condições.

Sendo assim, os profissionais da atenção primária à saúde poderão realizar a avaliação geriátrica ampla com o objetivo de detectar precocemente potenciais riscos à saúde desses idosos e possibilitar o desenvolvimento de ações que previnam desfechos indesejáveis e melhorem a qualidade de vida, preservando a autonomia e independência desses indivíduos.

Os resultados obtidos neste estudo poderão impulsionar o desenvolvimento de intervenções assertivas relacionadas à promoção da saúde e prevenção de agravos pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família. A reflexão desses achados poderá estimular futuras pesquisas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a relação entre sobrecarga e fragilidade de idosos que cuidam de outros idosos, cadastrados em Unidades de Saúde da Família inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os idosos cuidadores quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde e analisar o contexto de cuidado.
- Avaliar a sobrecarga dos idosos cuidadores.
- Identificar o fenótipo de fragilidade dos idosos cuidadores.

4 HIPÓTESE

Existe relação entre elevada sobrecarga e fragilidade de idosos que cuidam de outros idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família em contexto de alta vulnerabilidade social.

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, transversal, baseado nos pressupostos quantitativos de investigação. Refere-se a um recorte de um projeto maior intitulado “Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

5.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de São Carlos, município do interior paulista, com idosos atendidos em cinco Unidades de Saúde da Família (USF) inseridas em contexto de alta vulnerabilidade social.

No último Censo demográfico, realizado em 2010, a população de São Carlos correspondia a 221.950 habitantes, sendo 12,9% indivíduos com 60 anos de idade ou mais (IBGE, 2010). Atualmente, o município possui 21 USFs, sendo duas localizadas na área rural e as demais em área urbana (SÃO CARLOS, 2020). As USFs estão inseridas em distintas áreas de vulnerabilidade social, de acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS).

O IPVS está categorizado em sete níveis de vulnerabilidade a que estão expostos os indivíduos residentes no Estado de São Paulo, sendo: Grupo 1 (baixíssima vulnerabilidade), Grupo 2 (vulnerabilidade muito baixa), Grupo 3 (vulnerabilidade baixa), Grupo 4 (vulnerabilidade média), Grupo 5 (vulnerabilidade alta – setores urbanos), Grupo 6 (vulnerabilidade muito alta) e Grupo 7 (vulnerabilidade alta – setores rurais). Para a delimitação dessas sete categoriais, levou-se em consideração quesitos socioeconômicos e demográficos desses indivíduos (FUNDAÇÃO SEADE, 2010).

5.3 População e amostra

A população foi constituída por idosos de 60 anos de idade ou mais, cadastrados em USFs pertencentes à área urbana do referido município e que cuidam de outros idosos. Participaram do estudo todos os idosos que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: possuir 60 anos de idade ou mais; ser o cuidador primário de um idoso; ser familiar do idoso que recebe os cuidados, o qual estivesse dependente para pelo menos uma atividade básica de vida diária (ABVD - avaliada pelo Índice de Katz – ANEXO A) ou instrumental de vida diária (AIVD - avaliada pela Escala de Lawton e Brody – ANEXO B); desempenhar informalmente a tarefa de cuidar; morar no mesmo domicílio que o idoso que recebe os cuidados; e estar

cadastrado em uma USF inserida em contexto de alta vulnerabilidade social (Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS=5). Teve como critérios de exclusão os seguintes aspectos: apresentar dificuldades de comunicação em decorrência de graves déficits auditivos e/ou visuais, percebidos no momento da coleta de dados; classificação como independentes de todos os idosos do domicílio, tanto para atividades básicas quanto instrumentais de vida diária; óbito de um dos idosos da díade; mudança de endereço; não ser encontrado diante de três tentativas em dias e horários distintos.

A amostra foi selecionada a partir de uma lista fornecida pelos profissionais das cinco USFs, com 168 domicílios, os quais eram compostos por pelo menos dois idosos. Todos foram visitados. Dentre eles, 49 não indicaram interesse em participar do estudo, 32 não foram encontrados pelos pesquisadores após três tentativas em dias e horários distintos, 18 não residiam mais no endereço informado, três haviam falecido e um dos domicílios apresentava idosos independentes para ABVD e AIVD. Diante disso, a amostra final deste estudo foi composta por 65 idosos cuidadores. Devido à intenção de investigar toda a população de idosos cuidadores da lista fornecida pelas USFs, não foi realizado cálculo do tamanho amostral. Assim os resultados obtidos serão considerados de natureza exploratória e não confirmatória.

5.4 Aspectos éticos

Foram respeitados todos os aspectos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados somente teve início após autorização da Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO C) e posterior aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (parecer nº 3.275.704) (ANEXO D). Foi fornecido o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE – APÊNDICE A), contendo o objetivo do estudo, a participação espontânea, a possibilidade de desistência a qualquer momento, a garantia de anonimato e o caráter confidencial dos dados coletados. A coleta de dados teve início após leitura e assinatura de duas vias do TCLE, sendo uma para o participante e outra para a pesquisadora responsável.

5.5 Procedimentos e período para coleta de dados

Inicialmente, foi realizado contato com as cinco USFs para identificação dos domicílios a serem visitados. Uma lista com os nomes e endereços dos idosos cuidadores foi elaborada com o apoio das enfermeiras e agentes comunitários de saúde das USFs. Em seguida, visitas domiciliárias foram realizadas a todos os idosos cuidadores para verificar o atendimento aos critérios de inclusão e exclusão. Neste momento, foi apresentado a finalidade do estudo, assim

como as informações contidas no TCLE e o modo de como seria a devolutiva dos resultados das avaliações. Àqueles que atenderam aos critérios de inclusão, foi feito o convite para participar do estudo e no caso de aceite, foi agendada nova visita domiciliária para assinatura do TCLE e início da avaliação.

Oito estudantes de graduação e pós-graduação previamente treinados realizaram a coleta de dados, no período de julho de 2019 a março de 2020. A entrevista aconteceu na residência dos idosos, individualmente, em espaço disponibilizado por eles e teve duração aproximada de duas horas.

5.6 Instrumentos

Caracterização do idoso cuidador e do contexto de cuidado (APÊNDICE B): as informações foram coletadas por meio de um questionário construído previamente pelos pesquisadores, dividido em duas etapas. Inicialmente, foram coletados dados de caracterização sociodemográfica e de saúde do idoso cuidador, com informações sobre: sexo (feminino/masculino), idade (em anos), situação conjugal (com companheiro/sem companheiro), escolaridade (em anos), raça/cor da pele (branca, preta, parda, indígena, amarela), religião (católico, evangélico, outras, não possui), aposentadoria (sim/não), ocupação atual (com/sem), renda familiar e individual (em reais), arranjo familiar (com quem mora), quantidade de pessoas que residem na casa, plano particular de saúde (sim/não), número de medicamentos em uso (nenhum / um / dois ou mais), multimorbidade (sim/não), altura (metros), peso (quilogramas), IMC (sobrepeso: $IMC > 27 \text{ kg/m}^2$; eutrófico: IMC entre 22 e 27 kg/m^2 ; baixo peso: $IMC < 22 \text{ kg/m}^2$); queda e internações no último ano (sim/não); atividade física (sim/não), etilismo (sim/não), tabagismo (sim/não). Posteriormente, foram coletados dados de caracterização do contexto de cuidado, com informações sobre: grau de parentesco (cônjuge / pai, mãe / sogro(a) / irmão, (ã), outro), há quanto tempo o cuidado é exercido (em anos), quantas horas e dias na semana são destinados a esse cuidado, se possui treinamento prévio (sim/não), se recebe ajuda para a tarefa de cuidar (sim/não).

Índice de Katz para Atividades Básicas de Vida Diária (ANEXO A): desenvolvido em 1963 por Katz et al., e validado para uso no contexto brasileiro em 2005. O instrumento é utilizado para avaliar áreas da vida cotidiana de autocuidado como: aptidão para banhar e vestir-se, controle de esfínteres, transferência, higiene e alimentação. O instrumento é composto por opções de respostas como independente, necessita de auxílio e dependente de acordo com o nível de dependência do respondente. Para pontuação, ao término, o entrevistador verificar em

quantas atividades o idoso é independente e em quantas atividades ele se mostra dependente para as questões de autocuidado (KATZ et al., 1963; LINO et al., 2008).

Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody (ANEXO B): desenvolvida em 1969 por Lawton e Brody e validada e adaptada em 2008 por Santos e Virtuoso Júnior para uso no contexto brasileiro. A escala é utilizada para avaliação das atividades instrumentais de vida diária, a qual avalia o grau de independência para atividades como: capacidade de usar o telefone, fazer compras e viagens, manejar dinheiro, realizar trabalho doméstico, preparar refeições e usar medicamentos. Para cada atividade, o idoso pode pontuar 1 para dependência completa, 2 para dependência parcial ou 3 para independência. Somados ao final, a pontuação pode variar entre 7 e 21 pontos, sendo que quanto menor a pontuação maior o grau de dependência do entrevistado. De acordo com Santos e Virtuoso Júnior os escores para classificação final são: dependência total 7 pontos; dependência parcial de 8 a 20 pontos; e independência 21 pontos (LAWTON; BRODY, 1969; SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008).

Fenótipo de Fried (ANEXO E): foi adotada a definição de fragilidade proposta por Linda Fried et al. (2001). A definição operacional da síndrome ou do fenótipo de fragilidade é composta por cinco elementos:

- 1) Perda de peso não intencional: a seguinte pergunta foi realizada ao idoso cuidador: “*Nos últimos doze meses o(a) senhor(a) acha que perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?*” Em caso afirmativo, se essa perda de peso for igual ou superior a 4,5 kg ou 5% do peso corporal no ano anterior, o idoso pontua neste critério.
- 2) Fadiga: foi avaliada por meio de autorrelato evocado por duas questões da *Center for Epidemiological Studies - Depression (CES-D)* (escala para rastreio de depressão): (7 – *Com que frequência na última semana sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço?* e 20 – *Com que frequência na última semana sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas?*) (RADLOFF, 1977). O idoso que respondeu “sempre” ou “na maioria das vezes” para qualquer uma dessas duas questões, pontua neste critério.
- 3) Baixa força de preensão palmar: foi medida com dinamômetro hidráulico portátil na mão dominante. Foram realizadas três medidas consecutivas da força de preensão palmar, sendo usada a média aritmética. Para preenchimento do critério, o resultado foi ajustado segundo sexo e Índice de Massa Corporal (IMC).

4) Baixo nível de dispêndio calórico: quesito adaptado. Foi avaliado por meio de auto-relato a partir da seguinte questão “*O(a) senhor(a) acha que faz menos atividades físicas do que há doze meses atrás?*” Em caso afirmativo, o idoso pontua neste critério.

5) Lentidão da marcha: indicada pelo tempo médio gasto para percorrer a distância de 4,6m, com ajustes segundo sexo e altura. Foram realizadas três medidas da velocidade da marcha, sendo usada a média aritmética.

A presença de três ou mais das cinco características do fenótipo indica um idoso frágil, de uma ou duas significa que o idoso se encontra no estado de pré-fragilidade e nenhuma dessas características indica um idoso robusto ou não frágil (FRIED et al., 2001).

Inventário de Sobrecarga de Zarit (ANEXO F): é a escala mais utilizada para avaliar o grau de sobrecarga de um cuidador. Foi elaborada por Zarit e Zarit em 1987 e validada no Brasil em 2002 por Scazufca. A escala é constituída por 22 questões que avaliam os domínios saúde, bem-estar psicológico e socioeconômico do cuidador familiar, bem como sua relação com a pessoa cuidada. Os pontos gerados nas afirmações mostram a frequência com que eles ocorrem, sendo: nunca = 0; quase nunca = 1; às vezes = 2; quase sempre = 3; sempre = 4. O resultado obtido no final do questionário será a somatória de todas as questões respondidas, variando de 0 a 88 pontos. Quanto maior a pontuação obtida, maior a sobrecarga percebida pelo cuidador (SCAZUFCA, 2002). Foi utilizado o ponto de corte sugerido pelo estudo internacional de Ferreira et al. (2010): “Pequena sobrecarga” (de 0 - 20); “Sobrecarga Moderada” (21 - 40); “Sobrecarga Moderada a Severa” (41 - 60) e “Sobrecarga Severa” (61 - 88).

Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (ANEXO G): o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh foi utilizado para avaliar a qualidade do sono (BUYSSE et al., 1989). É composto por 19 questões em autorrelato, agrupadas em sete componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna. Foi traduzido, adaptado e validado para o contexto brasileiro. A pontuação global varia de 0 a 21, sendo que quanto maior a pontuação, pior é a qualidade do sono do indivíduo. Escores iguais ou superiores a cinco pontos indicam presença de sono de má qualidade e de distúrbios do sono. A qualidade do sono dos indivíduos pode ser categorizada em sono de boa qualidade (0 a 4 pontos), sono de má qualidade (5 a 10 pontos) e presença de distúrbios do sono (11 a 21 pontos) (BERTOLAZI et al., 2011).

Escala de Depressão Geriátrica (ANEXO H): os sintomas depressivos foram rastreados pela Escala de Depressão Geriátrica (YESAVAGE et al., 1983), versão brasileira de 15 itens, com respostas “sim” ou “não”. Ao final, é realizada a somatória da pontuação obtida, a qual pode variar de zero a 15, sendo que de zero a cinco pontos, não há indícios de sintomas depressivos, de seis a dez pontos indica presença de sintomas depressivos leves e de 11 a 15 pontos, sintomas depressivos severos (ALMEIDA et al., 1999).

The Addenbrooke’s Cognitive Examination Revised (ACE-R – ANEXO I): consiste em uma bateria de avaliação cognitiva, a qual contempla cinco domínios: atenção/orientação; memória; fluência verbal; linguagem; e capacidade visual construtiva. Trata-se de um instrumento desenvolvido no Reino Unido por Mioshi e colaboradores (2006), o qual foi traduzido e validado para o Brasil (CARVALHO; CARAMELLI, 2007). A pontuação geral deste instrumento varia de zero a 100. A pontuação de corte foi baseada nos níveis educacionais de uma população brasileira que vive em uma comunidade no sudeste do Brasil: 0-4 anos de estudo = 65 pontos e 5 ou mais anos de estudo = 83 pontos (CÉSAR et al., 2017).

