

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

**GABRIELA MARTINS**

**PERFIL DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS ATENDIDOS PELO  
AMBULATÓRIO DE GERONTOLOGIA DO HU-UFSCAR E A NECESSIDADE  
DE ORIENTAÇÕES**

**SÃO CARLOS  
2021**

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

GABRIELA MARTINS

**PERFIL DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS ATENDIDOS PELO  
AMBULATÓRIO DE GERONTOLOGIA DO HU-UFSCAR E A NECESSIDADE  
DE ORIENTAÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Aline Cristina Martins Gratão.

**SÃO CARLOS**

**2021**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

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

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Gabriela Martins, realizada em 24/02/2022.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratao (UFSCar)

Profa. Dra. Larissa Pires de Andrade (UFSCar)

Profa. Dra. Keila Cristianne Trindade da Cruz (UnB)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade de realizar meus estudos e por me dar força para continuar mesmo nos momentos difíceis.

Aos meus familiares, José Roberto, Célia e Guilherme, dedico essa conquista a vocês que sempre estiveram ao meu lado. Agradeço por todo o apoio, pelos conselhos, por sempre me mostrarem que sou capaz e por nunca me deixarem desistir dos meus sonhos.

Ao meu namorado Pedro, pelo amor, companheirismo e suporte durante todos esses anos. Obrigada por me ouvir, por me encorajar em todas as ocasiões e por reforçar meus objetivos.

A minha orientadora, Profa. Dra. Aline Gratão, pelos ensinamentos, receptividade, paciência e carinho durante toda a minha jornada acadêmica. Sou muito grata pela confiança e pelo incentivo para seguir o meu caminho.

Ao meu grupo de pesquisa Laboratório de Avaliação e Intervenção em Gerontologia – LAIG, pelo suporte e aprendizado.

As minhas amigas, Amanda, Letícia e Paloma e a minha prima Larissa por sempre estarem dispostas a me ouvir, me aconselhar e me apoiar em todos os momentos.

A todos os cuidadores informais, que mesmo com tantas obrigações e com pouco tempo disponível, colaboram com esta pesquisa.

Ao Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar) e a Profa. Dra. Vivian Ramos Melhado, chefe do setor de Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do hospital por permitirem que esta pesquisa fosse realizada com público do HU.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pelo apoio financeiro.

## RESUMO

**Introdução:** O cuidador informal, que é representado por familiares, amigos ou membros da comunidade, é o tipo mais prevalente de apoio as pessoas idosas e por isso há a necessidade de fortalecer seus conhecimentos. Dessa forma, avaliá-los no ambulatório geriátrico é primordial para identificar as principais necessidades de orientações referentes ao cuidado prestado posteriormente no domicílio. **Objetivo:** Caracterizar o perfil de cuidadores informais de idosos assistidos pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, e a necessidade de orientações no cuidado domiciliar. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e correlacional, com cinquenta pares de cuidadores informais e os idosos que atendem. Os cuidadores foram avaliados via teleconsulta pela aplicação do questionário de caracterização do perfil socioeconômico, de saúde e a necessidade de orientações, Zarit-Brief Burden Interview (ZBI-12), para avaliar a percepção objetiva e subjetiva da sobrecarga e Escala de Depressão e Ansiedade (HAD), para identificar a presença de sintomas de depressão e ansiedade. Além disso, informações sobre o estado de saúde dos idosos assistidos foram colhidas pelo autorrelato do cuidador. Aplicou-se um Protocolo de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, com dados sociodemográficos e de saúde, Escala de Katz e Escala de Lawton e Brody para o grau de dependência para as atividades básicas e instrumentais de vida diária e o cálculo do Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) para considerar os quadros clínicos secundários e atrelar suas repercussões acerca do prognóstico dos idosos da amostra. Para a análise dos dados utilizaram-se modelos de Regressão de *Poisson* multivariada para analisar o escore do ZBI-12 e HAD como função de um conjunto de variáveis independentes de interesse. **Resultados:** Os cuidadores informais tinham uma idade média de 54,7 anos ( $\pm 15,1$ ), com predomínio de mulheres (94%), casados(as) (40%), com escolaridade média de 9,4 anos ( $\pm 4,7$ ), a maioria eram filhos(as) dos receptores de cuidados (56%), residiam no mesmo local que o idoso (80%), desempenhavam uma média de 8,7 anos ( $\pm 10,0$ ) e 17,5 horas decuidado por dia ( $\pm 8,6$ ) e que gostariam de receber mais informações/orientações acerca do cuidado do idoso (82%). Quanto à saúde, os cuidadores apresentaram uma média de 1,7 de doenças ( $\pm 1,2$ ) e 1,82 medicamentos de uso diário ( $\pm 1,6$ ) e, a maioria desses cuidadores evidenciaram a presença de sobrecarga relacionada ao cuidado (60%), com sintomas improváveis de depressão (78%) e ansiedade (70%). Os idosos tinham idade média de 75,9 anos ( $\pm 9,3$ ), a maioria era do sexo feminino (72%), viúvos(as) (44%) e com escolaridade média de 4,26 anos ( $\pm 3,6$ ). Com relação à saúde, a média de doenças foi de 3,02 ( $\pm 1,6$ ) e do ICC foi de 4,2 ( $\pm 1,5$ ), sendo que 32% dos idosos apresentaram risco de mortalidade de 85% em um ano, 4,72 medicamentos de uso diário ( $\pm 2,7$ ) e, a metade da amostra dos idosos (50%) foi classificada como independente para a realização das ABVD e a maioria (48%) como parcialmente dependentes para as AIVD. Além disso, as correlações entre idade em anos dos cuidadores e escore do ICC dos idosos estabeleceram maiores níveis de sobrecarga ao cuidador. Ao contrário do tempo de cuidado dispendido ao idoso, que quando associado, evidenciou menor sobrecarga a pessoa que cuida. **Conclusão:** Esses resultados revelam a necessidade de intervenções com o objetivo de controlar a multimorbidade e protelar o desenvolvimento de complicações que levam a dependência do idoso, além de práticas que garantam o suporte aos cuidadores informais quanto a diminuição da sobrecarga relacionada ao cuidado do idoso e dos sintomas depressivos e de ansiedade dessa população, em especial no início da formação da relação idoso mais cuidador.

**Descritores:** Idoso. Cuidador. Sobrecarga. Depressão. Ansiedade.

## ABSTRACT

**Introduction:** The informal caregiver, who is represented by family members, friends or community members, is the most prevalent type of support for the elderly and therefore there is a need to strengthen their knowledge. Thus, evaluating them at the geriatric outpatient clinic is essential to identify the main needs for guidance regarding the care provided later at home. **Objective:** To characterize the profile of informal caregivers of the elderly assisted by the Gerontology Outpatient Clinic at HU-UFSCar, and the need for guidance in home care. **Method:** This is a quantitative, cross-sectional and correlational study, with fifty pairs of informal caregivers and the elderly they attend. Caregivers were evaluated via teleconsultation by applying the questionnaire to characterize the socioeconomic and health profile and the need for guidance, Zarit-Brief Burden Interview (ZBI-12), to assess the objective and subjective perception of burden and the Depression and Anxiety Scale. (HAD), to identify the presence of symptoms of depression and anxiety. In addition, information on the health status of the assisted elderly was collected by the caregiver's self-report. A Multidimensional Assessment Protocol for the Elderly was applied, with sociodemographic and health data, the Katz Scale and the Lawton and Brody Scale for the degree of dependence for basic and instrumental activities of daily living and the calculation of the Charlson Comorbidity Index (CCI) to consider secondary clinical conditions and link their repercussions on the prognosis of the elderly in the sample. For data analysis, multivariate *Poisson* Regression models were used to analyze the ZBI-12 and HAD scores as a function of a set of independent variables of interest. **Results:** Informal caregivers had a mean age of 54.7 years ( $\pm 15.1$ ), with a predominance of women (94%), married (40%), with a mean schooling of 9.4 years ( $\pm 4.7$ ), most were children of care recipients (56%), lived in the same place as the elderly (80%), had an average age of 8.7 years ( $\pm 10.0$ ) and 17.5 years hours of care per day ( $\pm 8.6$ ) and who would like to receive more information/guidance about the care of the elderly (82%). Regarding health, caregivers had an average of 1.7 diseases ( $\pm 1.2$ ) and 1.82 medications of daily use ( $\pm 1.6$ ) and most of these caregivers showed the presence of care-related burden (60%), with unlikely symptoms of depression (78%) and anxiety (70%). The elderly had a mean age of 75.9 years ( $\pm 9.3$ ), most were female (72%), widowed (44%) and had a mean schooling of 4.26 years ( $\pm 3.6$  years). Regarding health, the mean number of diseases was 3.02 ( $\pm 1.6$ ) and the ICC was 4.2 ( $\pm 1.5$ ), with 32% of the elderly having a mortality risk of 85% in a year, 4.72 medications for daily use ( $\pm 2.7$ ) and half of the elderly sample (50%) was classified as independent for performing BADL and the majority (48%) as partially dependent for IADL. In addition, the correlations between caregivers' age in years and the elderly's ICC score established higher levels of caregiver burden. Unlike the care time spent on the elderly, which, when associated, showed less burden on the person who cares. **Conclusion:** These results reveal the need for interventions with the objective of controlling multimorbidity and delaying the development of complications that lead to dependence in the elderly, as well as practices that guarantee support for informal caregivers regarding the reduction of the burden related to the care of the elderly and of depressive and anxiety symptoms in this population, especially at the beginning of the formation of the elderly plus caregiver relationship.