5.7 Análise de dados

Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade das variáveis. Na análise descritiva dos dados foram estimadas distribuições de frequências, medianas, valor mínimo e valor máximo para as variáveis numéricas do estudo. Para as variáveis categóricas, foram estimadas as proporções. As diferenças entre os grupos foram estimadas utilizando-se os testes de Qui-quadrado de Pearson, Exato de Fisher e Mann-Whitney. Adotou-se o nível de significância de 5%. Os dados obtidos foram codificados e digitados em planilha eletrônica e analisados com apoio do pacote estatístico Stata versão 13.

6 RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 65 idosos cuidadores. A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas dos idosos cuidadores participantes.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo aspectos sociodemográficos. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

Variáveis	Categorias	n (%) ou média (DP)
Sexo	Masculino	28 (43,1)
	Feminino	37 (56,9)
Idade (anos)		69,1 (6,4)
Faixa etária	60 a 74 anos	51 (78,5)
	75 anos ou mais	14 (21,5)
Situação conjugal	Com companheiro	61 (93,9)
	Sem companheiro	4 (6,1)
Anos de estudo		3,1 (2,8)
Religião	Católico	36 (55,4)
	Evangélico	21 (32,3)
	Outras	5 (7,7)
	Não possui	3 (4,6)
Raça/Cor	Branca	21 (32,3)
	Preta	7 (10,8)
	Parda	34 (52,3)
	Indígena	1 (1,5)
	Amarela	2 (3,1)
Renda pessoal		1.240,44 (1.006,70)
Renda familiar		2.390,49 (1.162,54)

DP – Desvio Padrão

Houve predomínio de idosos cuidadores do sexo feminino (56,9%), inseridos na faixa etária de 60 a 74 anos (78,5%), com companheiro (93,9%), com média de 3,1±2,8 anos de estudo, aposentados (73,8%), sem ocupação atual (78,5%) e com renda familiar média de R\$2.390,40 (± R\$1.162,54).

A média de moradores no mesmo domicílio foi de 2,8±1,3 pessoas, dado que a maioria (98,8%) residia com o companheiro, seguido daqueles que residiam com filhos (29,2%) e com netos (15,4%).

A tabela 2 apresenta as características de saúde dos idosos cuidadores inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo aspectos de saúde, sintomas depressivos, condição cognitiva, qualidade do sono e capacidade funcional. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

Variáveis	Categorias	n (%) ou média (DP)
Multimorbidade	Sim	62 (95,4)
	Não	3 (4,6)
Uso de medicamentos	Dois ou mais	47 (72,3)
	Um	10 (15,4)
	Nenhum	8 (12,3)
Dor	Sim	59 (90,8)
	Não	6 (9,2)
Sintomas depressivos	Sintomas depressivos severos	5 (7,7)
	Sintomas depressivos leves	15 (23,1)
	Ausência de sintomas depressivos	45 (69,2)
Nº de sintomas depressivos		4,6 (3,4)
Declínio Cognitivo	Não	18 (27,7)
	Sim	47 (72,3)
Qualidade do sono	Ruim	33 (50,8)
	Boa	17 (26,1)
	Presença de distúrbio do sono	15 (23,1)
Escore total de qualidade do sono		7,3 (4,1)
ABVD	Independência	48 (73,9)
	Dependência em uma atividade	16 (24,6)
	Dependência em duas atividades	1 (1,5)
AIVD	Dependência parcial	41 (63,1)
	Independência	24 (36,9)

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária; DP – Desvio Padrão.

Quanto às condições de saúde, houve predomínio de idosos cuidadores com multimorbidade (95,4%), que faziam uso de dois ou mais medicamentos (72,3%), com relato de dor (90,8%) e ausência de sintomas depressivos (69,2%). A maioria dos idosos cuidadores apresentou declínio cognitivo (72,3%), sono de má qualidade (73,9%), independência para as atividades básicas de vida diária (73,9%) e dependência parcial nas atividades instrumentais de vida diária (63,1%).

A maioria não praticava atividade física (75,4%), negou tabagismo (83,1%) e etilismo (83,1%). Apenas 24,6% desses cuidadores referiram possuir plano de saúde particular. De

acordo com Índice de Massa Corporal, cerca de 49,2% dos idosos cuidadores estavam com sobrepeso e 41,5% eutróficos.

A tabela 3 apresenta as características relacionadas ao contexto de cuidado dos idosos que cuidam de outros idosos inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social.

Tabela 3 – Características relacionadas ao contexto de cuidado dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

Variáveis	Categorias	n (%) ou média (DP)
Quem recebe o cuidado	Cônjuge	58 (89,3)
	Pai/Mãe	3 (4,6)
	Sogro/Sogra	1 (1,5)
	Irmão/Irmã	1 (1,5)
	Outro	2 (3,1)
Tempo de cuidado (anos)		11,1 (12,8)
Horas diárias de cuidado		17,9 (8,3)
Dias semanais de cuidado		6,9 (0,4)
Treinamento prévio	Não	63 (96,9)
	Sim	2 (3,1)
Recebe ajuda no cuidado	Não	38 (58,5)
	Sim	27 (41,5)

DP – Desvio Padrão

Em relação à oferta de cuidado, a maioria dos entrevistados era cuidador do cônjuge (89,2%), não possuía treinamento prévio (96,9%) e nenhum tipo de apoio para desempenhar a tarefa de cuidar (58,5%). Em média, dedicavam-se ao cuidado há 11,1±12,8 anos, durante 17,9±8,3 horas diárias.

A tabela 4 apresenta a distribuição dos idosos cuidadores segundo nível e critérios de fragilidade.

Tabela 4 – Distribuição dos idosos cuidadores segundo nível e critérios de fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

Variáveis	n	%
Perda de Peso		
Não	49	75,4
Sim	16	24,6
Fadiga		
Não	40	61,5
Sim	25	38,5
Fraqueza		

Não	42	64,6
Sim	23	35,4
<hr/>		
Lentidão da marcha		
Não	50	77,0
Sim	14	21,5
<i>Missing</i>	01	1,5
<hr/>		
Redução de atividade física		
Não	16	24,6
Sim	49	75,4
<hr/>		
Nível de Fragilidade		
Não frágil	2	3,1
Pré-frágil	47	72,3
Frágil	16	24,6

Em relação aos critérios de fragilidade, a redução de atividade física foi o componente mais prevalente (75,4%), seguido de fadiga (38,5%), fraqueza (35,4%), perda de peso (24,6%), e lentidão da marcha (21,5%). Houve predomínio de idosos cuidadores pré-frágeis (72,3%).

A tabela 5 apresenta as características sociodemográficas dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo fragilidade.

Tabela 5 – Características sociodemográficas de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

Variável	Categoria	n (%)	Fragilidade		p
			Não n (%)	Sim n (%)	
Sexo	Masculino	28 (43,1)	20 (71,4)	8 (28,6)	0,520
	Feminino	37 (56,9)	29 (78,4)	8 (21,6)	
Faixa etária	60 a 74 anos	51(78,5)	39 (76,5)	12 (23,5)	0,698
	75 anos ou mais	14 (21,5)	10 (71,4)	4 (28,6)	
Situação conjugal	Com companheiro	61 (93,9)	48 (78,7)	13 (21,3)	0,016
	Sem companheiro	4 (6,1)	1 (25,0)	3 (75,0)	
Trabalha atualmente	Não	51 (78,5)	36 (70,6)	15 (29,4)	0,159
	Sim	14 (21,5)	13 (92,9)	1 (7,1)	
Aposentado(a)	Não	17 (26,2)	14 (82,4)	3 (17,6)	0,438
	Sim	48 (73,8)	35 (72,9)	13 (27,1)	
Anos de estudo	Mediana (mín.-máx.)	3 (0-14)	3 (0-11)	4 (0-14)	0,950
Religião	Católico	36 (55,4)	28 (77,8)	8 (22,2)	0,926
	Evangélico	21 (32,3)	15 (71,4)	6 (28,6)	
	Outras	5 (7,7)	4 (80,0)	1 (20,0)	
	Não possui	3 (4,6)	2 (66,7)	1 (33,3)	

Raça/Cor	Branca	21 (32,3)	19 (90,5)	2 (9,5)	0,098
	Preta	7 (10,8)	5 (71,4)	2 (28,6)	
	Parda	34 (52,3)	24 (70,6)	10 (29,4)	
	Indígena	1 (1,5)	0 (0,0)	1 (100,0)	
	Amarela	2 (3,1)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Renda pessoal	Mediana (mín.-máx.)	998,00 (0-6000)	998,00 (0-6000)	998,00 (0-2700)	0,379
Renda familiar	Mediana (mín.-máx.)	2090,00 (300-6998)	2000,00 (300-6998)	2094,00 (980-3700)	0,949
Nº de moradores no domicílio	Mediana (mín.-máx.)	2 (2-9)	2 (2-5)	2 (2-9)	0,372

Houve significância estatística entre situação conjugal e fragilidade ($p=0,016$), ou seja, dentre os idosos cuidadores que não possuíam companheiro, a proporção de fragilidade foi maior quando comparada a dos idosos cuidadores com companheiro.

A tabela 6 apresenta características de saúde dos idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo fragilidade.

Tabela 6 – Características de saúde de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

Variável	Categoria	n (%)	Fragilidade		p
			Não n (%)	Sim n (%)	
Plano de Saúde	Não	56 (86,2)	44 (78,6)	12 (21,4)	0,207
	Sim	9 (13,8)	5 (55,6)	4 (44,4)	
Queda no último ano	Não	41 (63,1)	34 (82,9)	7 (17,1)	0,065
	Sim	24 (36,9)	15 (62,5)	9 (37,5)	
Internação no último ano	Não	54 (83,1)	42 (77,8)	12 (22,2)	0,442
	Sim	11 (16,9)	7 (63,6)	4 (36,4)	
IMC	Baixo peso	6 (9,2)	3 (50,0)	3 (50,0)	0,253
	Eutrófico	27 (41,6)	20 (74,1)	7 (25,9)	
	Sobrepeso	32 (49,2)	26 (81,2)	6 (18,8)	
Atividade física	Não	49 (75,4)	37 (75,5)	12 (24,5)	1,000
	Sim	16 (24,6)	12 (75,0)	4 (25,0)	
Dor	Não	6(9,2)	4(66,67)	2(33,33)	0,631
	Sim	59(90,8)	45(76,27)	14(23,73)	
Multimorbidade	Não	3 (4,6)	3 (100,0)	0 (0,0)	0,311
	Sim	62 (95,4)	46 (74,2)	16 (25,8)	
Uso de medicamentos	Nenhum	8 (12,3)	6 (75,0)	2(25,0)	0,107
	Um	10 (15,4)	10 (100,0)	0(0,0)	
	Dois ou mais	47 (72,3)	33 (70,2)	14 (29,8)	

Sintomas depressivos	Severos	5 (7,7)	2 (40,0)	3 (60,0)	0,029
	Leves	15 (23,1)	9 (60,0)	6 (40,0)	
	Ausência	45 (69,2)	38(84,4)	7 (15,6)	
Declínio Cognitivo	Não	18 (27,7)	17 (94,4)	1 (5,6)	0,029
	Sim	47 (72,3)	32 (68,1)	15 (31,9)	
ABVD	Independência	48 (73,9)	36 (75,0)	12 (25,0)	1,000
	Dependência em uma atividade	16 (24,6)	12 (75,0)	4 (25,0)	
	Dependência em duas atividades	1 (1,5)	1 (100,0)	0 (0,00)	
AIVD	Dependência parcial	41 (63,1)	29 (70,7)	12 (29,3)	0,373
	Independência	24 (36,9)	20 (83,3)	4 (16,7)	
Tabagismo	Não	54 (83,1)	42 (77,8)	12 (22,2)	0,442
	Sim	11 (16,9)	7 (63,6)	4 (36,4)	
Etilismo	Não	54 (83,1)	42 (77,8)	12 (22,2)	0,442
	Sim	11 (16,9)	7 (63,6)	4 (36,4)	

No que tange às características de saúde dos idosos cuidadores segundo fragilidade, observa-se que houve significância estatística entre sintomas depressivos e fragilidade ($p=0,029$). A proporção de fragilidade foi maior entre os idosos cuidadores com sintomas depressivos severos quando comparados aos demais.

Resultados estatisticamente significantes também foram identificados entre declínio cognitivo e fragilidade ($p=0,029$). Dentre os idosos cuidadores com alterações cognitivas, o percentual de fragilidade foi maior quando comparado aos idosos sem prejuízo cognitivo.

A tabela 7 apresenta características relacionadas ao contexto de cuidado de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo fragilidade.

Tabela 7 – Características relacionadas ao contexto de cuidado de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social segundo fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

Variável	Categoria	n (%)	Fragilidade		p
			Não n (%)	Sim n (%)	
Quem recebe o cuidado	Cônjuge	58 (89,3)	46 (79,3)	12 (20,7)	0,015
	Pai/Mãe	3 (4,6)	0 (0,0)	3 (100,0)	
	Sogra/Sogra	1 (1,5)	1 (100,0)	0 (0,0)	
	Irmão/Irmã	1 (1,5)	1 (100,0)	0 (0,0)	
	Outro	2 (3,1)	1(50,0)	1 (50,0)	
Tempo de cuidado (anos)	Mediana	5,0	5,0	8,0	0,799

	(mín.-máx.)	(0,05-50)	(0,05-50)	(0,5-45)	
Horas diárias de cuidado	Mediana (mín.-máx.)	24 (1-24)	24 (1-24)	24 (2-24)	0,549
Dias semanais de cuidado	Mediana (mín.-máx.)	7 (4-7)	7 (4-7)	7 (7-7)	0,415
Treinamento prévio	Não	63 (96,9)	47 (74,6)	16 (25,4)	1,000
	Sim	2 (3,1)	2 (100,0)	0 (0,0)	
Recebe ajuda no cuidado	Não	38 (58,5)	29 (76,3)	9 (23,7)	0,836
	Sim	27 (41,5)	20 (74,1)	7 (25,9)	

Quanto às características relacionadas ao cuidado segundo fragilidade, nota-se que houve relação estatisticamente significativa entre grau de parentesco com o idoso cuidado e fragilidade ($p=0,015$), ou seja, dentre os idosos que cuidavam de seus progenitores, a proporção de fragilidade foi maior quando comparada às demais categorias.