**Descriptors:** Elderly. Caregiver. Overload. Depression. Anxiety.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição sociodemográfica e perfil de saúde dos idosos atendidos pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCAR. São Carlos-SP, 2021.....	27
<b>Tabela 2.</b> Distribuição sociodemográfica e perfil de saúde dos cuidadores informais dos idosos acompanhados pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCAR. São Carlos-SP, 2021.....	29
<b>Tabela 3.</b> Distribuição do tipo de cuidado desempenhado ao idoso pelos cuidadores informais. São Carlos-SP, 2021.....	30
<b>Tabela 4.</b> Distribuição dos modelos de Regressão de <i>Poisson</i> para o escore ZBI-12.....	31
<b>Tabela 5.</b> Distribuição dos modelos de Regressão de <i>Poisson</i> para o escore HAD - Depressão.....	32
<b>Tabela 6.</b> Distribuição dos modelos de Regressão de <i>Poisson</i> para o escore HAD - Ansiedade.....	33

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CAAE	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CF	Capacidade Funcional
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DM	Diabetes Mellitus
DP	Desvio Padrão
HAD	Escala de Depressão e Ansiedade
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HU-UFSCar	Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos
ICC	Índice de Comorbidade de Charlson
ILPI's	Instituições de Longa Permanência para Idosos
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
RAM	Reações Adversas a Medicamentos
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SARS-CoV 2/COVID-19	Novo Coronavírus
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UTI's	Unidades de Terapia Intensiva
ZBI-12	<i>Zarit-Brief Burden Interview</i>



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Envelhecimento epidemiológico e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) .....	11
1.2 Serviços de saúde.....	11
1.3 Níveis de dependência do idoso.....	13
1.4 Cuidadores .....	13
1.5 Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar.....	16
2 JUSTIFICATIVA .....	18
3 HIPÓTESE .....	19
4 OBJETIVOS.....	19
4.1 Geral.....	19
4.2 Específicos .....	19
5 METODOLOGIA.....	20
5.1 Tipo de estudo.....	20
5.2 Amostra.....	20
5.3 Critérios de inclusão .....	20
5.4 Critérios de exclusão.....	21
5.5 Local da pesquisa e viabilidade da coleta de dados.....	21
5.6 Duração estimada da pesquisa .....	21
5.7 Procedimentos e Instrumentos para a coleta de dados.....	21
5.8 Análise estatística.....	24
5.9 Aspectos éticos.....	25
5.10 Riscos e benefícios.....	25
6 RESULTADOS .....	26
7 DISCUSSÃO .....	34
7.1 Idosos .....	34
7.2 Cuidadores Informais.....	39
7.3 Relação entre os idosos e seus cuidadores informais.....	45
8 CONCLUSÃO.....	47
REFERÊNCIAS .....	50
ANEXOS E APÊNDICES.....	60
Anexo A.....	60
Anexo B.....	61
Anexo C.....	64

Anexo D.....	65
Apêndice A.....	66
Apêndice B.....	67
Apêndice C.....	69

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Envelhecimento epidemiológico e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)**

A partir do século XX, as alterações demográficas caracterizadas pela diminuição da natalidade e aumento da longevidade dos indivíduos ocasionaram o envelhecimento da população, devido às transformações sociais e ao desenvolvimento científico (FARIAS et al., 2021). No contexto brasileiro, esse processo tem ocorrido de maneira exponencial, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a projeção do número de idosos para o ano de 2050 será de 22,7% e no ano de 2060 os idosos representarão 73,5 milhões da população (LIMA; FORTES; NOVAES, 2021; PNAD, 2017).

Por outro lado, a mudança no perfil demográfico da população ocasionou a alteração no perfil epidemiológico, em decorrência do declínio dos óbitos por Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), bem como, pelo aumento de mortes pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (HANSEL et al., 2020). As DCNT são um dos grandes problemas no âmbito da saúde pública, dado pela alta taxa de morbidade e mortalidade, sobretudo nos grupos etários mais avançados (BOMFIM; CAMARGOS, 2021).

Dessa maneira, as DCNT ocasionam perdas funcionais e cognitivas que contribuem com a incapacidade funcional e, conseqüentemente, com o comprometimento da qualidade de vida. Dentre as DCNT mais comuns na velhice, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), são consideradas como as condições que possibilitam o aumento do risco para o desenvolvimento de outras complicações e por consequência, implicam na necessidade do uso de serviços de saúde (COSTA et al., 2020).

### **1.2 Serviços de saúde**

O tratamento das DCNT, principalmente as neurodegenerativas, é considerado como longo e complexo, já que se faz necessária a utilização de tecnologias e procedimentos específicos, além do uso recorrente de serviços de saúde. É sabido que a taxa de consumo de serviços de saúde se eleva de forma progressiva a partir dos 45 anos e quadruplica depois dos 80 anos. Assim, a população idosa é a que mais gera custos com esses serviços no Brasil (RIBEIRO; BANHATO; GUEDES, 2019). De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2015, 85% dos brasileiros apresentaram

ao menos uma DCNT, sendo essa, responsável por 75% dos gastos em saúde e 72% da causa de óbito entre os idosos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Conforme o exposto, o número de internações e dos custos relacionados à atenção dessa população tem se elevado, sem que os serviços de saúde, obrigatoriamente, proporcionem a melhoria da qualidade de vida e recuperação plena desses indivíduos. Em 2019, estatísticas do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) demonstraram que a proporção de internação hospitalar de idosos correspondeu a 26,4% da taxa total de internações no Sistema Único de Saúde (SUS), e, além disso, os gastos provenientes dos serviços hospitalares que atenderam esse grupo etário, representaram 35,8% da quantia total paga pelo SUS, no mesmo ano (BARBOSA et al., 2020).

Entretanto, os danos ocasionados por esses índices elevados não afetam apenas o sistema público, mas colaboram com o declínio funcional e redução da autonomia e independência dos longevos. Em função disso, para uma parcela destes, a hospitalização tem como desfecho o aumento da taxa de mortalidade e morbidade, agravamento de seu prognóstico e risco elevado do desenvolvimento de fragilidade (BARBOSA et al., 2020).

Com o impacto do envelhecimento populacional é notável a necessidade de adaptações na organização dos serviços de saúde, de modo a exigir uma assistência de longa duração, com foco no manejo dos fatores de risco (COSTA et al., 2020). Essas adequações englobam a reestruturação de políticas de saúde, baseadas na promoção de saúde e da prevenção de agravos. Para isso, é preciso que os modelos de atenção considerem as particularidades da população idosa, com o intuito de promover o atendimento integral durante a assistência prestada (CRUZ et al., 2020).

Nessa perspectiva, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é caracterizada por arranjos organizativos com ações e serviços de saúde, de diversas densidades tecnológicas, que incluem sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, com o objetivo de promover a integralidade do cuidado à população. Assim, uma parte dos pacientes com idade avançada atendidos pela Atenção Básica, que corresponde ao primeiro componente do processo contínuo de assistência, poderá evidenciar um grau de complexidade maior, necessitando de serviços ambulatoriais especializados. O acesso a esses serviços deve ser articulado com a RAS, através de encaminhamentos realizados pela equipe da atenção primária, conforme o perfil de funcionalidade de cada idoso (BRASIL, 2017).

### **1.3 Níveis de dependência do idoso**

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), as pessoas idosas são estratificadas em três níveis, com base na capacidade funcional para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), como tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se e alimentar-se sem ajuda, além de ter continência preservada e para as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), como preparar refeições, controlar a medicação e o dinheiro, fazer compras, usar o telefone, entre outras. São elas: idosos independentes; independentes, mas com alguma necessidade de auxílio e dependentes (BRASIL, 2006).

Dessa forma, os idosos independentes são os indivíduos que não apresentam nenhuma dificuldade para o desenvolvimento das ABVD, ou seja, que conseguem realizar as atividades relacionadas ao autocuidado sem ajuda; os idosos independentes, porém que necessitam de algum tipo de auxílio para efetuar as AIVD, que são consideradas como atividades mais complexas, sendo que o declínio no desempenho dessas atividades representa um aspecto preditor da disfunção das ABVD, assim como, da mortalidade do idoso; e, idosos frágeis ou em estado de fragilidade, são os acamados, que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's), que foram hospitalizados em um período recente, por critério etário, ou que apresentem alguma doença incapacitante e, por isso, precisam de ajuda para executar as AVD (BRASIL, 2006; LIMA; FORTES; NOVAES, 2021).

Para os idosos que forem caracterizados a partir do segundo nível de estratificação, algumas ações precisarão ser tomadas, tais como o acompanhamento com regularidade pelos profissionais de saúde; a reinserção do idoso frágil na comunidade; avaliação dos recursos locais disponíveis para auxiliar o cuidado domiciliar e, também, incluir a pessoa que cuida do idoso na equipe para o planejamento e execução do plano de cuidado (BRASIL, 2006).

### **1.4 Cuidadores**

As perdas funcionais e cognitivas ocasionadas pela senescência, associadas aos problemas de saúde, em especial, as DCNT, podem gerar comprometimento na autonomia e independência dos indivíduos idosos e, por isso, emerge a necessidade de cuidados periódicos desempenhados por um cuidador (CONCEIÇÃO et al., 2021). De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), os cuidadores de idosos são

pessoas responsáveis por assegurar o bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer do receptor de cuidados (CBO, 2002).

Os cuidadores podem ser classificados como formais ou informais. Os cuidadores formais são os profissionais contratados, com 18 anos ou mais, com ensino fundamental completo, formados por cursos de 80/160 horas e que são remunerados pelo trabalho prestado. Já os cuidadores informais são o tipo mais recorrente de apoio às pessoas dessa faixa etária, isto é, são representados por familiares, amigos ou membros da comunidade, que não possuem nenhum tipo de capacitação, atuam de forma voluntária e não recebem remuneração pelo cuidado despendido ao idoso (CONCEIÇÃO et al., 2021).

Historicamente, sabe-se que o principal papel da família é assistir as necessidades individuais dos membros familiares, contudo, em virtude do despreparo e precisão imediata de exercer o cuidado de um idoso dependente, a tendência é de que eles desconsiderem suas próprias necessidades, assim como dos outros membros da família (FARAHANI et al., 2020). Além disso, os cuidadores que exercem o cuidado por longas horas diárias têm maior chance de desenvolver repercussões negativas em sua vida e saúde, envolvendo aposentadoria precoce forçada, atividades de lazer limitadas ou interrompidas, aumento do impacto financeiro, além dos problemas de saúde (JAWAHIR et al., 2021).

Dessa forma, os cuidadores informais executam diversas funções e precisam desenvolver novas práticas, tais como a utilização de ferramentas de cuidados domiciliares, gerenciamento de medicações, ações referentes à prevenção de danos, entre outras, que podem gerar transtornos psicológicos, confusão, perda do emprego e sobrecarga do cuidado (FARAHANI et al., 2020).

De acordo com a literatura, a sobrecarga é caracterizada pelo efeito das modificações da pessoa sobre a família e a necessidade imediata de atividades de cuidado e de supervisão (AIRES et al., 2020). A sobrecarga relacionada ao cuidado, por sua vez, pode ser caracterizada em duas dimensões: objetiva e subjetiva. A primeira categoria corresponde ao efeito físico resultante das atribuições diárias efetuadas ao receptor de cuidados, como o tempo dispendido pelo cuidador na supervisão do familiar dependente. Já a segunda categoria refere-se ao impacto psicológico, social e emocional dos cuidadores acerca da sobrecarga objetiva. Assim, a sobrecarga subjetiva está atrelada ao estado do cuidador, determinado pelo sofrimento em distintas áreas (LILLEHEIE et al., 2021).

A sobrecarga associada ao cuidado desempenhado em ambiente domiciliar estabelece a necessidade de atenção aos cuidadores informais, já que essa atividade pode afetar a sua saúde e seu bem-estar. Seja física, psíquica e/ou social, a sobrecarga pode trazer consequências ao cuidador, como a restrição de suas atividades, o aparecimento de preocupações, inseguranças, maior predisposição ao isolamento e a exposição a fatores que elevam o risco de desenvolver cansaço, estresse, ansiedade, depressão, medo, distúrbios do sono, cessação de vínculos, entre outros (SIMARI et al., 2021).

Nesse sentido, os distúrbios psicológicos apresentados pelos cuidadores informais, tais como ansiedade e depressão, tem prevalência variável de 20% a 40% e, quando são somados ao alto nível de sobrecarga do cuidado, o sofrimento mental se torna maior, o que influencia diretamente na qualidade de vida desses indivíduos (WANG et al., 2021).

O impacto psicológico ocasionado pelas atividades do cuidar pode envolver alguns elementos, como ser do sexo feminino, possuir menor renda, ser cônjuge do receptor de cuidados, a quantidade de horas dispendidas ao cuidado e pelo nível de dependência da pessoa idosa nas AVD. Ainda, o início ou a constância do fornecimento de cuidados está atrelado a um acréscimo nos sintomas depressivos do cuidador. Com relação a interrupção do cuidado por luto ou institucionalização, alguns estudos sugerem efeitos positivos e outros expõem aumento nos sintomas depressivos após o óbito do idoso (HURH et al., 2020).

Desse modo, o apoio é fundamental para possibilitar que os cuidadores informais sigam exercendo o papel pelo maior tempo possível, sem que, para isso, tenham a sua saúde física e/ou emocional afetada. Com o objetivo de auxiliar nesse processo, métodos efetivos de enfrentamento podem representar um elemento protetivo na diminuição do sofrimento do cuidador (KAZEMI et al., 2021). Para tanto, faz-se necessário que as equipes de saúde prestem auxílio as demandas apresentadas pelos cuidadores de maneira prioritária e eficaz, pautado em intervenções propostas para capacitar a gestão de cuidados e oferecer recursos a fim de diminuir a sobrecarga, estresse, ansiedade e depressão (FELIPE et al., 2020; LOPES; ARCO, 2019).

De acordo com Wangler; Jansky (2021), alguns desafios são encontrados pelos serviços de saúde para lidar com os cuidadores informais, ou seja, o reconhecimento precoce dos familiares que são cuidadores, a identificação dos cuidadores que necessitam de atendimento com diferentes especialidades médicas, a compreensão da condição individual do cuidado, além da disseminação de informações e práticas de

aconselhamento. Por isso há a indispensabilidade de fortalecer seus conhecimentos (WANGLER; JANSKY, 2021).

Identificar as principais necessidades evidenciadas pelos cuidadores informais, possibilita a adoção de medidas que objetivam assegurar a estabilização, a sua própria qualidade de vida e a eficácia do cuidado prestado. Os profissionais de saúde podem reunir informações que englobam serviços de apoio e assistência, como centros de atendimento, serviços ambulatoriais, entre outros. Dessa maneira, a educação sobre a doença do idoso, o auxílio na organização dos serviços de aconselhamento disponíveis, bem como o incentivo a procura por serviços de apoio psicossociais, pode colaborar com a prevenção da sobrecarga entre os cuidadores e da dificuldade em desempenhar as tarefas do cuidado (WANGLER; JANSKY, 2021).