A tabela 8 apresenta as características de sobrecarga e fragilidade dos idosos que cuidam de outros idosos inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social.

Tabela 8 – Caracterização dos idosos que cuidam de outros idosos segundo sobrecarga e fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

Variável	Categoria	n (%)	Fragilidade		p
			Não n (%)	Sim n (%)	
Sobrecarga	Pequena	27 (41,5)	24 (88,9)	3 (11,1)	0,004
	Moderada	27 (41,5)	21 (77,8)	6 (22,2)	
	Moderada a severa	9 (13,9)	4 (44,4)	5 (55,6)	
	Severa	2 (3,1)	0(0,00)	2 (100,0)	
Total			49 (75,4)	16 (24,6)	

Em relação à sobrecarga, 41,5% dos idosos cuidadores pontuaram para pequena sobrecarga, 41,5% para sobrecarga moderada, 13,9% para sobrecarga moderada a severa e 3,1% para sobrecarga severa. Houve significância estatística entre sobrecarga e fragilidade ($p=0,004$). A maioria dos idosos que pontuou para sobrecarga ausente ou moderada não estava frágil, enquanto que idosos cuidadores que pontuaram para sobrecarga moderada a severa ou severa estavam frágeis.

O escore total mediano da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit foi 23 pontos, sendo que o cuidador com menor escore pontou 1 ponto e o cuidador com maior escore pontou 71 pontos. Observou-se significância estatística na diferença das medianas do escore total entre cuidadores não frágeis (mediana=21) e frágeis (mediana=36) (Figura 1).

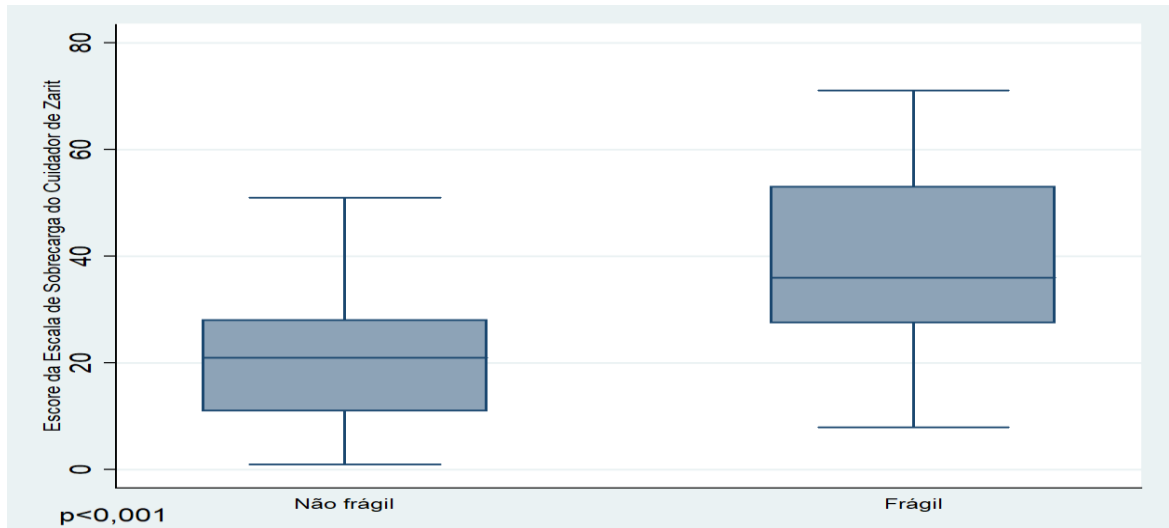


Figura 1 - Boxplot – Sobrecarga do cuidador e fragilidade. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

A tabela 9 apresenta a distribuição dos idosos cuidadores segundo critérios de fragilidade e sobrecarga.

Tabela 9 – Distribuição dos idosos cuidadores segundo critérios de fragilidade e sobrecarga. São Carlos, SP, Brasil, 2019-2020 (n=65)

Critério de fragilidade	Nível de sobrecarga				p
	Pequena	Moderada	Mod a Sev	Severa	
Perda de peso	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	0,027
Não	24 (49,0)	19 (38,8)	6 (12,2)	0 (0,0)	
Sim	3 (18,8)	8 (50,0)	3 (18,8)	2 (12,4)	
Fadiga					
Não	22 (55,0)	15 (37,5)	3 (7,5)	0 (0,0)	0,007
Sim	5 (20,0)	12 (48,0)	6 (24,0)	2 (8,0)	

Fraqueza					
Não	17 (40,5)	18 (42,9)	7 (16,7)	0 (0,0)	0,273
Sim	10 (43,5)	9 (39,1)	2 (8,7)	2 (8,7)	
Lentidão marcha					
Não	24 (48,0)	21 (42,0)	5 (10,0)	0 (0,0)	0,013
Sim	3 (21,4)	5 (35,7)	4 (28,6)	2 (14,3)	
Atividade física					
Não	5 (31,3)	9 (56,3)	1 (6,2)	1 (6,2)	0,350
Sim	22 (44,9)	18 (36,7)	8 (16,3)	1 (2,1)	

Houve significância estatística entre o nível de sobrecarga e os componentes perda de peso ($p=0,027$), fadiga ($p=0,007$) e lentidão da marcha ($p=0,013$), ou seja, idosos cuidadores que pontuaram para perda de peso, fadiga e lentidão da marcha apresentaram maior proporção de sobrecarga quando comparados àqueles que não pontuaram em tais componentes.

7 DISCUSSÃO

O perfil do idoso cuidador no presente estudo assemelha-se aos achados da literatura nacional (NUNES et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2018; GOMES et al., 2019) e internacional (PREVO et al., 2018; PHETSITONG et al., 2019; VON KÄNEL et al., 2019). A amostra composta predominantemente pelo sexo feminino pode ser justificada pelo papel sociocultural atribuído à mulher no contexto do cuidado, que por vezes, assume a função de cuidar, seja ela filha, irmã ou cônjuge (SANTOS-ORLANDI et al., 2017; OTTAVIANI et al., 2019). No entanto, embora haja o predomínio de cuidadores do sexo feminino, estudos têm evidenciado um crescente número de idosos cuidadores do sexo masculino (NUNES et al., 2018; EKSTRÖN et al., 2020).

No presente estudo houve elevada prevalência de idosos cuidadores com multimorbidade (95,4%) e que referiram dor (90,8%). Alguns estudos corroboram com os dados encontrados (ALVES et al., 2018; EKSTRÖN et al., 2020; TERASSI et al., 2020). O tempo despendido ao cuidado pode fazer com que esse cuidador abdique de outras atividades, principalmente aquelas relacionadas ao autocuidado. Isso pode ocasionar adoecimento físico e piora no quadro de doenças pré-existentes, uma vez que o cuidador é também uma pessoa idosa e vivencia concomitantemente à tarefa de cuidar as modificações advindas do processo de envelhecimento (SANTOS-ORLANDI et al., 2017; LOPES et al., 2020; FLESCHE et al., 2020). A presença de doenças crônicas resulta na necessidade de medicação regular (ALMEIDA et al., 2017), fato importante observado em 72,3% da presente amostra, os quais faziam uso de dois ou mais medicamentos.

Quando há multimorbidade, pode haver prejuízo funcional, principalmente em relação a AIVD (MÁXIMO et al., 2020). No presente estudo, uma porcentagem significativa dos idosos cuidadores (63,1%) pontuou para dependência parcial em atividades instrumentais de vida diária. Dado semelhante foi identificado no contexto nacional (GOMES et al., 2019).

Houve predomínio de idosos cuidadores pré-frágeis (72,3%), seguidos de frágeis (24,6%). Embora apresentem proporções distintas, maior prevalência de pré-fragilidade também foi identificada em pesquisa nacional, realizada com 148 idosos cuidadores de idosos de municípios paulistas (LEMOS et al., 2020). Essa divergência pode ter acontecido em decorrência do uso de instrumentos distintos para avaliação da fragilidade. Predomínio de idosos cuidadores pré-frágeis também foi observado em estudo internacional (POTIER et al., 2018b).

Ser cuidador idoso pode favorecer sua entrada no ciclo da fragilidade, por conta da maior exposição aos estressores em decorrência do processo do envelhecimento associado à maior presença de morbidades. Além disso, o idoso cuidador passa por mudanças intensas em sua rotina diária que podem refletir negativamente na sua saúde física e psicológica, tornando-o um ser mais vulnerável a adversidades, o que facilitaria a instalação da síndrome (MÁXIMO et al., 2020). Pesquisadores apontam que o risco de um idoso cuidador se tornar frágil pode estar parcialmente relacionado à menor propensão de esses cuidadores se envolverem em comportamentos preventivos de saúde (POTIER et al., 2018a).

Diante da supremacia de pré-fragilidade, intervenções devem ser planejadas e implementadas com o intuito de se evitar a progressão para um nível mais severo. Além disso, sabe-se que a referida síndrome é uma condição passível de ser revertida e ações assertivas são capazes de evitar a ocorrência de eventos adversos e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos (BERLEZI et al., 2019).

No presente estudo identificou-se que idosos cuidadores que não possuíam companheiro apresentaram maior proporção de fragilidade quando comparada a dos idosos cuidadores com companheiro ($p=0,016$). Dados divergentes foram encontrados em um estudo do tipo caso-controle realizado na Bélgica (POTIER et al., 2018a). No entanto, um estudo nacional realizado com 328 idosos cuidadores identificou, por meio da análise de regressão logística, que idosos cuidadores sem vida conjugal apresentavam 11,03 vezes mais chances de desenvolvimento de pré-fragilidade e de 14,39 vezes mais chances de desenvolvimento de fragilidade quando comparados àqueles com vida conjugal (MÁXIMO et al., 2020).

De acordo com a literatura, ser casado é uma condição positiva para os aspectos gerais de saúde (GROSS et al., 2018). Evidências mostram que ter parceiro eleva o sentimento de bem-estar, funciona como fator protetivo para solidão e expõe o casal a hábitos de vida mais saudáveis, os quais são extremamente importantes para a manutenção física, mental e cognitiva. Nesse sentido, idosos sem companheiro podem se tornar frágeis devido à insuficiência de atividade física e à inadequação alimentar, fatores que contribuem para a sarcopenia (SANTOS-ORLANDI et al., 2019).

Diante da ausência de vida conjugal, o papel do cuidado passa a ser desempenhado por outro familiar, como filhos ou irmãos, os quais podem apresentar sentimentos negativos em decorrência da impossibilidade de desempenharem atividades recreativas, laborais e de lazer pelo oferecimento de cuidado ininterrupto. Sintomas depressivos aliados ao decréscimo da prática de atividade física poderiam elucidar a maior chance de esses cuidadores idosos se tornarem frágeis e pré-frágeis (ROSSETI et al., 2018).

Houve relação estatisticamente significativa entre sintomas depressivos e fragilidade ($p=0,029$), isto é, a proporção de fragilidade foi maior entre os idosos cuidadores com sintomas depressivos severos quando comparados aos demais. Investigações anteriores corroboram com os dados encontrados (SOYSAL et al., 2017; FENG et al., 2017; ROSSETI et al., 2018; SANTOS-ORLANDI et al., 2019; MÁXIMO et al., 2020). Estudiosos afirmam que idosos cuidadores podem manifestar mais sintomas depressivos do que idosos não cuidadores e que uma possível explicação seria a elevada demanda de cuidado e a pressão emocional oriunda do desempenho solitário da tarefa de cuidar (LUCHESE et al., 2015).

Evidências da literatura indicam semelhança nas alterações fisiopatológicas de ambas as condições, tais como desregulação hormonal, disfunção mitocondrial, inflamação crônica e comprometimento da neurotransmissão dopaminérgica, as quais sugerem relação bidirecional entre fragilidade e depressão, ou seja, idosos com sintomas depressivos podem se tornar frágeis, assim como idosos frágeis podem apresentar sintomas depressivos (NASCIMENTO; BATISTONI, 2019; DIDONÉ et al., 2020).

Idosos com sintomas depressivos severos demonstram falta de energia, redução da prática de atividade física e inapetência, as quais são reconhecidas portas de entrada no ciclo da fragilidade. Por outro lado, idosos frágeis também podem demonstrar sintomas depressivos, diante da presença de multimorbidades e de possíveis limitações funcionais que podem surgir (NASCIMENTO; BATISTONI, 2019; MELO et al., 2020).

Houve significância estatística entre fragilidade e declínio cognitivo ($p=0,029$): idosos cuidadores com alteração cognitiva tiveram maior proporção de fragilidade quando comparados àqueles sem declínio cognitivo. Tais achados corroboram com estudo anterior (BRIGOLA et al., 2017).

É esperado na velhice uma pequena redução das reversas cognitivas. No entanto, quando essa redução implica em prejuízo de funções como memória, atenção, concentração, linguagem, por exemplo, temos o comprometimento cognitivo (DIXE et al., 2020). Estudiosos têm se dedicado a investigar uma nova condição conceituada como fragilidade cognitiva, identificada a partir do comprometimento cognitivo relacionado aos critérios da síndrome de fragilidade sem que haja diagnóstico de doenças neurodegenerativas (BRIGOLA et al., 2020).

Há ainda controvérsias entre pesquisadores quanto à inclusão do comprometimento cognitivo como um dos critérios para fragilidade (BRIGOLA et al., 2020), dado que ambas as condições são multifatoriais, têm maior incidência em indivíduos mais velhos e parecem compartilhar mecanismos fisiopatológicos similares, como desregulação neuroendócrina, metabólica, além da influência neuropatológica e vascular. Além disso, sexo feminino, baixa

escolaridade e estilo de vida sedentário se comportam como possíveis preditores de risco para ambas as condições (PANZA et al., 2018).