### **1.5 Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar**

Para que se cumpram as estimativas do RAS na rede de saúde, a atenção secundária é responsável por desenvolver um planejamento segundo as necessidades de saúde da população idosa no território; além de manter a comunicação, regulação e coordenação do cuidado com a Atenção Básica; equipe multiprofissional; uso articulado de linhas-guia e protocolos clínicos; integração de prontuários e informações; utilização de tecnologias de gestão da clínica, com estratificação de riscos; entre outras responsabilidades (BRASIL, 2014).

E é neste contexto, que foi implantado no Hospital Universitário, da Universidade Federal de São Carlos, o Ambulatório de Gerontologia, um projeto que visa o desenvolvimento do trabalho fundamentado pela integralidade da atenção ao idoso e continuidade do tratamento articulado com a rede de saúde pública em diferentes níveis de atenção. A integração de pontos ambulatoriais especializados na rede de cuidados às pessoas idosas, em especial as frágeis ou em risco de fragilização é fundamental, de modo que se potencializam respostas positivas às demandas dos usuários em um espaço estruturante da RAS (BENITO et al., 2016).

A base para o atendimento no referido ambulatório é a captação e acolhimento ao idoso e ao cuidador, baseado em quatro circunstâncias essenciais, isto é, a primeira é identificar as suas demandas biopsicossociais por meio de uma avaliação multidimensional; a segunda é possibilitar a criação, implementação e acompanhamento de um plano terapêutico, com intervenções necessárias para cada caso; a terceira, é sistematizar os profissionais e serviços propostos pelo plano de cuidados, com foco no



cuidado de transição; e, a quarta é promover o envolvimento do paciente e de sua família em todo esse processo (MORAES et al., 2020).

Um estudo realizado em um Ambulatório Universitário, teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e do uso de medicamentos de idosos atendidos e teve como limitação a ausência de uma investigação mais aprofundada do perfil desses idosos, além da falta de detalhamento sobre as possíveis interações medicamentosas que afetam essa população (VIEIRO et al., 2020). O trabalho de Barbosa (2021), por sua vez, também foi efetuado em um ambulatório e é o mesmo local de pesquisa do presente estudo. Assim, o autor analisou além das características sociodemográficas, os fatores que são relacionados ao índice de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos, e encontrou uma população de idosos predominantemente frágil, com alterações cognitivas graves, em condição de polifarmácia e com certo grau de dependência para AVD. Apresentou como limitações a baixa demanda dos usuários, já que foi desenvolvido logo após a abertura do ambulatório, ademais as variadas medidas utilizadas com o intuito de verificar a fragilidade resultaram em uma dificuldade na análise dos resultados (BARBOSA, 2021).

Porém, após a busca pela literatura e a partir dos exemplos supracitados, não foram encontrados estudos que abordem, além da análise do perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos atendidos em serviços ambulatoriais, a associação da investigação do perfil e condições de saúde dos cuidadores informais desses idosos, além de reunir as dúvidas que esses indivíduos apresentam com relação as atividades do cuidado, o que revela a originalidade do presente projeto de pesquisa.

Diante disso, o presente trabalho teve como objetivo avaliar o cuidador informal do idoso assistido no Ambulatório de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos (HU- UFSCar) quanto ao perfil sociodemográfico, de saúde, grau de sobrecarga, sintomas psicológicos e a necessidade de conhecimento frente ao caso. Além disso, colher informações de saúde dos idosos, a fim de identificar o perfil sociodemográfico, de saúde, grau de dependência e índice de comorbidades.

As informações colhidas neste estudo servirão como subsídio para a construção de um protocolo de orientações voltado aos cuidadores a partir das dúvidas identificadas, quanto ao cuidado domiciliar dos idosos, visando atendimento integral e efetivo com base no modelo biopsicossocial.

## 2 JUSTIFICATIVA

Em razão da pandemia do SARS-CoV2/COVID-19, os atendimentos ambulatoriais do Hospital Universitário da UFSCar foram suspensos. Com isso, foram lançadas notas oficiais que autorizavam o uso e aplicação da telessaúde durante a pandemia, para que pudessem ser prestados serviços de saúde sem colocar os pacientes em risco de contaminação (BRASIL, 2020a). Desse modo, identificou-se a necessidade de reabrir o Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar para retomar as avaliações e acompanhamentos no formato de teleconsulta, com o intuito de verificar as condições de saúde e orientar os cuidadores informais dos idosos, já que essa ação é extremamente importante para a continuidade do cuidado domiciliar.

Embora os estudos abordados tenham contribuído com a discussão sobre o tema, não foram encontrados estudos realizados em um Ambulatório de Gerontologia que englobem todas as variáveis analisadas pelo presente estudo, tanto no estado de São Paulo, como em outras localidades, o que revela a sua relevância.

Ademais, pelo fato de o presente estudo ter sido desenvolvido no período de uma pandemia, é necessário verificar e refletir sobre a saúde desses cuidadores informais de idosos, uma vez que, a falta ou limitação da rede de apoio ocasionada pelo isolamento social pode ter causado uma influência nos níveis de sobrecarga relacionada ao cuidado e no surgimento de sintomas depressivos e de ansiedade dos cuidadores. De acordo com Guimarães; Ferreira; Moura (2022), a crise sanitária atual ocasionou danos físicos e mentais a população, em decorrência da diminuição do contato físico e de atividades de lazer, além da maior exposição a sentimentos negativos, tais como, frustração, ansiedade, medo e angústia com relação a doença a ser enfrentada. Assim, é possível encontrar relatos de cuidadores informais com maior sobrecarga e solidão frente ao ato de cuidar, quando esses fatores são atrelados a falta de suporte dos serviços de saúde e de outros membros da família nas atividades do cuidado.

Diante do exposto, indagou-se qual seria o perfil do idoso atendido pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar? Quem é o cuidador que o acompanha? Este cuidador necessita de informação para a continuidade do cuidado do idoso em casa? O cuidador que cuida de um idoso com maior dependência apresenta mais sobrecarga, mais sintomas psicológicos e mais necessidade de orientações comparados aos que cuidam de idosos menos dependentes? Estas foram algumas das indagações que propiciaram o estudo sobre o assunto, que foi desenvolvido no HU-UFSCar, no interior do estado de São Paulo.

### **3 HIPÓTESE**

Teve-se como hipótese o perfil dos idosos atendidos pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, representado na sua maioria, por idosos com comorbidades múltiplas, a saber: polipatologia (presença simultânea de cinco ou mais condições crônicas de saúde, acometendo sistemas fisiológicos diferentes), polifarmácia (uso regular e concomitante de cinco ou mais medicamentos por dia para condições crônicas diferentes) e história de internação nos últimos seis meses.

Acreditou-se ainda que os cuidadores informais, em sua maioria cônjuge ou filhos, na faixa etária de 40 a 50 anos de idade apresentavam muitas dúvidas e necessitam de orientações específicas em gerontologia para prover a continuidade do cuidado no domicílio. Essas dúvidas podiam ser relacionadas ao manejo adequado e/ou estratégias a serem utilizadas para melhorar as condições específicas apresentadas pelos idosos, além de meios para reduzir a sobrecarga relacionada ao cuidado e sintomas psicológicos dos cuidadores.

Além disso, esperou-se que os cuidadores apresentassem maiores níveis de sobrecarga relacionada ao cuidado do idoso e presença de sintomas psicológicos, como a depressão e a ansiedade, frente a pandemia do SARS-CoV2/COVID-19.

### **4 OBJETIVOS**

#### **4.1 Geral**

- Caracterizar o perfil de cuidadores informais dos idosos atendidos no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, e a necessidade de orientações no cuidado domiciliar.

#### **4.2 Específicos**

- Avaliar o perfil sociodemográfico e de saúde do cuidador que exerce o cuidado do idoso;
- Analisar o grau de sobrecarga, sintomas psicológicos e a necessidade de orientações dos cuidadores;
- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde do idoso;
- Avaliar o nível de dependência do idoso quanto as atividades básicas e instrumentais de vida diária;
- Relacionar o nível de dependência do idoso com a sobrecarga, sintomas psicológicos e necessidade de orientações dos cuidadores.

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de estudo**

Tratou-se de um estudo quantitativo, transversal e correlacional, em que é descrita a ocorrência de condições de saúde, segundo variáveis individuais, geográficas e temporais, obtendo a proporção de indivíduos que apresentam a condição em um determinado ponto do tempo, além de analisar a relação entre duas ou mais variáveis para quantificar a força das relações entre as variáveis (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2021).