Nessa perspectiva, o contexto de alta vulnerabilidade social pode se configurar como fator de risco a esses idosos cuidadores, uma vez que o perfil desses indivíduos revela baixa escolaridade, escassez financeira e de apoio, maior exposição a estressores psicossociais e baixa adesão ao tratamento de doenças, somando prejuízos físicos e cognitivos (SANTOS-ORLANDI et al., 2017). Sendo assim, o comprometimento cognitivo decursivo de condições físicas apresenta potencial de reversibilidade, portanto, o quanto antes identificado, mais efetivas podem ser as intervenções (MIYAMURA et al., 2019; OTTAVIANI et al., 2020).

Houve significância estatística entre fragilidade e grau de parentesco com o idoso cuidado ($p=0,015$), isto é, idosos que cuidavam de seus pais apresentaram maior percentual de fragilidade quando comparados aos demais. Estudiosos apontam que a responsabilidade do cuidado pode ser considerada uma obrigação, tendo em vista que os pais dedicaram antes cuidados aos filhos (FLESCH et al., 2020). Assim, a sensação de obrigatoriedade aliada ao cuidado ininterrupto poderia desencadear sintomas de esgotamento e falta de tempo para si mesmo, desestimulando esse idoso a realizar atividades de lazer e aumentando a possibilidade de enquadrar-se nos critérios do fenótipo (MÁXIMO et al., 2020).

Essa explicação está em consonância com o contexto de cuidado do presente estudo, pois observou-se que os idosos cuidadores desempenhavam o cuidado, em média, há $11,1 \pm 12,8$ anos, por $17,9 \pm 8,3$ horas por dia, durante quase todos os dias da semana. Ademais, não possuíam capacitação prévia nem ajuda de outras pessoas para a tarefa de cuidar. Segundo evidências da literatura, a falta de conhecimento técnico e do apoio de terceiros diante do envolvimento prolongado com as muitas responsabilidades que o cuidado a um idoso demanda, pode intensificar tensões intrapsíquicas fazendo com que esse cuidador se sinta sobrecarregado (OLIVEIRA et al., 2018; NUNES et al., 2018; LOPES et al., 2020).

Dentre a amostra, a maioria dos idosos cuidadores pontuou para sobrecarga pequena a moderada. Os resultados encontrados corroboram com pesquisas nacionais (ALVES et al., 2018; ROSAS; NERI, 2019) e internacionais (PINQUART; SÖRENSEN, 2011; EKSTRÖM et al., 2020; CHIA-FEN et al., 2021). Estudo transversal, realizado em cinco municípios suecos com 5457 indivíduos, observou que idosos que ofereciam cuidado estavam mais sobrecarregados quando comparados àqueles que não eram cuidadores (EKSTRÖM et al., 2020). Uma meta-análise realizada com 168 estudos sobre cuidadores de idosos identificou que cuidadores mais velhos apresentaram mais sintomas depressivos, maior sobrecarga financeira e física, e índices mais baixos de bem-estar psicológico quando comparados aos cuidadores

mais jovens, o que pode ser parcialmente explicado pelo maior envolvimento dos cônjuges para com a tarefa de cuidar (PINQUART; SÖRENSEN, 2011).

Por outro lado, a maior prevalência de níveis mais baixos de sobrecarga no presente estudo pode ser explicada por diversos fatores. Idosos cuidadores, embora sofram maior impacto físico decorrente do cuidado, são seres mais resilientes e adotam estratégias de enfrentamento capazes de reduzir a intensidade de eventos estressantes (ALVES et al., 2018). Além disso, a maioria da amostra do presente estudo está aposentada, ou seja, não há sobreposição de tarefas ocupacionais extradomiciliares e demandas do cuidado, o que é corriqueiro dentre cuidadores mais jovens (CHIA-FEN et al., 2021). Por último, destaca-se o predomínio de mulheres entre os cuidadores, o que pode ter amenizado o ônus decorrente do cuidar, tendo em vista que tal atribuição é socialmente determinada para o exercício feminino (ALVES et al., 2018).

Esse estudo investigou a relação entre sobrecarga e fragilidade de idosos cuidadores de outros idosos. A maioria dos idosos cuidadores que pontuou para sobrecarga pequena ou moderada não estava frágil; enquanto que a maioria daqueles que pontuaram para sobrecarga moderada a severa ou severa estava frágil. Estudo nacional corrobora com estes achados (ALVES et al., 2018). Quanto aos critérios do fenótipo, os idosos cuidadores que pontuaram para perda de peso, fadiga e lentidão da marcha apresentaram maior proporção de sobrecarga quando comparados àqueles que não pontuaram em tais componentes.

Assumir o papel de cuidador de outro idoso exige um alto grau de vigilância e atenção, podendo gerar tensão física e psicológica ao longo do tempo, principalmente diante de situações imprevisíveis e da escassez de apoio social (BRIGOLA et al., 2017; ALVES et al., 2018). Além disso, coabitar com o receptor do cuidado expõe esse cuidador a uma demanda contínua e ininterrupta, favorecendo a baixa inserção em atividades sociais, físicas e de lazer (JESUS; SANTOS-ORLANDI; ZAZZETTA, 2018). Tais condições interagem entre si, o que propiciaria a entrada do idoso no ciclo da fragilidade (ROGRIGUES et al., 2018).

A síndrome da fragilidade resulta de uma série de alterações nos mecanismos biológicos que culminam na desregulação de múltiplos sistemas e, conseqüentemente, no desequilíbrio homeostático. Nesse sentido, o organismo não consegue tolerar estressores diante da redução de energia disponível, desencadeando um declínio progressivo no funcionamento físico (LLANO et al., 2019), contribuindo para que o indivíduo se sinta sobrecarregado.

Por outro lado, acredita-se que a sobrecarga também possa causar desequilíbrio homeostático e favorecer a ocorrência da fragilidade, tendo em vista que no contexto de cuidar existem altas demandas e excesso de afazeres, o que poderia gerar sensação de fadiga e

exaustão, além do pouco tempo para o autocuidado, o que contribuiria para a inatividade física, uma conhecida porta para o ciclo da fragilidade (ALVES et al., 2018).

Sendo assim, acredita-se que essa via de explicação tenha duplo sentido, ou seja, um organismo fragilizado pode ter uma visão mais impactante do contexto de cuidar, levando à maior percepção de sobrecarga, assim como um indivíduo sobrecarregado pode apresentar disfunção de múltiplos sistemas e se tornar frágil (ALVES et al., 2018).

Diante de tais reflexões, sugere-se que os profissionais da Atenção Primária à Saúde desenvolvam ações psicossociais e psicoeducativas que visem reduzir os impactos gerados pela tensão envolvida na tarefa de cuidar (AMADOR-MARÍN; GUERRA-MARÍN, 2017; SANTOS et al., 2019). Nesse sentido, intervenções grupais podem contribuir para a troca de experiências, estimular a interação social e oferecer suporte aos cuidadores inseridos nesse contexto (AMADOR-MARÍN; GUERRA-MARÍN, 2017), uma vez que a ausência de apoio e de instrução pode submeter o idoso cuidador à piora de condições mórbidas já instaladas. Desse modo, ao integrar condutas de promoção da saúde e prevenção de agravos, é possível prevenir que o fardo seja acrescido a outras ocorrências, mitigando as chances de o cuidador tornar-se frágil e apresentar desfechos desfavoráveis à saúde como quedas, institucionalização precoce, hospitalizações e morte (ALVES et al., 2017; GOMES et al., 2018).

O presente estudo apresentou algumas limitações. O delineamento transversal não permite atribuir causalidade entre as variáveis. Além disso, o reduzido tamanho amostral e o contexto específico de vulnerabilidade social dos idosos cuidadores limitam a generalização dos achados. Ademais, a literatura apresenta lacunas quanto à temática, o que dificultou a comparação dos achados.

Dentre os pontos fortes, revela-se a inovação do estudo com idosos cuidadores de idosos inseridos na comunidade, que não foram selecionados a partir do fenótipo de fragilidade ou de elevados níveis de sobrecarga.

Sugere-se que novas pesquisas com a temática sejam desenvolvidas, uma vez que níveis elevados de sobrecarga podem culminar na instalação da síndrome e levar aos desfechos adversos. Nesse sentido, estudos de intervenção podem contribuir para minimizar o impacto da sobrecarga e da fragilidade entre idosos cuidadores. A inclusão de novas variáveis como cognição, apoio social e sintomas depressivos podem potencializar uma maior compreensão sobre o perfil desses idosos e suprir lacunas na literatura nacional e internacional.

8 CONCLUSÃO

A hipótese foi confirmada. No presente estudo, os idosos cuidadores que pontuaram para níveis mais elevados de sobrecarga estavam frágeis. Dentre os componentes do fenótipo, ressalta-se que idosos que pontuaram para perda de peso, fadiga e lentidão da marcha apresentaram maior proporção de sobrecarga quando comparados àqueles que não pontuaram nos mesmos componentes. Assim, diante do exposto é possível concluir que existe relação entre elevada sobrecarga e fragilidade em idosos que cuidam de outros idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família em contexto de alta vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M. et al. Burden of informal caregivers of dependent elderlies in the community in small cities. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.41, n.esp, p.1-10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190156>
- ALBUQUERQUE, F.K.O. et al. Quality of life of caregivers of the elderly: na integrative review. **Rev Enferm Atual.**, v.87, n.25, p.-19, 2019. DOI: <https://doi.org/10.31011/reaid-2019-v.87-n.25-art.189>
- ALCIMAR, M.C.; CASTRO, E.A.B; CALDAS, C.P. Vivências de ser cuidador familiar de idosos dependentes no ambiente domiciliar. **Rev Rene.**, v.17, n.1, p.76-85, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100011>
- ALMEIDA, N.A. et al. Prevalence of and factores associated with polypharmacy among elderly persons residente in the Community. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.20, n.1, p.138-148, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160086>
- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq neuropsiquiat.**, n.57, v.2, p.421-426, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
- ALVES, E.V.C. et al. The double vulnerability caregivers: multimorbidity and perceived burden and their associations with frailty. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.21, n.3, p.301-311, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180050>
- AUGUSTI, A.C.V.; FALSARELLA, G.R.; COIMBRA, A.L.M.V. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária- Estudo transversal. **Rev Bras Med Fam Comunidade.**, v.12, n.39, p.1-9, 2017. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1353](https://doi.org/10.5712/rbmf12(39)1353)
- BERLEZI, E.M. Study of the fragility phenotype among elderly residents in the Community. **Cienc Saude Colet.**, v.24, n. 11, p. 4201-4209, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.31072017>
- BERTOLAZI, A.N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Med**, v.12, n.1, p.70-5, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2010.04.020>
- BRANDÃO, G.C.G. et al. Perfil de saúde dos cuidadores de idosos: uma revisão integrativa. **RSC online.**, v.6, n.1, p.96-113, 2017. DOI: <https://doi.org/10.35572/rsc.v6i2.170>
- BRIGOLA, A.G. et al. High burden and frailty: association with poor cognitive performance in older caregiver living in rural areas. **Trends Psychiatry Psychother.**, v.39, n.3, p.257-263, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0085>
- BUYSSE, D. J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry res.**, v.28, p.193-213, 1989. DOI: [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)

CARVALHO, V.A.; CARAMELLI, P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised (ACE-R). **Dement. neuropsychol.**, v.2, p.212-16, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-57642008DN10200015>

CERTO, A. et al. A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão da literatura. **Actas de Geront.**, v.2, n.1, p.1-11, 2016. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/12983> Acesso em: 22 junho 2021.

CÉSAR, K. et al. Addenbrooke's cognitive examination-revised: normative and accuracy data for seniors with heterogeneous educational level in Brazil. **Int Psychogeriatrics.**, v.29, n.8, p.1345-53. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610217000734>

CORTEZ, A.C.L. et al. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. **Rev Enferm Bras.**, v.18, n.5, p.700-709, 2019. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785>

CRUZ, D.T. et al. Factors associated with frailty in a community-dwelling population of older adults. **Rev Saude Publica**, v.51, n106, p.1-13, 2017. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007098>

DASSEL, K. B.; CARR, D. C. Does dementia caregiving accelerate frailty? Findings from the health and retirement study. **The Gerontologist.**, v.56, n.3, p.444-450, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnu078>

DINIZ, A.S.S.; LIMA, R.A.; SILVA, B.R.S. Sobrecarga do cuidador de idoso: uma revisão integrativa. **Rev Pesq Saúde**, v.18, n.3, p.184-188, set-dez, 2017. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/8598/5968> Acesso em: 22 junho 2021.

DINIZ, M.A.A. et al. Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. **Cienc Saude Colet.**, v.23, n.11, p.3789-3798, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>

DIXE, M.A. et al. Mild cognitive impairment in older adults: Analysis of some factors. **Dement. neuropsychol.**, v.14, n.1, p.28-34, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-010005>

DUARTE, A. et al. Quality of life and burden of informal caregivers of elderly patients of home care assistance in the Algarve. **SaBios: Rev Saúde Biol.**, v.11, n.3, p.12-26, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317368268_Qualidade_de_vida_e_sobrecarga_dos_cuidadores_informais_dos_pacientes_idosos_das_unidades_de_cuidados_de_assistencia_domiciliar_do_Algarve_Quality_of_life_and_burden_of_informal_caregivers_of_elderly Acesso em: 22 junho 2021.

EKSTRÖN, H. et al. High burden among older family caregivers is associated with high prevalence of symptoms: data from the swedish study "Good Aging in Skane (GAS)". **J Aging Research.**, p.1-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1155/2020/5272130>

FERREIRA, F. et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliares, para população portuguesa. **Cadernos de Saúde**, v.3, n.2, p.13-19,

2010. Disponível em: [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10936/1/CSaude_3-2_2010\(2\).pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10936/1/CSaude_3-2_2010(2).pdf) Acesso em: 22 junho 2021.

FERREIRA, C.R.; BARHAM, E.J. Uma intervenção para reduzir a sobrecarga em cuidadores que assistem idosos com doença de Alzheimer. **Rev Kairós Gerontol.**, v.19, n.4, p.111-130, 2016. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i4p111-130>

FLESCHE, L.D. et al. Elderly who care for elderly: double vulnerability and quality of life. **Paidéia**, v.20, n.e3003, p.1-10, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-4327e3003>

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol: Med Sci.**, v.56, n.3, p.M146-M157, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>

FROST, R. et al. Health promotion interventions for community-dwelling older people with or pre-frailty: a systematic review and meta-analysis. **BMC Geriatrics**, v.17, n.157, p.1-13, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0547-8>

FUNDAÇÃO SEADE. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS**. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://ipvs.seade.gov.br/view/index.php> Acesso em: 25 de março de 2020.

GARCIA-CARDOZA, I.I. et al. Efectos de la terapia cognitivo-conductual en la sobrecarga del cuidador primario de adultos mayores. **Horiz. sanitario**, v.17, n.2, p.131-140, 2018. DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.2039>

GOMES, A.O.G. et al. Prevalence of physical inactivity and associated factors among older caregivers of older adults. **J Aging Health.**, v.31, n.5, p.793-813, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F0898264318756422>

GRDEN, C.R.B. et al. Associations between frailty syndrome and sociodemographic characteristics in long-lived individuals of a community. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.25, n.e2886, p.1-8, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1770.2886>

GROSS, C.B. Frailty levels of elderly people and their association with sociodemographic characteristics. **Acta Paul Enferm.**, v.31, n.2, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800030>

HEDLER, H.C. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Rev Katálys**, v.19, n.1, p.143-153, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00100015>

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n.12, p.914-9, 1963. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>

IKEGAMI, E.M. et al. Relationship between the burden of informal caregivers and the level of independence of hospitalized older adults. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo.**, v.29, n.2, p.129-134, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v29i2p129-134>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro, 2016. 141p. Disponível em:

<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2020.

JESUS, I.T.M; SANTOS-ORLANDI, A.A.; ZAZZETTA, M.S. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.21, n.2, p.194-204, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155>

KOBAYASI, D.Y. et al. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. **Av Enferm.**, v.37, n.2, p.140-148, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n2.73044>

LANA, L.D.; CROSSETTI, M.G.O. Outcome of interventions in elderly persons classified according to the Fried frailty phenotype: an integrative review. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.22, n.3, p.1-13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190008>

LLANO, P.M.P. et al. Factors associated with frailty syndrome in the rural elderly. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n.supl2., p. 14-21, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0079>

LAWTON, M.P; BRODY, E.M. Assessment of folder people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v9, p.179-186, 1969. DOI:

https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/geront/9.3_Part_1.179

LEITE, M.T. et al. Diseases chronicles do not encephalopathies in the elderly: knowledges and actions from community health agents. **J Res Fundam Care online.**, v.7, n.2, p.2263-2276, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750946007> Acesso em: 22 junho 2021.

LEMOS, L.C. et al. Controle percebido em cuidadores de idosos no contexto familiar: variáveis associadas. **Psico**, v.51, n.1, p.1-14, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2020.1.33690>

LINS, A.E.S.; ROSAS, C.; NERI, A.L. Satisfaction with family relations and support according to elderly persons caring for elderly relatives. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.21, n.3, p.330-341, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170177>

LINO, V.T.S. *et al.* Cross-cultural adaptation of the independence in activities of Daily Living Index (Katz Index). **Cad Saude Publica**, v.24, n.1, p.103-12, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>

LOPES, C.C. et al. Associação entre a ocorrência de dor e sobrecarga em cuidadores principais e o nível de independência de idosos nas atividades de vida diária: estudo transversal. **Cad Saúde Colet.**, v.28, v.1, p. 98-106, 2020. DOI: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2020000100098&tlng=pt

MANSO, M.E.G. et al. Cuidadores de idosos: algumas contribuições para o estudo do tema. **Rev Portal Divulg.**, n.58, p.95-100, 2018. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/328307570_Cuidadores_de_idosos_Alguas_contribuicoes_para_o_estudo_do_tema Acesso em: 22 junho 2021.

MÁXIMO, R.O. et al. Pre-frailty, frailty and associated factors in older caregivers of older adults. **Rev Saúde Públ.**, v.54, n.17, p.1-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001655>

MIOSHI, E. et al. The Addenbrooke's cognitive examination revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. **Int J Geriatr Psychiatry**, v. 21, n. 11, p.1078-85, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.1610>

NUNES, D.P. et al. Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: evidence of the Sabe Study. **Rev Bras Epidemiol.**, v.21, n.supl.2, p.1-14, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>

OFORI-ASENSO, R. et al. Global incidence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults. **JAMA Netw Open.**, v.2, n.8, p.e198398, ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8398>

OLIVEIRA, A.S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeua (Uberlândia)**, v.15, n.32, p.69-79, 2019. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia153248614>

OLIVEIRA, J.F. et al. Quality of life of elderly people who care for other elderly people with neurological diseases. **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.21, n.4, p.428-438, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180077>

OTTAVIANI, A.C. et al. Factores associated with the development of diabetes mellitus in older caregivers. **Rev Bras Enferm.**, v.72, n.supl.2, p.30-35, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0590>

PAVARINI, S.C.I. et al. Factors associated with cognitive performance in elderly caregivers. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v.76, n.10, p.685-691, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0004-282X20180101>

PHETSITONG, R. et al. State of household need for caregivers and determinants of psychocological burden among caregivers of older people in Thailand: Na analysis from national surveys on older persons. **PLoS One.**, v.14, n.12, p.e0226330, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.1371%2Fjournal.pone.0226330>

POTIER, F. et al. Health and frailty among older spousal caregivers: an observational cohort study in Belgium. **BMC Geriatrics**, v18, n.291, p.1-9, 2018b. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0980-3>

POTIER, F. et al. Spousal caregiving is associated with an increased risk of frailty: a case-control study. **J Frailty Aging.**, v.7, n.3, p.170-175, 2018a. DOI: <https://doi.org/10.14283/jfa.2018.11>

PREVO, L. et al. Population characteristics and needs of informal caregivers associated with the risk of perceiving a high burden: a cross sectional study. **Inquiry.**, v.55, p.1-13, 2018. DOI: <https://dx.doi.org/10.1177%2F0046958018775570>

- RADLOFF, L.S. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. **Applied Psychological Measurement**, v.1, n.3, p.385-401, 1977. DOI: <https://doi.org/10.1177%2F014662167700100306>
- RAMÍREZ-PEREIRA, M. et al. Mayores cuidando mayores: sus percepciones desde una mirada integral. **Enfermería (Montev.)**, v.7, n.2, p.83-108, 2018. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v7i2.1653>
- ROCKWOOD, K. et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. **CMAJ**, v.173, n.5, p.489-495, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>
- ROCKWOOD, K.; MITNITSKI, A. Frailty defined by deficit accumulation and geriatric medicine defined by frailty. **Clinics in Geriatric Medicine**, v.27, n.1, p.17-26, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.08.008>
- RODRIGUES, R.A.P. et al. Síndrome da fragilidade entre idosos e fatores associados: comparação de dois municípios. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.26, n.e3100, p.1-9, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2897.3100>
- ROSAS, C.; NERI, A.L. Quality of life, burden, Family emotional support: a model for older adults who are caregivers, **Rev Bras Enferm.**, v.72, n.supl.2, p.169-176, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0439>
- ROSSETI, E.S. et al. Frailty, depressive symptoms and overload of elderly caregivers in a contexto of high social vulnerability. **Texto Contexto Enferm.**, v.27, n.3, p.1-11. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003590016>
- SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais de vida diária. **RBPS**, v.21, n.4, p.290-296,2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40811508010>. Acesso em: 16 jul 2019
- SANTOS-ORLANDI, A.A. et al. Elderly caregivers of the elderly: frailty, loneliness and depressive symptoms. **Rev Bras Enferm.**, v.72, n.supl.2, p.88-96, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0137>
- SANTOS-ORLANDI, A.A. et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. **Esc Anna Nery**, v.21, n.1, p.e20170013, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170013>
- SANTOS, W.P. et al. Overburden on elderly caregivers who care for dependent elderly. **Rev. Cuid. Bucaramanga**, v.10, n.2, p.1-11, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.607>
- SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of care in carers of people with mental illnesses. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.24, n.1, p.12-17, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>
- SÃO CARLOS. **Prefeitura Municipal de São Carlos** [internet]. São Carlos (SP). Disponível em: www.saocarlos.sp.gov.br Acesso em: 25 de março de 2020.

SIRIWARDHANA, D.D. et al. Prevalence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open.**, v.8, n.3, p.1-17, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018195>

SOUZA, D.S.S. Análise da relação do suporte social e da síndrome de fragilidade em idosos. **Psic. Saúde Doenças.**, v.18, n.2, p.420-433, 2017. DOI: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36252193011>

SOYSAL, P. et al. Relationship between depression and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. **Ageing Res Rev.**, v.36, p.78-87, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.03.005>

TERASSI, M. et al. Factors associated with depressive symptoms in elderly caregivers with chronic pain. **Rev Bras Enferm.**, v.73, n.1, p.1-7, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0782>

TOMOMISTU, M.R.S.V.; LEMOS, N.D.; PERRACINI, M.R. Prevalência e fatores associados à fragilidade em cuidadores idosos. **Geriatr Gerontol.**, v.4, n.1, p.3-13, 2010. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v4n1a02.pdf> Acesso em: 22 junho 2021.

TURRA, C.M. Os ajustes inevitáveis da transição demográfica no Brasil. In: ANDRADE, M.V.; ALBUQUERQUE, E.M. **Alternativas para uma crise de múltiplas dimensões**. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG, p.284-307, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/327545990_Os_ajustes_inevitaveis_da_transicao_demografica_no_Brasil

VILLA, S. B. Os formatos familiares contemporâneos: transformações demográficas. **Revista Eletrônica de Geografia**, v.4, n.12, p. 02-26, dez. 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/Observatorium/article/view/45659> Acesso em: 22 junho 2021.

YESAVAGE, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J psychiatr res.**, v.17, n.1, p.37-49, 1983. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS****DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****(Resolução 466/2012 do CNS)****FATORES ASSOCIADOS À MÁ QUALIDADE DO SONO DE IDOSOS
CUIDADORES**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores”.

O objetivo deste estudo é identificar os fatores associados à má qualidade do sono de idosos que cuidam de outros idosos, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de São Carlos. O (a) senhor (a) foi selecionado (a) por ser usuário de uma Unidade de Saúde da Família do município, ter mais de 60 anos, morar com uma pessoa idosa e cuidar dela. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os dados.

A coleta de dados será composta por 17 questionários. Inicialmente, serão coletadas informações para sua identificação, além de alguns dados clínicos e relacionados ao cuidado ao idoso. Em seguida, será avaliado seu estado de humor, sono, cognição, fragilidade física, capacidade para realizar atividades de vida diária, qualidade de vida, nível de felicidade, satisfação com a vida, ânimos, apoio social e funcionamento da sua família. Além disso, o(a) senhor(a) deverá apertar um aparelho manual (conhecido como dinamômetro) para medirmos a sua força e andar alguns metros para avaliarmos sua marcha. O tempo utilizado para coleta dos dados será de aproximadamente 1 hora e 30 minutos.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, ou seja, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Os dados coletados poderão ter seus resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O preenchimento destes questionários não oferece risco imediato ao (a) senhor (a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem

remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder os questionários. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista. O senhor (a) não terá nenhum custo ou compensação financeira ao participar do estudo.

Este trabalho poderá contribuir de forma indireta na ampliação do conhecimento sobre o sono, além de auxiliar no conhecimento científico sobre a compreensão da situação do cuidado ao idoso pelo familiar cuidador que também é idoso.

O (a) senhor (a) receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. O (a) senhor (a) poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

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 Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 -- Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Ariene Angelini dos Santos Orlandi

Endereço: Rua Humberto Manelli, 116. Jardim Gibertoni. São Carlos – SP.

Contato telefônico: (16) 3351-9437

E-mail: arieneangelini@yahoo.com.br

São Carlos, _____ de _____ de 2019.

Ariene A. dos Santos Orlandi

Nome do Pesquisador

Ariene Angelini Santos Orlandi

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS E DO
CONTEXTO DE CUIDADO**

Data da entrevista: _____/_____/_____

Nome do Entrevistador: _____

Contato do Entrevistador: _____

Hora de início: _____

Hora de Término: _____

Nome completo do entrevistado: _____

Telefone do(a) entrevistado (a): _____

Endereço: (rua, número externo e interno, CEP): _____

Outros contatos do entrevistado:

1. Nome: _____ Parentesco com o idoso: _____

Telefones de contato: _____

2. Nome: _____ Parentesco com o idoso: _____

Telefones de contato: _____

Observações:

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Sexo: (1) Masculino
(2) Feminino

2. Data de Nascimento: ____/____/____

2a. Idade: ____ anos

3. Estado Civil: (1) Casado ou vive com companheiro
(2) Solteiro
(3) Divorciado/ separado/ desquitado
(4) Viúvo
(99) NR

4. Trabalha atualmente: (1) Sim
(0) Não
(99) NR

Vá para a questão 5

4a. O que faz? _____

5. Aposentado ou pensionista: (1) Sim
(0) Não
(99) NR

6. Escolaridade:

6a. Número de anos de estudo: _____ anos

6b. (1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)
(2) Curso de alfabetização de adultos
(3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série)
(4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)
(5) Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)
(6) Curso superior
(7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor
(99) NR

7. Religião: (1) Católico (6) Protestante
(2) Evangélico (7) Budista
(3) Congregação Cristã (8) Umbanda
(4) Adventista (9) Não possui
(5) Espírita (99) NR
(100) Outros: _____

7a. Praticante: (1) Sim
(0) Não
(99) NR

Vá para a questão 8

7b. Se praticante, há quantos anos: (1) Menos de 1 ano
(2) 1 a 4 anos
(3) 5 a 9 anos
(4) Mais de 10 anos
(99) Não respondeu

8. Raça/ Cor: (1) Branca
(2) Preta
(3) Mulata/ cabocla/ parda

- (4) Indígena
 (5) Amarela/ oriental
 (99) NR

9. Renda do cuidador (em reais): _____
 (99) NR

10. Renda familiar mensal (em reais): _____
 (99) NR

11. Considera a renda suficiente? (1) Sim
 (0) Não
 (99) NR

12. É o responsável pelo sustento da casa? (1) Sim
 (0) Não
 (99) NR

13. Número de pessoas que moram na casa: _____ pessoas
 (99) NR

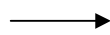
14. Número de filhos vivos: _____ filhos vivos
 (99) NR