### **5.2 Amostra**

A amostra foi não-probabilística e intencional. Todos os cuidadores informais dos pacientes idosos que foram atendidos pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar no ano de 2019 foram convidados, fazendo dos mesmos candidatos potenciais.

No ano de 2019, 54 idosos foram atendidos e avaliados pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar. Dessa forma, a pesquisadora retornou os contatos com os respectivos cuidadores, no primeiro semestre de 2021, para convidá-los a passarem por uma avaliação, assim como, a fornecerem informações sobre os idosos que recebem o cuidado, a partir de todas as variáveis que seriam analisadas. Foram realizadas dez tentativas de contato com cada idoso da lista, em períodos e dias diferentes, sendo estas por meio de ligações telefônicas e mensagens de texto via aplicativo *WhatsApp*®.

Desse modo, 4 participantes da amostra foram perdidos, em razão do óbito de um idoso; dificuldade de contato com dois participantes, pois houve a mudança de número de telefone ou não obtivemos resposta; e falta de interesse em participar do estudo por um contato.

### **5.3 Critérios de inclusão**

Para o cuidador: exercer a função de cuidador principal do idoso que foi acompanhado pelo Ambulatório do HU-UFSCar em 2019, estabelecido pelo tempo de cuidado diário (no mínimo seis meses); ter mais de 18 anos; saber ler e escrever; ter conhecimento prévio em tecnologia (aplicativo *WhatsApp*®) e demonstrar interesse em participar do estudo, concordando com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Para o idoso: indivíduos com sessenta anos ou mais; de ambos os sexos; que foram atendidos pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar em 2019; e que possuam familiar/cuidador para auxiliar no cuidado.

#### **5.4 Critérios de exclusão**

Para o cuidador: não ser o cuidador principal; ter menos de 18 anos; não saber ler e escrever; e não ser capaz de participar das teleconsultas.

Para o idoso: pacientes que não possuam cuidadores informais.

#### **5.5 Local da pesquisa e viabilidade da coleta de dados**

A pesquisa foi realizada por meio de teleatendimentos, no primeiro semestre de 2021, no formato de teleconsulta aos cuidadores dos idosos que já tinham sido atendidos pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar em 2019. Atualmente, o HU-UFSCar conta com uma estrutura de aproximadamente oito mil m<sup>2</sup>, 54 leitos, atuando nas áreas de pronto atendimento, unidades de internação adulto e pediátrica, atenção psicossocial, serviço de apoio, diagnóstico e terapia.

Dentre as 25 especialidades de atendimento, foi inaugurado, em junho de 2019, o Ambulatório de Gerontologia, com atendimento semanal a toda população de idosos residentes no município de São Carlos e região. Dessa maneira, por ocasião da pandemia do SARS-CoV2/COVID-19 os atendimentos ambulatoriais do HU-UFSCar foram suspensos e de forma gradativa alguns têm sido retomados no formato de teleconsulta, como é o caso do Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, que retorna suas atividades no modelo online, para acompanhamento dos antigos casos.

O Ambulatório de Gerontologia conta com a participação de uma equipe especializada composta por profissionais de enfermagem, fisioterapia e gerontologia, provenientes do próprio hospital, além de docentes e alunos de cursos de graduação e pós-graduação da UFSCar. A população atendida pelo serviço é recebida via referência e contrarreferência através da Rede de Atenção à Saúde do município, por meio de sistema informatizado.

#### **5.6 Duração estimada da pesquisa**

Este estudo teve duração estimada de nove meses entre março de 2021 e dezembro de 2021.

#### **5.7 Procedimentos e Instrumentos para a coleta de dados**

A ideia principal baseou-se em aplicar o protocolo de avaliação por meio do consentimento dos voluntários. Assim, os cuidadores leram e assinaram o seu próprio

TCLE (Apêndice A) e, no caso dos idosos, os dados da avaliação desses indivíduos foram coletados com base no autorrelato dos cuidadores principais que exerciam o cuidado.

Dessa forma, o recrutamento foi viabilizado por meio do convite para o estudo via contato telefônico aos cuidadores informais dos idosos que foram assistidos no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, no ano de 2019. Nesse primeiro contato, a pesquisadora se apresentou e confirmou com os cuidadores se os idosos haviam sido atendidos pelo Ambulatório em 2019, e assim foi explicado aos participantes o objetivo do contato, quais áreas seriam avaliadas, quais os benefícios envolvidos com a avaliação e o modo de desenvolvimento da pesquisa, incluindo a plataforma que seria utilizada para a aplicação do protocolo de avaliação, diante da perspectiva virtual, ou seja, chamadas de vídeo pelo aplicativo *WhatsApp*®.

Por conseguinte, os participantes foram questionados acerca do interesse na participação do estudo e após o aceite, foi realizado o agendamento da teleconsulta em um dia/horário adequado para ambos. Depois, foram requisitados os números do *WhatsApp*® para realizar o segundo contato com o envio, via mensagem de texto, do TCLE (Apêndice A).

No dia da avaliação, uma nova mensagem de texto foi enviada com o objetivo de confirmar o agendamento. Na teleconsulta, a pesquisadora e o cuidador ligaram as câmeras e foi aplicado o protocolo de avaliação, o qual foi preenchido pelo pesquisador através do formulário na base *Google Forms*®, conforme realizou as perguntas pelo teleatendimento.

Conforme citado anteriormente, o protocolo de avaliação foi aplicado por meio da teleconsulta, isto é, avaliação remota do quadro clínico do participante, com o objetivo de definir e direcionar a uma assistência adequada, a partir das necessidades evidenciadas. Esse recurso é caracterizado como uma modalidade da telemedicina, que contempla a realização de consulta, orientação e acompanhamento médico através de qualquer tipo de meio eletrônico, para o enfrentamento da emergência em saúde pública, com repercussão mundial da pandemia do SARS-CoV2/COVID-19 (BRASIL, 2020).

Além disso, a plataforma escolhida para as teleconsultas foi o *WhatsApp*®, que possibilita a troca de mensagens, criação e participação de chamadas de voz, assim como de videochamadas de maneira confiável e privada. Dessa forma, o acesso a ferramenta é gratuito em qualquer dispositivo, isto é, está disponível tanto para celular, quanto para computador (GOOGLE PLAY, s/d).

Assim, para os cuidadores dos idosos foi utilizada a Ficha de Avaliação do Cuidador, (Apêndice B) que foi elaborada pelos pesquisadores para a caracterização do seu perfil, como sexo, idade, escolaridade, grau parentesco com o idoso, entre outros, além dos dados de saúde, de conhecimento sobre a doença do idoso, tipos de atividades exercidas no cuidado e apoio de alguma entidade, além de perguntas para o levantamento das necessidades de informação do cuidador para a continuidade do cuidado.

Para avaliar a percepção objetiva e subjetiva da sobrecarga sofrida pelo cuidador do idoso, aplicamos o Inventário de Sobrecarga de Zarit que foi desenvolvido por Zarit, Reeve e Back-Peterson (1980), com tradução e validação para versão brasileira por Scazufca (2002), porém foi utilizada a versão abreviada, o *Zarit-Brief Burden Interview* (ZBI-12) (Anexo A), que foi desenvolvida por Gratão et al. (2019). O ZBI-12 possui 12 questões, obtendo um score total de 44 pontos. A sobrecarga pode ser identificada pela nota de corte igual a 13 pontos (GRATÃO et al., 2019).

Além disso, foi aplicado um instrumento para avaliação de sintomas depressivos e de ansiedade dos cuidadores por meio da Escala de Depressão e Ansiedade (HAD) (Anexo B), que foi desenvolvida por Zigmond & Snaith (1983) e validada no Brasil por Botega et al. (1995). A escala possui 14 itens, com questões específicas que avaliam depressão e ansiedade. As respostas variam de 0 a 3 e a somatória igual a 0-7 indica improváveis sintomas de depressão e ansiedade, 8-11, possível presença dos sintomas, porém questionável ou duvidosa e 12-21 provável presença dos sintomas (ZIGMOND & SNAITH, 1983; BOTEGA et al., 1995).

Com relação a avaliação dos idosos optou-se por utilizar na pesquisa um protocolo de avaliação desenvolvido pelos pesquisadores (Apêndice C), onde foram requeridos dados sociodemográficos, como gênero, idade, estado civil, escolaridade, entre outros, a fim de verificar as características de seu perfil. Além disso, o protocolo busca compreender a história pessoal atual e pregressa de cada paciente, incluindo uso de medicamentos, presença de doenças, quedas e hábitos de vida.