15. Com quem mora?	Sim	Não	NR
Mãe/Pai	(1)	(0)	(99)
Marido/ mulher/ companheiro	(1)	(0)	(99)
Filhos/ enteados	(1)	(0)	(99)
Netos	(1)	(0)	(99)
Bisnetos	(1)	(0)	(99)
Outros parentes	(1)	(0)	(99)
Outros (amigos, empregado)	(1)	(0)	(99)

16. É proprietário de sua residência? (1) Sim
 (0) Não
 (99) NR

17. Possui plano particular de saúde? (1) Sim
 (0) Não
 (99) NR

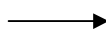
18. Sofreu quedas no último ano? (1) Sim
 (0) Não
 (99) NR



Vá para a questão 19

18a. Quantas quedas sofreu no último ano? _____ quedas

19. Preciou ser internado no último ano? (1) Sim
 (0) Não
 (99) NR



Vá para a questão 20

19a. Quantas vezes foi internado no último ano? _____ vezes

20. Possui alguma dessas doenças?

	NÃO	SIM	NS/NR
20a. Anemia	0	1	99
20b. Ansiedade/transtorno do pânico	0	1	99
20c. Artrite(reumatóide/osteoartrite/artrose)	0	1	99
20d. Audição prejudicada	0	1	99
20e. Câncer - Qual? _____	0	1	99
20f. Problemas pulmonares (enfisema, bronquite, asma, etc.)	0	1	99
20g. Diabetes Mellitus	0	1	99
20h. Depressão	0	1	99
20i. Acidente Vascular Cerebral	0	1	99
20j. Doença cardíaca	0	1	99
20k. Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	0	1	99
20l. Doença vascular periférica (varizes)	0	1	99
20m. Doença Neurológica (Parkinson/Esclerose)	0	1	99
20n. Hipertensão arterial	0	1	99
20o. Incontinência urinária e/ou fecal	0	1	99
20p. Obesidade	0	1	99
20q. Osteoporose	0	1	99
20r. Problemas de coluna	0	1	99
20s. Visão prejudicada (catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, hipermetropia)	0	1	99
20t. Tontura (labirintite, vertigens)	0	1	99
20u. Dislipidemia (colesterol, triglicérides)	0	1	99
20v. Outras – Qual? _____	0	1	99

21a. Faz uso de medicação para tratamento de alguma doença/condição?

(1) Sim
(0) Não
(99) NR

Vá para a questão 21c

21b. Número de medicamentos que usa: _____ medicamentos

21c. Faz uso de medicação para dormir? Exemplos: ansiolíticos, benzodiazepínicos (“faixa preta”, “calmante”).

(1) Sim
(0) Não
(99) NR

Vá para a questão 22

21d. Qual medicamento usa para dormir? _____

22. Pratica atividade física? (1) Sim
(0) Não → **Vá para a questão 23**
(99) NR

22a. Quanto tempo de atividade física pratica por semana? (1) ≥ 150 minutos / semana
(0) < 150 minutos / semana

22b. Qual período em que pratica atividade física? (1) manhã
(2) tarde
(3) noite

23. É tabagista? (1) Sim
(0) Não → **Vá para a questão 24**
(99) NR

23a. Quantos cigarros fuma por dia: _____ cigarros

24. Consome bebida alcoólica? (1) Sim
(0) Não → **Vá para a questão 25**
(99) NR

24a. Que tipo de bebida ingere:

- (1) cerveja
- (2) pinga
- (3) vodca
- (4) vinho
- (5) outro: _____

25. Consome café diariamente? (1) Sim
(0) Não → **Vá para a questão 26**
(99) NR

25a. Quantos mililitros (ml) de café consome por dia? _____ ml

26. Faz uso dos seguintes alimentos?

- 26a. Chá verde (0) Não (1) Sim (99) NR
- 26b. Chá mate (0) Não (1) Sim (99) NR
- 26c. Chá preto (0) Não (1) Sim (99) NR
- 26d. Chocolate (0) Não (1) Sim (99) NR
- 26e. Gengibre (0) Não (1) Sim (99) NR
- 26f. Pimentas (0) Não (1) Sim (99) NR
- 26g. Guaraná em pó (0) Não (1) Sim (99) NR

CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO

1. O Sr(a) está cuidando do seu(a): (1) Cônjuge
(2) Pai/mãe
(3) Sogro/sogra
(4) Irmão/irmã
(5) Outro (especificar): _____
2. Há quanto tempo o Sr(a) é o cuidador do idoso(a)? _____ meses
3. Quantas horas por dia o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ horas
4. Quantos dias na semana o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ dias
5. Quantos dias no final de semana o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ dias
6. O Sr(a) participou de algum curso/treinamento para cuidar do idoso(a)? (1) Sim
(0) Não
(99) NR
7. O Sr(a) recebe ajuda para com o cuidado ao idoso: (1) Sim
(0) Não → Vá para a questão 8
(99) NR
- 7a. Recebe ajuda material/ financeira (0) Não (1) Sim, suficiente (2) Sim, insuficiente (99) NR
- 7b. Recebe ajuda afetiva/emocional (0) Não (1) Sim, suficiente (2) Sim, insuficiente (99) NR
- 7c. Recebe ajuda nas AVD (0) Não (1) Sim, suficiente (2) Sim, insuficiente (99) NR
8. O Sr(a) recebe apoio de entidades para o cuidado do idoso(a)? (1) Sim
(0) Não
(99) NR
- 8a. Grupos religiosos/ Igreja/ Voluntariado (1) Sim (0) Não (99) NR
- 8b. Instituições de saúde. (1) Sim (0) Não (99) NR
- 8c. Serviço de assistência social. (1) Sim (0) Não (99) NR

**ANEXO A - ESCALA DE INDEPENDÊNCIA EM ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA
DE KATZ**

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

Resultado:	
0	Independente em todas as funções
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função
2	Independente em quatro funções e dependente em duas
3	Independente em três funções e dependente em três
4	Independente em duas funções e dependente em quatro
5	Independente em uma função e dependente em cinco
6	Dependente em todas as seis funções

**ANEXO B – ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE
LAWTON E BRODY**

ATIVIDADE	SCORE
Em relação ao uso do telefone	(3) Recebe e faz ligações sem assistência (2) Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas (1) Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone
Em relação às viagens	(3) Realiza viagens sozinho (2) Somente viaja quando tem companhia (1) Não tem o hábito ou é incapaz de viajar
Em relação à realização de compras	(3) Realiza compras, quando é fornecido o transporte (2) Somente faz compra quando tem companhia (1) Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras
Em relação ao preparo de refeições	(3) Planeja e cozinha as refeições completas (2) Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda (1) Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições.
Em relação ao trabalho doméstico	(3) Realiza tarefas pesadas (2) Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas (1) Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalho doméstico
Em relação ao uso de medicamentos	(3) Faz uso de medicamento sem assistência (2) Necessita de lembretes ou de assistência (1) É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos
Em relação ao manejo do dinheiro	(3) Preenche cheque e a as contas sem auxílio (2) Necessita de assistência para o uso de cheque e contas (1) Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro e contas

Classificação:	
(1)	Dependência total (7 pontos)
(2)	Dependência parcial (de 8 a 20 pontos)
(3)	Independência (21 pontos)

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS

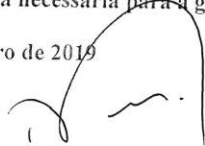
CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar),

Prezado Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, na função de representante legal da Secretaria Municipal de Saúde, informo que o projeto de pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem intitulado “**Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores**” apresentado pela pesquisadora Profa. Dra. Ariene Angelini dos Santos Orlandi submetido à chamada MCTIC/CNPq no 28/2018 –Universal/ Faixa A /Vigência 2019-2021 e que tem como objetivo geral: identificar os fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores, foi analisado e considerando que o mesmo siga os preceitos éticos descritos pela resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, fica autorizada a realização do referido projeto apenas após a apresentação do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

“Declaro ler e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, 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.

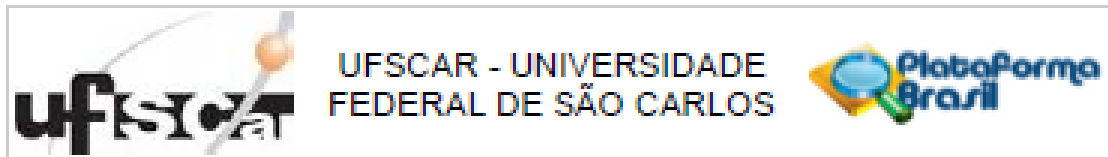
São Carlos, 21 de Dezembro de 2019



Marcos Antonio Palermo
Secretário Municipal de Saúde

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos,
Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil.
Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores

Pesquisador: ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08175419.5.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO
Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.275.704

Apresentação do Projeto:

Em virtude da maior longevidade da população e da maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), muitos idosos podem apresentar um declínio no seu desempenho funcional, ocasionando assim uma condição de dependência e conseqüentemente a necessidade de um cuidador. A má qualidade do sono pode ser considerada um importante problema de saúde pública devido à alta prevalência entre os idosos e aos efeitos negativos sobre o bem-estar dos indivíduos cuidadores de idosos. Sendo assim, mediante a identificação precoce dessa condição e de seus fatores associados, intervenções podem ser planejadas no sentido de reduzir os gastos com os serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Identificar os fatores associados à má qualidade do sono de idosos cuidadores.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os idosos cuidadores quanto aos aspectos sociodemográficos e de saúde.- Descrever a qualidade do sono dos idosos cuidadores. -

Determinar o fenótipo de fragilidade dos idosos cuidadores.- Avaliar a condição cognitiva, o humor, o estresse percebido, a sobrecarga, a capacidade funcional, a funcionalidade familiar, a qualidade de vida, o apoio social, o nível de felicidade, a satisfação com a vida e os afetos

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-005

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-0683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 3.275.704

positivos e negativos dos idosos cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: "Os participantes poderão se expor a riscos mínimos ao responder as perguntas, tais como cansaço, desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação ou relembrar algumas sensações desagradáveis diante das perguntas."

Benefícios Indiretos: "Este trabalho trará importantes contribuições para o conhecimento da saúde do idoso cuidador de outro idoso e ajudará na detecção de um sono de má qualidade".

Benefício direto: Caso seja detectada má qualidade do sono, "o participante será encaminhado à equipe da Unidade de Saúde da Família."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica e social, com elucidação da interação ensino-serviço e da devolutiva para o serviço nos Resultados Esperados. O Método consta da aplicação de 17 instrumentos que podem "gerar desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação", mas foram justificados tecnicamente pelos Pesquisadores como essenciais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequações solicitadas foram adequadas pelos pesquisadores.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1289359.pdf	16/03/2019 10:24:55		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Justificativa_instrumentos.docx	16/03/2019 10:24:05	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE_UNIVERSAL_ADEQUADO.pdf	16/03/2019 10:23:51	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito
Outros	SMS_UNIVERSAL.pdf	29/01/2019 15:00:26	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

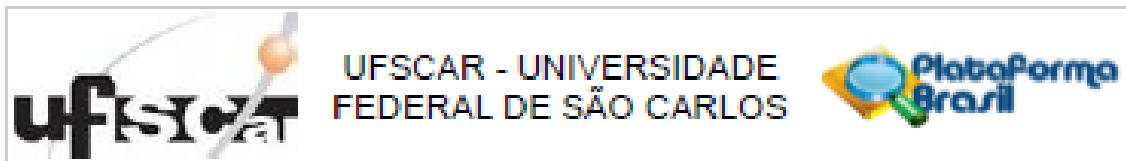
CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3351-0883

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.275.704

Folha de Rosto	Folha_rosto_CEP_Universal_assinada.pdf	29/01/2019 14:48:32	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_UNIVERSAL_CEP.pdf	26/01/2019 20:30:26	ARIENE ANGELINI DOS SANTOS ORLANDI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 22 de Abril de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
UF: SP Município: SAO CARLOS
Telefone: (18)3351-0683 E-mail: cephumanos@ufscar.br

ANEXO E – FENÓTIPO DE FRAGILIDADE DE FRIED

Peso (em Kg): _____ Altura (em m): _____ IMC (Kg/m²): _____

1. PERDA DE PESO											
<p>Nos últimos doze meses o(a) senhor(a) acha que perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?</p> <p>() Não () Sim. Quantos quilos?</p> <p>Atende o critério no caso de uma perda de 4,5kg do peso corporal.</p>	<p>Preenche o critério?</p> <p style="text-align: center;">(1) Sim</p> <p style="text-align: center;">(0) Não</p>										
2. FADIGA											
<p>a) Com que frequência na última semana sentiu que tudo o que fez exigiu um grande esforço?</p> <p>(0) Nunca/Raramente (-1 dia)</p> <p>(1) Poucas vezes (1 a 2 dias)</p> <p>(2) Na maioria das vezes (3 a 4 dias)</p> <p>(3) Sempre (5 a 7 dias)</p> <p>b) Com que frequência na última semana, sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas?</p> <p>(0) Nunca/Raramente (-1 dia)</p> <p>(1) Poucas vezes (1 a 2 dias)</p> <p>(2) Na maioria das vezes (3 a 4 dias)</p> <p>(3) Sempre (5 a 7 dias)</p> <p>Atende o critério quem assinalar alternativa 2 ou 3 em qualquer uma das respostas</p>	<p>Preenche o critério?</p> <p style="text-align: center;">(1) Sim</p> <p style="text-align: center;">(0) Não</p>										
3. BAIXA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR											
<p>1ª medida de força de preensão:.....Kgf.</p> <p>2ª medida de força de preensão:.....Kgf.</p> <p>3ª medida de força de preensão:.....Kgf.</p> <p>Média: $1^a+2^a+3^a/3=$.....Kgf.</p>	<p>Preenche o critério?</p> <p style="text-align: center;">(1) Sim</p> <p style="text-align: center;">(0) Não</p>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">HOMEM</th> <th style="width: 50%;">MULHER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IMC \leq 24 Força de preensão \leq 29</td> <td>IMC \leq 23 Força de preensão \leq 17</td> </tr> <tr> <td>IMC 24.1 - 26 Força de preensão \leq 30</td> <td>IMC 23.1 - 26 Força de preensão \leq 17.3</td> </tr> <tr> <td>IMC 26.1 - 28 Força de preensão \leq 30</td> <td>IMC 26.1 - 28 Força de preensão \leq 18</td> </tr> <tr> <td>IMC $>$ 28 Força de preensão \leq 32</td> <td>IMC $>$ 29 Força de preensão \leq 21</td> </tr> </tbody> </table>	HOMEM	MULHER	IMC \leq 24 Força de preensão \leq 29	IMC \leq 23 Força de preensão \leq 17	IMC 24.1 - 26 Força de preensão \leq 30	IMC 23.1 - 26 Força de preensão \leq 17.3	IMC 26.1 - 28 Força de preensão \leq 30	IMC 26.1 - 28 Força de preensão \leq 18	IMC $>$ 28 Força de preensão \leq 32	IMC $>$ 29 Força de preensão \leq 21	
HOMEM	MULHER										
IMC \leq 24 Força de preensão \leq 29	IMC \leq 23 Força de preensão \leq 17										
IMC 24.1 - 26 Força de preensão \leq 30	IMC 23.1 - 26 Força de preensão \leq 17.3										
IMC 26.1 - 28 Força de preensão \leq 30	IMC 26.1 - 28 Força de preensão \leq 18										
IMC $>$ 28 Força de preensão \leq 32	IMC $>$ 29 Força de preensão \leq 21										
4. DIMINUIÇÃO NA VELOCIDADE DA MARCHA											
<p>Três medidas consecutivas do tempo para caminhar 4,6m no plano.</p> <p>1ª medida de velocidade da marcha:.....centésimos de segundos.</p> <p>2ª medida de velocidade da marcha:.....centésimos de segundos.</p> <p>3ª medida de velocidade da marcha:.....centésimos de segundos.</p> <p>Média: $1^a+2^a+3^a/3=$..... centésimos de segundo.</p>	<p>Preenche o critério?</p> <p style="text-align: center;">(1) Sim</p> <p style="text-align: center;">(0) Não</p>										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">HOMEM</th> <th style="width: 50%;">MULHER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Altura \leq 173 cm Tempo \geq 7 segundos</td> <td>Altura \leq 159 cm Tempo \geq 7 segundos</td> </tr> <tr> <td>Altura $>$ 173 cm Tempo \geq 6 segundos</td> <td>Altura $>$ 173 cm Tempo \geq 6 segundos</td> </tr> </tbody> </table>	HOMEM	MULHER	Altura \leq 173 cm Tempo \geq 7 segundos	Altura \leq 159 cm Tempo \geq 7 segundos	Altura $>$ 173 cm Tempo \geq 6 segundos	Altura $>$ 173 cm Tempo \geq 6 segundos					
HOMEM	MULHER										
Altura \leq 173 cm Tempo \geq 7 segundos	Altura \leq 159 cm Tempo \geq 7 segundos										
Altura $>$ 173 cm Tempo \geq 6 segundos	Altura $>$ 173 cm Tempo \geq 6 segundos										
5. BAIXA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS											
<p>O(a) senhor(a) acha que faz menos atividades físicas do que há doze meses atrás?</p> <p>() Não () Sim</p> <p>Atende o critério quem responder sim.</p>	<p>Preenche o critério?</p> <p style="text-align: center;">(1) Sim</p> <p style="text-align: center;">(0) Não</p>										
<p>Pontuação total: _____ pontos</p> <p>Classificação da fragilidade:</p> <p style="margin-left: 20px;">(0) Não frágil (0 critério)</p> <p style="margin-left: 20px;">(1) Pré frágil (1 ou 2 critérios)</p> <p style="margin-left: 20px;">(2) Frágil (3,4 ou 5 critérios)</p>											

ANEXO F – INVENTÁRIO DE SOBRECARGA DE ZARIT

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Resultado
0	1	2	3	4	
1. O Sr/Sra. Sente que o S* pede mais ajuda do que ele /ela) necessita?					
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo o Sr/Sra, gasta com S*, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo?					
3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O Sr/Sra se sente envergonhado com o comportamento de S*?					
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) com quando S* está por perto?					
6. O Sr/Sra sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro?					
8. O Sr/Sra sente que S* depende do Sr/Sra?					
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S* esta por perto?					
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S*?					
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S*?					
12. O Sr/Sra. Sente que o Sr/Sra que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S*?					
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S*?					
14. O Sr/Sra sente que S* espera que o Sr/Sra cuide dele/dela como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?					
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S*, somando-se as suas outras despesas?					
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S* por muito mais tempo?					
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S*?					
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S*?					
19. O Sr/Sra sente que tem dúvida sobre o que fazer por S*?					
20. O Sr/Sra se sente que deveria estar fazendo mais por S*?					
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S*?					
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?					
* No contexto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.					
** Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.					

Classificação da sobrecarga:	
()	Pequena sobrecarga (0 a 20)
()	Moderada sobrecarga (21 a 40)
()	De moderada a severa sobrecarga (41 a 60)
()	Sobrecarga severa (61 a 88)

ANEXO G – ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURGH

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o mês passado. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata do que aconteceu na maioria dos dias e noites do mês passado. Por favor, responda todas as perguntas!

1. Durante o mês passado, a que horas você foi deitar à noite na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DEITAR: _____

2. Durante o mês passado, quanto tempo (em minutos) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?

QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO: _____

(0) < ou 15 minutos (1) 16-30 minutos (2) 31-60 minutos (3) >60 minutos

3. Durante o mês passado, a que horas você acordou de manhã, na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR: _____

4. Durante o mês passado, quantas horas de sono por noite você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

HORAS DE SONO POR NOITE: _____

(0) >7 horas (1) 6-6,9 horas (2) 5-5,9 horas (3) < 5 horas

Para cada uma das questões seguintes escolha uma única resposta, que você ache mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

5. Durante o mês passado, quantas vezes você teve problema para dormir por causa de:

a) Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

b) Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

c) Levantar-se para ir ao banheiro:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

d) Ter dificuldade para respirar:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

e) Tossir ou roncar muitas vezes:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

f) Sentir muito frio:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

g) Sentir muito calor:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

h) Ter sonhos ruins ou pesadelos:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

i) Sentir dores:

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

j) Outra razão, por favor, descreva: _____

Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão durante o mês passado?

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

6. Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?

(0) Muito boa (1) Boa (2) Ruim (3) Muito ruim

7. Durante o mês passado, você tomou remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

8. Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?

(0) nenhuma vez (1) menos de 1vez/sem. (2) 1 ou 2 vezes/sem. (3) 3vezes/sem. ou mais

9. Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

(0) Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo (1) Indisposição e falta de entusiasmo pequenas

(2) Indisposição e falta de entusiasmo moderadas (3) muita Indisposição e falta de entusiasmo

ANEXO H – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Vou lhe fazer algumas perguntas sobre o seu humor para saber como o(a) Sr(a) vem se sentindo na última semana.

Por favor, me responda SIM ou NÃO

Questões	Sim	Não
1. O(a) Sr(a) está basicamente satisfeito com sua vida?	(0)	(1)
2. O(a) Sr(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	(1)	(0)
3. O(a) Sr(a) sente que sua vida está vazia?	(1)	(0)
4. O(a) Sr(a) se aborrece com frequência?	(1)	(0)
5. O(a) Sr(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0)	(1)
6. O(a) Sr(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(1)	(0)
7. O(a) Sr(a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(0)	(1)
8. O(a) Sr(a) sente que sua situação não tem saída?	(1)	(0)
9. O(a) Sr(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(1)	(0)
10. O(a) Sr(a) se sente com mais problemas de memória do que a	(1)	(0)
11. O(a) Sr(a) acha maravilhoso estar vivo?	(0)	(1)
12. O(a) Sr(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(1)	(0)
13. O(a) Sr(a) se sente cheio de energia?	(0)	(1)
14. O(a) Sr(a) acha que sua situação é sem esperança?	(1)	(0)
15. O(a) Sr(a) sente que a maioria das pessoas está melhor do que o(a)	(1)	(0)

Classificação dos sintomas depressivos:	
(1)	Sintomas depressivos severos (11 a 15)
(2)	Sintomas depressivos leves (6 a 10)
(3)	Normal (0 a 5)

ANEXO I – The Addenbrooke’s Cognitive Examination Revised (ACE-R)

Neste estudo estamos investigando como o(a) sr(a) se sente a respeito de alguns problemas de saúde, gostaríamos de começar com algumas perguntas sobre sua memória.

- | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|
| 1. Que dia é hoje? |
DIA DO MÊS | (0) Errado
(1) Certo |
| 2. Em que mês estamos? |
MÊS | (0) Errado
(1) Certo |
| 3. Em que ano estamos? |
ANO | (0) Errado
(1) Certo |
| 4. Em que dia da semana estamos? | _____
DIA DA SEMANA | (0) Errado
(1) Certo |
| 5. Que horas são agora aproximadamente? (Considere correta a variação de ± uma hora) | :
HORA | (0) Errado
(1) Certo |
| 6. Em que local nós estamos? | | |
| 7. Que local é este aqui? | _____ | (0) Errado
(1) Certo |
| 8. Em que bairro nós estamos ou qual o nome da rua mais próxima? | _____ | (0) Errado
(1) Certo |
| 9. Em que Cidade nós estamos? | _____ | (0) Errado
(1) Certo |
| 10. Em que Estado nós estamos? | _____ | (0) Errado
(1) Certo |

Orientações para a questão 11

Para essa tarefa fale as 3 palavras abaixo em sequência. Caso o idoso não consiga, repetir no máximo 3 vezes para aprendizado. Pontue a primeira tentativa.

11. Vou dizer 3 palavras e o(a) Sr(a) irá repeti-las a seguir:

CARRO – VASO - TIJOLO

- | | | |
|--|--|-------------------------|
| 11a. Carro | | (0) Errado
(1) Certo |
| 11b. Vaso | | (0) Errado
(1) Certo |
| 11c. Tijolo | | (0) Errado
(1) Certo |
| 12. Gostaria que o (a) Sr(a) me dissesse quanto é: | | |
| 12a. 100-7 | | (0) Errado
(1) Certo |

- 12b. 93-7 (0) Errado
(1) Certo
- 12c. 86-7 (0) Errado
(1) Certo
- 12d. 79-7 (0) Errado
(1) Certo
- 12e. 72-7 (0) Errado
(1) Certo
13. O(a) Sr(a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco?
- 13a. Carro (0) Errado
(1) Certo
- 13b. Vaso (0) Errado
(1) Certo
- 13c. Tijolo (0) Errado
(1) Certo

Orientações para a questão 14

Eu vou lhe dar um nome e um endereço e eu gostaria que você repetisse depois de mim. Nós vamos fazer isso três vezes, assim você terá a possibilidade de aprendê-los. Eu vou lhe perguntar mais tarde. Pontuar apenas a terceira tentativa.

1ª Tentativa

Renato Moreira
Rua Bela Vista 73
Santarém
Pará

2ª Tentativa

Renato Moreira
Rua Bela Vista 73
Santarém
Pará

3ª Tentativa

14. Renato (0) Errado
(1) Certo
- 14a. Moreira (0) Errado
(1) Certo
- 14b. Rua Bela (0) Errado
(1) Certo
- 14c. Vista (0) Errado
(1) Certo

- 14d. 73 (0) Errado
(1) Certo
- 14e. Santarém (0) Errado
(1) Certo
- 14f. Pará (0) Errado
(1) Certo
15. Nome do atual presidente da República (0) Errado
(1) Certo
- 15a. Nome do presidente que construiu Brasília (0) Errado
(1) Certo
- 15b. Nome do presidente dos EUA (0) Errado
(1) Certo
- 15c. Nome do presidente dos EUA que foi assassinado nos anos 60 (0) Errado
(1) Certo

Orientações para a questão 16

Eu vou lhe dizer uma letra do alfabeto e eu gostaria que você dissesse o maior número de palavras que puder começando com a letra, mas não diga nomes de pessoas ou lugares. Você está pronto(a)? Você tem um minuto e a letra é "P".

				> 17	7
				14-17	6
				11-13	5
				8-10	4
				6-7	3
				4-5	2
				2-3	1
				<2	0
				TOTAL	ACERTOS
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg		

Orientações para a questão 17

Agora você poderia dizer o maior número de animais que conseguir, começando com qualquer letra?

				> 21	7
				17-21	6
				14-16	5
				11-13	4
				9-10	3
				7-8	2
				5-6	1
				<5	0
				TOTAL	ACERTOS
0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg		

18. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito:

Mostre a frase: “FECHE OS OLHOS”

(0) Errado

(1) Certo

Orientação para a questão 19

Fale todos os comandos ao entrevistado de uma vez só.

19. Comando: **“Pegue este papel com a mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão”.**

19a. Pega a folha com a mão correta

(0) Errado

(1) Certo

19b. Dobra corretamente

(0) Errado

(1) Certo

19c. Coloca no chão

(0) Errado

(1) Certo

20. Gostaria que o(a) Sr(a) escrevesse uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: “alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer”.