No quesito presença de doenças foi feito o cálculo do Índice de Comorbidade de Charlson (ICC). O ICC foi desenvolvido a partir de um estudo de coorte com duração de um ano, em que foi analisada a taxa de mortalidade de 604 pacientes assistidos no New York Hospital – Cornell Medical Center no decorrer de um mês no ano de 1984. Posteriormente, o ICC foi testado frente ao seu potencial para prever o risco de óbito por comorbidades em uma coorte de 685 pacientes com diagnóstico de câncer de mama no Yale New Haven Hospital entre 1962 e 1969 (CHARLSON et al., 1987). O ICC é

composto por 17 quadros clínicos que levam pesos de 1 a 6 baseados no risco relativo e tais pesos são acrescidos em um escore total. Dessa forma, paciente com ICC  $\geq 5$  pontos tem risco de mortalidade de 85% em 1 ano (DAL PONTE et al., 2021).

Para mensurar o grau de dependência para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), utilizou-se a Escala de Katz et al. (1963), adaptada para o Brasil por Lino et al. (2008), que aborda questões relacionadas ao autocuidado (Anexo C). O resultado é obtido pela somatória da quantidade de respostas positivas, que representam independência. É considerado independente o paciente que obter entre 5 e 6 pontos, parcialmente dependente entre 3 e 4 pontos e altamente dependente caso pontue de 0 a 2 (CARVALHO et al. 2018).

Por fim, verificou-se o grau de dependência para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) por meio da Escala de Lawton e Brody (1969), adaptada para o Brasil por Santos e Virtuoso Junior (2008). O score varia entre 7 e 21 pontos, sendo considerado dependente o indivíduo que pontuar 7, parcialmente dependente entre 8 e 20 e independente caso some 21 pontos (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008) (Anexo D).

Considerando o fato de que foi utilizado a teleconsulta na coleta de dados, foram criados dois *Google Forms*®, sendo um para a avaliação do idoso e outro para a avaliação do cuidador, com o intuito de facilitar o processo de avaliação e armazenamento dos dados. Cada teleconsulta teve duração aproximada de 40 minutos, seguindo a ordem de aplicação dos instrumentos como apresentada acima. E, como a avaliação dos idosos foi viabilizada pelo autorrelato dos cuidadores informais, durante as avaliações estes cuidadores estiveram sozinhos, o que possibilitou maior liberdade em expor seu nível de sobrecarga emocional.

Em casos em que foram encontradas dificuldades com relação à perda de conexão de internet ou para ouvir os cuidadores, foram utilizadas algumas estratégias, tais como, finalizar a chamada de vídeo e iniciá-la novamente ou solicitar que os participantes se deslocassem para um local do domicílio em que houvesse poucos ruídos.

## 5.8 Análise estatística

Os dados foram tabulados no *Microsoft Excel* 2016 e as variáveis quantitativas foram tratadas por testes estatísticos específicos. Com cálculos de frequência, porcentagem, média, desvio padrão, máximos e mínimos.

Modelos de Regressão de *Poisson* multivariada foram usados para analisar os escores ZBI-12 e HAD (depressão e ansiedade separados) como função de um conjunto



de variáveis independentes de interesse. A significância estatística foi avaliada com um valor de  $p$  bilateral  $<0,05$ . Todas as análises foram conduzidas usando R versão 4.0.3 (*The R Foundation for Statistical Computing*, Viena, Áustria) em R-Studio 1.3.1093 (*RStudio Inc.*, Boston, EUA).

O modelo de Regressão de *Poisson* foi escolhido por medir a probabilidade de uma série de eventos (contagens ou escores) ocorrendo em um determinado intervalo de tempo, distância ou volume. Ele compartilha muitas semelhanças com a regressão linear, mas os resíduos (diferenças entre os valores reais e preditos) são considerados como seguindo a distribuição de *Poisson* ao invés da distribuição normal. Ao contrário da regressão linear, que transforma a variável dependente para normalizar os resíduos, a transformação logarítmica na distribuição de *Poisson* garante que os valores preditos da variável dependente serão zero ou positivos.

Ainda, foi utilizado nas análises o Índice de Comorbidade de Charlson (ICC) para considerar os quadros clínicos secundários e atrelar suas repercussões acerca do prognóstico dos idosos da amostra (DAL PONTE et al., 2021).

## 5.9 Aspectos éticos

O estudo foi realizado atendendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde a qual incorpora referenciais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, equidade, dentre outros, e visa assegurar direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, como a garantia de manutenção do sigilo e privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa.

Dessa forma, com relação a utilização da ferramenta *Google Forms*®, os dados de identificação dos cuidadores, como nome, número do prontuário, sexo, data de nascimento e idade não foram inclusos. Para isso, foi utilizado apenas as iniciais dos nomes e demais informações foram inseridas em uma planilha do Excel.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, CAAE: 24244519.3.0000.5504. Contudo, foi submetida e aprovada a solicitação de Emenda, ou seja, uma proposta de modificação do projeto inicial, em razão das modificações nos procedimentos de coleta de dados causadas pelo cenário mundial da pandemia do SARS-CoV2/COVID-19.

## 5.10 Riscos e benefícios

O estudo atendeu também a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, a

qual prevê que o pesquisador deve estar sempre atento aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus procedimentos, devendo para tanto serem adotadas medidas de precaução e proteção (BRASIL, 2016). O seguinte projeto pode ter causado riscos mínimos como desconforto emocional (constrangimento, intimidação, angústia, insatisfação, irritação, mal-estar) em função das características do projeto. Além disso, destacam-se as limitações atreladas ao formato virtual, ou seja, a dificuldade de acesso a internet e a ferramenta proposta, nas quais os participantes podem ter enfrentado durante o desenvolvimento da pesquisa.

Os benefícios a seus participantes foram indiretos: os resultados da pesquisa foram projetados para servir como subsídio para o desenvolvimento de medidas, como a identificação do tipo de atenção adequada a este paciente e potencialização do cuidado, buscando aprimorar o seu bem-estar além de contribuir com a comunidade científica, fornecendo dados a respeito da saúde do cuidador de idoso no contexto ambulatorial.

## **6 RESULTADOS**

No total, foram realizadas 100 avaliações via teleconsulta, sendo cinquenta dos cuidadores informais que auxiliavam os idosos nas atividades de cuidado e cinquenta dos idosos atendidos pelo Ambulatório de Gerontologia em 2019, avaliados por meio do autorrelato de seus cuidadores.

Primeiramente, optou-se por apresentar o perfil dos idosos. Na tabela 1 observam-se as características sociodemográficas e de saúde desses idosos. A amostra teve predomínio feminino (72%), com faixa etária média de 75,9 anos ( $\pm 9,3$ ), variando entre idosos de 62 a 100 anos, e correspondeu, em sua maioria, por idosos que se declararam viúvos(as) (44%), seguidos de casados(as) (34%). Com relação à escolaridade, os idosos apresentaram uma média de 4,26 anos ( $\pm 3,6$ ), isto é, a maioria possuía de 1 a 4 anos de estudo (48%), seguidos pelo analfabetismo (24%), na qual representa, no geral, uma amostra com baixa escolaridade.

Quanto ao perfil de saúde, a média do total de doenças apresentadas pelos idosos foi de 3,02 doenças ( $\pm 1,6$ ), ou seja, a maioria declarou possuir diagnóstico clínico de 1 a 4 doenças (78%), nas quais, as doenças mais prevalentes foram HAS (62%), algum tipo de demência (30%), DM (26%), AVC (16%) e osteoporose (16%). Já a média do ICC foi de 4,2 pontos ( $\pm 1,5$ ), sendo que (32%) dos idosos apresentaram risco de mortalidade de 85% em um ano e que fazem uso contínuo de 4 medicamentos ou mais (64%), configurando-se como polifarmácia. Além disso, para a avaliação do nível de

dependência dos idosos para as ABVD foi aplicada a Escala de Katz. Nesse instrumento, a média do resultado entre os idosos foi de 4,6 pontos ( $\pm 1,7$ ), sendo que, metade da amostra foi classificada como independente (50%). Já na avaliação do nível de dependência para as AIVD, foi utilizada a Escala de Lawton e Brody. Nesse teste, por sua vez, a média foi de 15,2 pontos ( $\pm 5,3$ ), isto é, a maioria dos idosos foi considerada como parcialmente dependente (48%), de acordo com os instrumentos utilizados.