(0) Errado

(1) Certo

Orientação para a questão 21

Peça ao indivíduo para repetir. Diga uma palavra por vez:

21a. “HIPOPÓTAMO”; “EXCENTRICIDADE”; “ININTELIGÍVEL”; “ESTATÍSTICO”

(0) Errado

(1) Certo

21b. “ACIM, ALÉM E ABAIXO”

(0) Errado

(1) Certo

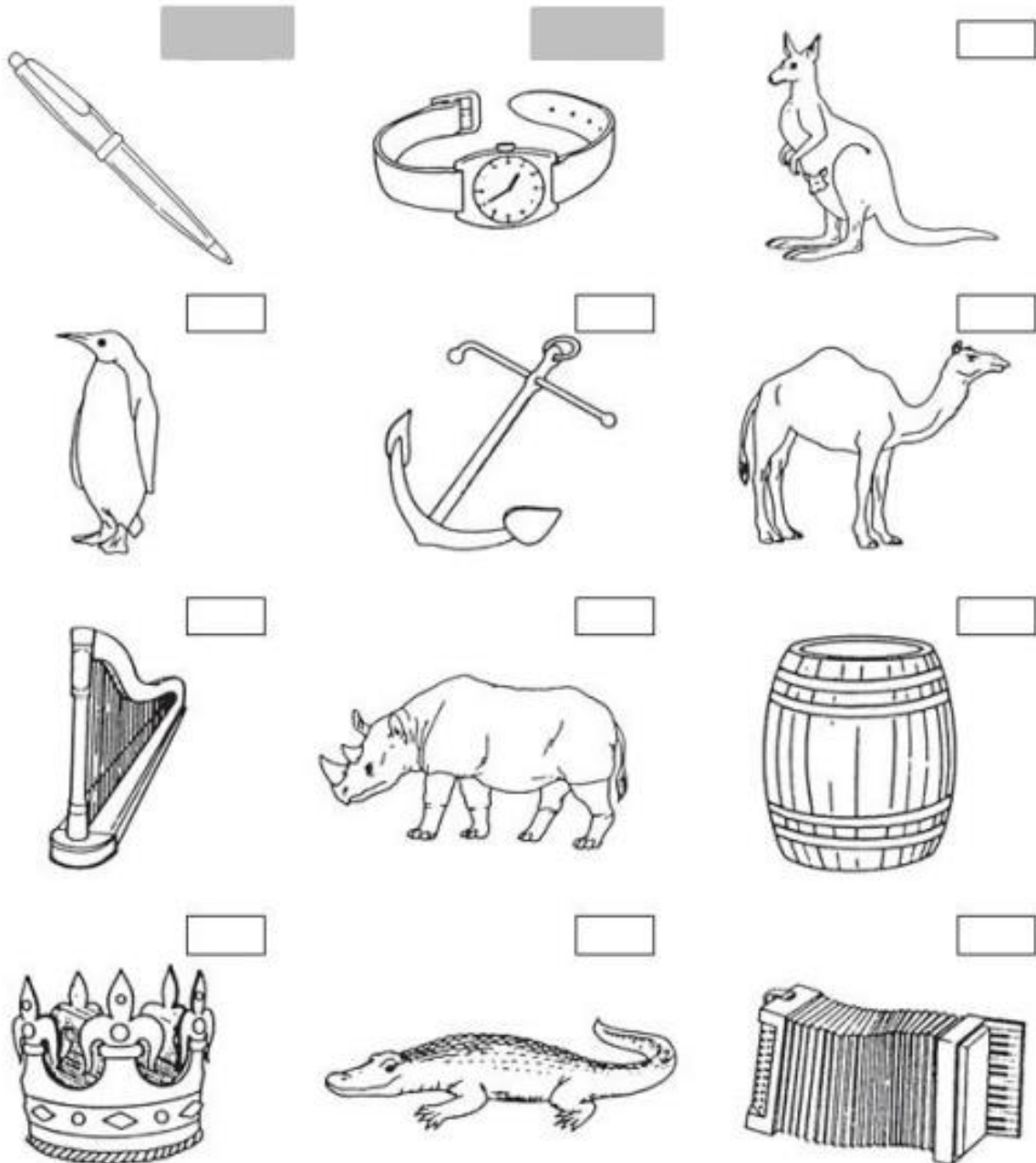
21c. “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”

(0) Errado

(1) Certo

Orientação para a questão 22

Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:



22a. Total de pontos: _____ caneta +relógio

22b. Total de pontos: _____

23. Apontar para aquelas que está associada com a monarquia

(0) Errado

(1) Certo

23a. Apontar para aquele que é encontrada no Pantanal

(0) Errado

(1) Certo

23b. Apontar para aquela que é encontrada na Antártica (0) Errado
(1) Certo

23c. Apontar para aquela que tem uma relação náutica (0) Errado
(1) Certo

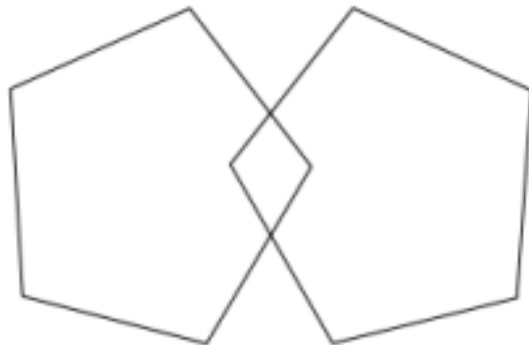
Orientação para a questão 24

Peça ao indivíduo para ler as seguintes palavras. Pontuar com 1, se todas estiverem corretas.

Táxi
testa
saxofone
fixar
ballet

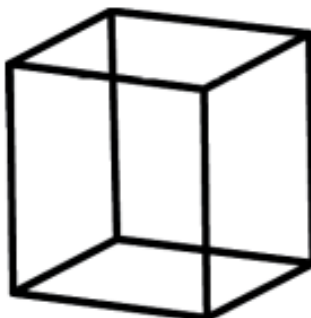
(0) Errado
(1) Certo

25. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o(a) Sr(a) copiasse, tentando fazer o melhor possível



(0) Errado
(1) Certo

D26. Peça ao indivíduo para copiar este desenho.



(0) Errado

(1) Certo

27. TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO:

“Peça ao indivíduo para desenhar o mostrador de um relógio com os números dentro e os ponteiros marcando 5:10h”.

ENTREVISTADOR: ORIENTAÇÃO PARA PONTUAR O TESTE DO RELÓGIO:

1: círculo;

2: números;

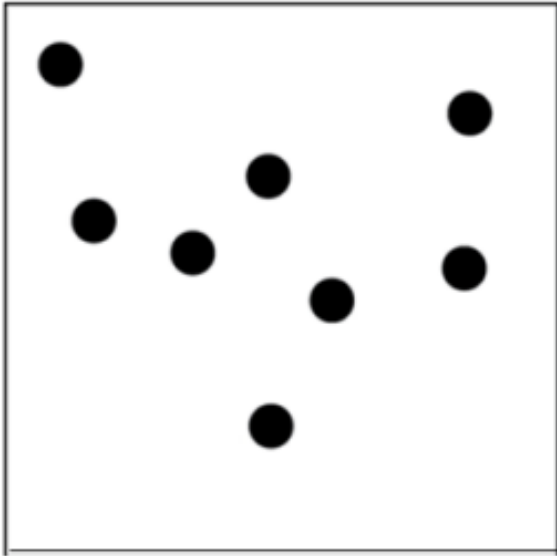
2. ponteiros.

Se todos corretos!

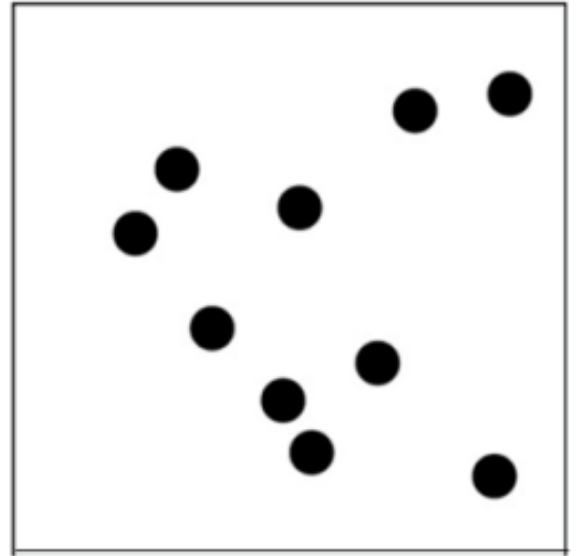
27. Resultado do Teste do Relógio: _____

Orientação para pontuar a questão 28

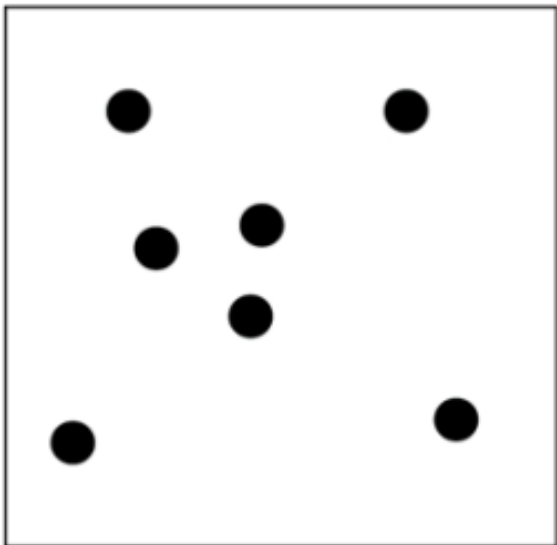
Peça ao indivíduo para contar os pontos sem apontá-los.



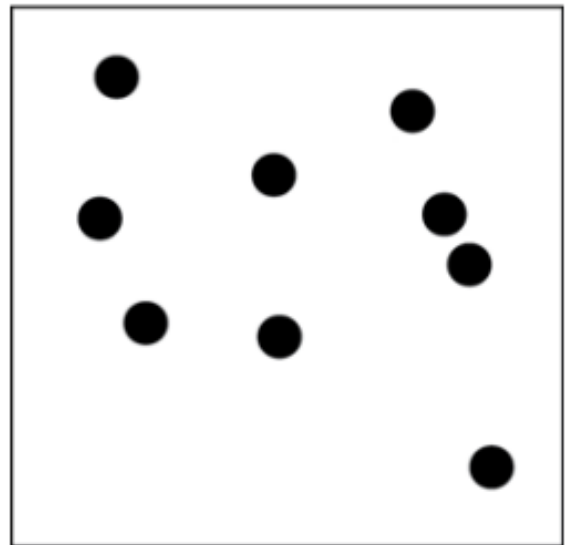
(0) Errado
(1) Certo



(0) Errado
(1) Certo

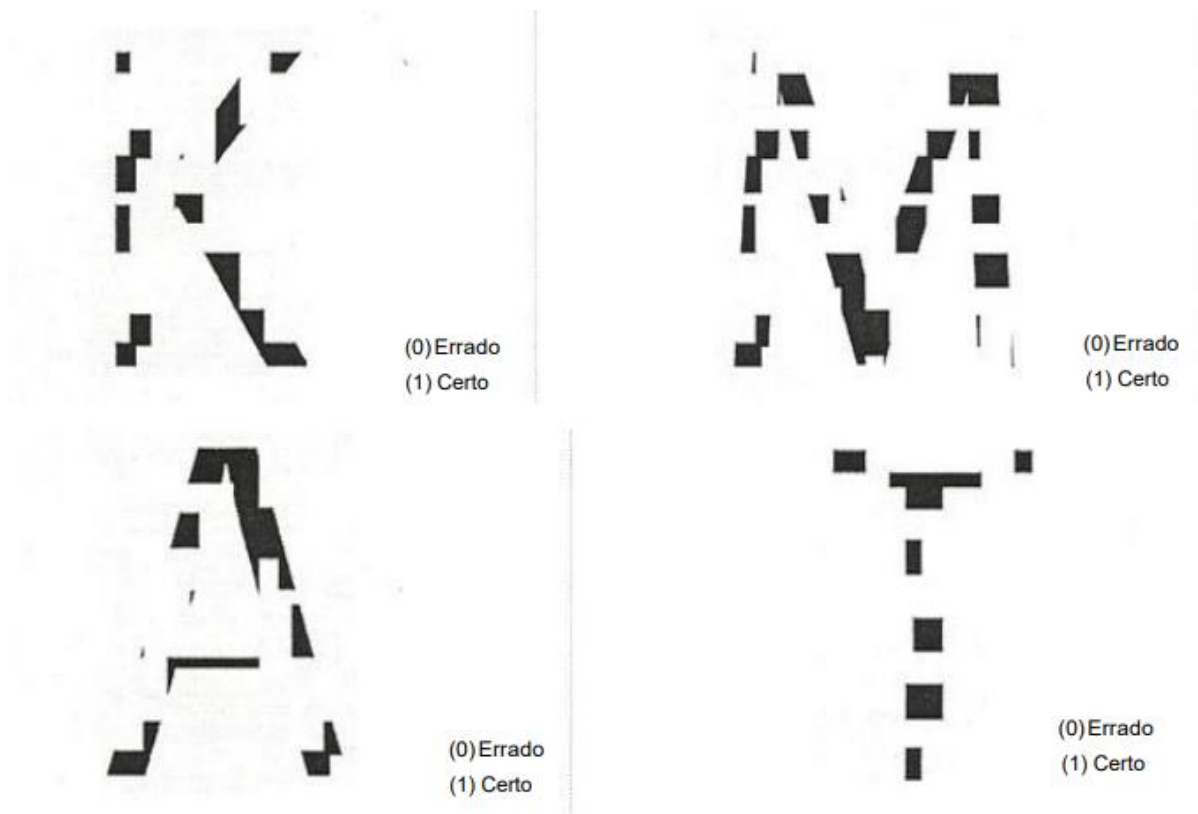


(0) Errado
(1) Certo



(0) Errado
(1) Certo

Orientação para pontuar a questão 29
Peça ao indivíduo para identificar as letras:



Orientação para pontuar a questão 30

Peça: “Agora você vai me dizer o que você se lembra daquele nome e endereço que nós repetimos no começo”.

30. Renato	(0) Errado (1) Certo
30a. Moreira	(0) Errado (1) Certo
30b. Rua Bela	(0) Errado (1) Certo
30c. Vista	(0) Errado (1) Certo
30d. 73	(0) Errado (1) Certo
30e. Santarém	(0) Errado (1) Certo
30f. Pará	(0) Errado (1) Certo

Se apenas parte for recordada, assinale os itens lembrados na coluna sombreada do lado direito. A seguir, teste os itens que não foram recordados dizendo “**Bom, eu vou lhe dar algumas dicas: O nome/endereço era X, Y ou Z?**” e assim por diante. Cada item reconhecido vale um ponto que é adicionado aos pontos obtidos pela recordação.



Este teste deve ser realizado caso o indivíduo não consiga se recordar de um ou mais itens. Se todos os itens forem recordados, salte este teste e pontue 5.

31. Ricardo Moreira	Renato Moreira	Renato Nogueira	Recordação	(0) Errado (1) Certo
31a. Bela Vida	Boa Vista	Bela Vista	Recordação	(0) Errado (1) Certo
31b. 37	73	76	Recordação	(0) Errado (1) Certo
31c. Santana	Santarém	Belém	Recordação	(0) Errado (1) Certo
31d. Pará	Ceará	Paraíba	Recordação	(0) Errado (1) Certo