**Tabela 1.** Distribuição sociodemográfica e perfil de saúde dos idosos atendidos pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCAR. São Carlos-SP, 2021.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Idosos (n=50) N (%)</b>	<b>Média (DP)</b>
<b>Faixa etária</b>		<b>75,9 (<math>\pm 9,3</math>)</b>
62 – 72 anos	20 (40%)	-
73 – 83 anos	20 (40%)	-
84 – 94 anos	8 (16%)	-
95 anos ou mais	2 (4%)	-
<b>Sexo</b>		-
Feminino	36 (72%)	-
Masculino	14 (28%)	-
<b>Estado civil</b>		-
Casado(a)	17 (34%)	-
Solteiro(a)	5 (10%)	-
Viúvo(a)	22 (44%)	-
Separado(a)	5 (10%)	-
Outros	1 (2%)	-
<b>Escolaridade</b>		<b>4,26 (<math>\pm 3,6</math>)</b>
Analfabeto	12 (24%)	-
1 a 4 anos	24 (48%)	-
5 a 8 anos	8 (16%)	-
9 anos ou mais	6 (12%)	-
<b>Total de doenças</b>		<b>3,02 (<math>\pm 1,6</math>)</b>
Nenhuma	1 (2%)	-
1 a 4 doenças	39 (78%)	-
5 doenças ou mais	10 (20%)	-
<b>Doenças prevalentes</b>		-
HAS	31 (62%)	-
Demência	15 (30%)	-
DM	13 (26%)	-
AVC	8 (16%)	-
Osteoporose	8 (16%)	-
<b>Índice de Comorbidade de Charlson (ICC)</b>		<b>4,2 (<math>\pm 1,5</math>)</b>
Mortalidade de 85% em um ano	16 (32%)	-

<b>Total de medicamentos em uso contínuo</b>		<b>4,72 (<math>\pm 2,7</math>)</b>
1 a 3 medicamentos	18 (36%)	-
4 medicamentos ou mais	32 (64%)	-
<b>Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)</b>		<b>4,6 (<math>\pm 1,7</math>)</b>
Independente	25 (50%)	-
Dependência moderada	16 (32%)	-
Muito dependente	9 (18%)	-
<b>Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)</b>		<b>15,2 (<math>\pm 5,3</math>)</b>
Independente	19 (38%)	-
Parcialmente dependente	24 (48%)	-
Dependente	7 (14%)	-
<b>TOTAL</b>	<b>50 (100%)</b>	<b>-</b>

Fonte: dados da pesquisa.

Na tabela 2 verificam-se as características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores informais, entre as quais nota-se a predominância de mulheres, ou seja, (94%), com idade média de 54,7 anos ( $\pm 15,1$ ), alternando entre cuidadores de 43 a 53 anos (26%). A maioria dos cuidadores se identificou como casados(as) (40%), seguidos de solteiros(as) (38%), com escolaridade média de 9,4 anos ( $\pm 4,7$ ), na qual, (58%) tinham 9 anos ou mais de estudo, representando uma amostra com alta escolaridade. Em relação ao grau de parentesco com o idoso que recebe o cuidado, a maioria era representada por filhos(as) (56%), seguidos de esposos(as) (20%) e, dessa forma, nenhum cuidador foi identificado como não familiar. A maioria dos cuidadores referiu morar na mesma residência que o idoso (80%) e, com isso, desempenhavam uma média de 8,7 anos ( $\pm 10,0$ ) e 17,5 horas de cuidado por dia ( $\pm 8,6$ ), caracterizando-se como uma carga horária alta que era destinada ao auxílio oferecido aos longevos nas atividades do cotidiano. Com relação a necessidade de orientações, a maioria (82%) revelou que gostaria de receber informações/orientações, porém não detalharam o conteúdo, ou seja, resumiram apenas a aspectos gerais do cuidado do idoso.

Quanto aos cuidadores, obteve-se uma média de 1,7 do total de doenças ( $\pm 1,2$ ), isto é, (86%) dessas pessoas possuem diagnóstico clínico de 1 a 4 doenças variadas, e que fazem uso contínuo de 0 a 3 medicamentos por dia (84%). Para avaliação da presença de sobrecarga dos cuidadores foi aplicado o *Zarit-Brief Burden Interview* (ZBI-12), ou seja, o Inventário de Sobrecarga de Zarit na versão reduzida. Desse modo, nessa escala, a média do resultado entre os cuidadores foi de 17,3 pontos ( $\pm 10,2$ ), na qual evidencia a

presença de sobrecarga em (60%) desses cuidadores. Já para a avaliação dos sintomas depressivos e de ansiedade foi empregada a Escala de Depressão e Ansiedade (HAD). Assim, a média dos cuidadores para sintomas depressivos foi de 5,7 pontos ( $\pm 4,6$ ), e a média para os sintomas de ansiedade foi de 6,3 pontos ( $\pm 4,7$ ), indicando sintomas improváveis de depressão e de ansiedade, isto é, (78%) e (70%), respectivamente.

**Tabela 2.** Distribuição sociodemográfica e perfil de saúde dos cuidadores informais dos idosos acompanhados pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCAR. São Carlos-SP, 2021.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Cuidadores Informais (n=50) N (%)</b>	<b>Média (DP)</b>
<b>Faixa etária</b>		<b>54,7 (<math>\pm 15,1</math>)</b>
21 – 31 anos	4 (8%)	-
32 – 42 anos	7 (14%)	-
43 – 53 anos	13 (26%)	-
54 – 64 anos	12 (24%)	-
65 – 75 anos	9 (18%)	-
76 anos ou mais	5 (10%)	-
<b>Sexo</b>		-
Feminino	47 (94%)	-
Masculino	3 (6%)	-
<b>Estado civil</b>		-
Casado(a)	20 (40%)	-
Solteiro(a)	19 (38%)	-
Viúvo(a)	4 (8%)	-
Separado(a)	5 (10%)	-
Outros	2 (4%)	-
<b>Escolaridade</b>		<b>9,4 (<math>\pm 4,7</math>)</b>
Analfabeto	2 (4%)	-
1 a 4 anos	12 (24%)	-
5 a 8 anos	7 (14%)	-
9 anos ou mais	29 (58%)	-
<b>Parentesco com o idoso</b>		-
Esposo(a)	10 (20%)	-
Filho(a)	28 (56%)	-
Genro/Nora	4 (8%)	-
Neto(a)	4 (8%)	-
Irmão(ã)	3 (6%)	-
Sobrinho(a)	1 (2%)	-
Não familiar	0 (0%)	-
<b>Vive com o idoso?</b>		-
Sim	40 (80%)	-
Não	10 (20%)	-

<b>Tempo de cuidado em anos</b>		<b>8,7 (±10,0)</b>
<b>Horas de cuidado/dia</b>		<b>17,5 (±8,6)</b>
<b>Gostaria de obter mais informações/orientações acerca do cuidado do idoso?</b>		-
Sim	41 (82%)	-
Não	9 (18%)	-
<b>Total de doenças</b>		<b>1,7 (±1,2)</b>
Nenhuma	5 (10%)	-
1 a 4 doenças	43 (86%)	-
5 doenças ou mais	2 (4%)	-
<b>Total de medicamentos em uso contínuo</b>		<b>1,82 (±1,6)</b>
0 a 3 medicamentos	42 (84%)	-
4 medicamentos ou mais	8 (16%)	-
<b>Sobrecarga</b>		<b>17,3 (±10,2)</b>
Ausente	20 (40%)	-
Presente	30 (60%)	-
<b>Sintomas Depressivos</b>		<b>5,7 (±4,6)</b>
Improváveis	39 (78%)	-
Possíveis	3 (6%)	-
Prováveis	8 (16%)	-
<b>Sintomas de Ansiedade</b>		<b>6,3 (±4,7)</b>
Improváveis	35 (70%)	-
Possíveis	8 (16%)	-
Prováveis	7 (14%)	-
<b>TOTAL</b>	<b>50 (100%)</b>	-

Fonte: dados da pesquisa.

Na tabela 3 observa-se o tipo de cuidado desempenhado ao idoso. Os cuidadores informais exerciam a maior parte das atividades de cuidado, exceto quanto a higiene oral, ou seja, (68%); eliminações, (66%) e cuidados com a pele (58%).

**Tabela 3.** Distribuição do tipo de cuidado desempenhado ao idoso pelos cuidadores informais. São Carlos-SP, 2021.

<b>Tipo de cuidado</b>	<b>Cuidadores Informais (n=50) N (%)</b>	
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>

Higiene corporal	26 (52%)	24 (48%)
Higiene oral	16 (32%)	34 (68%)
Eliminações	17 (34%)	33 (66%)
Cuidados com a pele	21 (42%)	29 (58%)
Alimentação	30 (60%)	20 (40%)
Controle de medicamentos	39 (78%)	11 (22%)
Sono/Repouso	27 (54%)	23 (46%)
Acompanhamento às consultas	39 (78%)	11 (22%)

Fonte: dados da pesquisa.

A seguir, foi utilizado modelo de Regressão de *Poisson* para determinar como um conjunto de variáveis do idoso (idade, ICC, e a avaliação das ABVD e AIVD) e do seu cuidador (idade, vive com o idoso, tempo em anos que cuida do idoso) estão associados à contagem dos escores ZBI-12 e HAD (depressão e ansiedade separados). Vale ressaltar que foram determinadas as co-variáveis de associação conforme a literatura aponta serem mais significativas para os sintomas de sobrecarga, depressão e ansiedade em cuidadores de idosos (ANJOS et al, 2018; FELIPE et al., 2020; CONCEIÇÃO et al., 2021; GATTO et al., 2021; LACERDA et al., 2021).

Os modelos 1 a 3 apresentam os resultados da análise dos escores ZBI-12 e HAD em função das variáveis do idoso. Estes modelos revelam a relação entre o conjunto de variáveis independentes e cada variável dependente não é homogênea. Em particular, o ICC apresentou associação estatisticamente significativa e positiva com o escore ZBI-12, mas não com os escores HAD para depressão e ansiedade separadamente. Ainda, vale destacar que a capacidade funcional para ABVD avaliada pela escala de Katz também apresentou associação estatisticamente significativa e negativa com os escores ZBI-12 e HAD - Ansiedade, mas não com o escore HAD - Depressão. A Tabela 4 mostra os resultados dos modelos de Regressão de *Poisson* para o escore ZBI-12 e HAD em função das variáveis do idoso.

**Tabela 4.** Distribuição dos modelos de Regressão de *Poisson* para o escore ZBI-12 e HAD em função das variáveis do idoso. São Carlos-SP, 2021.

Variável independente	Variável dependente					
	Modelo 1: ZBI-12		Modelo 2: HAD Depressão		Modelo 3: HAD Ansiedade	
	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
<b>Idade, anos</b>	1.00 (0.99 - 1.01)	0.5	1.01 (1.00 - 1.03)	0.1	1.01 (0.99 - 1.02)	0.3

<b>Índice de Comorbidade de Charlson</b>	1.06 (1.01 - 1.11)	<b>0.01</b>	0.96 (0.87 - 1.05)	0.3	0.99 (0.91 - 1.08)	0.8
<b>Escala de Katz</b>	0.93 (0.88 - 1.00)	<b>0.03</b>	0.99 (0.89 - 1.10)	0.8	0.88 (0.80 - 0.97)	<b>0.01</b>
<b>Escala de Lawton</b>	1.02 (0.99 - 1.04)	0.1	0.98 (0.95 - 1.02)	0.3	1.00 (0.96 - 1.03)	0.8

Fonte: dados da pesquisa.

Os modelos 4 a 6 apresentam os resultados da análise dos escores ZBI-12 e HAD em função das variáveis do cuidador. Estes modelos revelam uma maior homogeneidade na relação entre o conjunto de variáveis independentes e cada variável dependente. Assim, viver no mesmo ambiente que o idoso apresentou associação estatisticamente significativa e positiva com todos os escores. A idade do cuidador apresentou associação estatisticamente significativa e positiva com os escores ZBI-12 e HAD - Ansiedade, mas não com o escore HAD - Depressão. Por outro lado, o tempo em anos que cuida do idoso apresentou associação estatisticamente significativa e positiva com os escores HAD para depressão e ansiedade separadamente, mas não para o escore ZBI-12. A Tabela 5 mostra os resultados dos modelos de Regressão de *Poisson* para os escores ZBI-12 e HAD em função das variáveis do cuidador.

**Tabela 5.** Distribuição dos modelos de Regressão de *Poisson* para dos escores ZBI-12 e HAD em função das variáveis do cuidador. São Carlos-SP, 2021.

Variável independente	Variável dependente					
	Modelo 4: ZBI-12		Modelo 5: HAD Depressão		Modelo 6: HAD Ansiedade	
	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
<b>Idade do cuidador, anos</b>	1.01 (1.01 - 1.02)	<b>&lt;0.001</b>	1.01 (0.99 - 1.01)	0.1	1.01 (1.00 - 1.01)	<b>0.01</b>
<b>Vive com o idoso</b>						
<b>Não</b>	Referência	-	Referência	-	Referência	-
<b>Sim</b>	1.27 (1.05 - 1.54)	<b>0.01</b>	1.42 (1.00 - 2.00)	<b>0.04</b>	1.45 (1.04 - 2.03)	<b>0.02</b>
<b>Tempo que cuida do idoso, anos</b>	1.00 (0.99 - 1.01)	0.3	1.01 (1.00 - 1.02)	<b>0.01</b>	1.02 (1.00 - 1.02)	<b>0.001</b>

Fonte: dados da pesquisa.



Por fim, na Tabela 6, os modelos 7 a 9 apresentam os resultados da análise dos escores ZBI-12 e HAD em função da união das variáveis dos idosos e cuidadores. É possível verificar que ao unir as variáveis independentes, a idade do cuidador e viver no mesmo ambiente que o idoso apresentaram associações estatisticamente significantes e positivas com os escores ZBI-12, mas não para a HAD. Observa-se, também, que o tempo que o cuidador cuida do idoso em anos se associou estatisticamente significativa e positivamente com HAD para ansiedade e depressão, mas não para a sobrecarga. Dessa forma, as variáveis do idoso perdem a significância de impacto para a sobrecarga quando inserimos o tempo de cuidado em anos, a idade do cuidador e se o cuidador vive no mesmo domicílio que o idoso. Ao analisar o tempo de cuidado, entendemos que a dependência é algo relativo a essa variável. Em outras palavras, a dependência do idoso só é algo relevante para a sobrecarga quando deixamos de considerar o tempo de cuidado, a idade do cuidador e a coabitação com o idoso.

**Tabela 6.** Distribuição dos modelos de Regressão de *Poisson* para dos escores ZBI-12 e HAD em função da junção das variáveis do idoso mais cuidador. São Carlos-SP, 2021.

Variável independente	Variável dependente					
	Modelo 7: ZBI-12		Modelo 8: HAD Depressão		Modelo 9: HAD Ansiedade	
	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
Idade, anos	0.99 (0.98 - 1.00)	0.08	1.01 (0.99 - 1.03)	0.07	1.01 (0.99 - 1.02)	0.2
Índice de Comorbidade de Charlson	1.02 (0.97 - 1.07)	0.9	0.93 (0.84 - 1.02)	0.1	0.96 (0.88 - 1.05)	0.4
Escala de Katz	0.99 (0.92 - 1.05)	0.7	1.03 (0.92 - 1.14)	0.6	0.91 (0.81 - 1.01)	0.07
Escala de Lawton	1.00 (0.98 - 1.02)	0.3	0.97 (0.93 - 1.01)	0.1	0.99 (0.95 - 1.03)	0.6
Idade do cuidador, anos	1.01 (1.00 - 1.01)	<b>&lt;0.001</b>	1.00 (0.99 - 1.01)	0.3	1.01 (0.99 - 1.01)	0.1
Vive com o idoso						
Não	Referência	-	Referência	-	Referência	-
Sim	1.28 (1.05 - 1.56)	<b>0.01</b>	1.42 (0.98 - 2.02)	0.06	1.39 (0.97 - 1.97)	0.06
Tempo que cuida do idoso, anos	1.00 (0.99 - 1.00)	0.5	1.01 (1.00 - 1.02)	<b>0.008</b>	1.02 (1.00 - 1.02)	<b>&lt;0.001</b>

Fonte: dados da pesquisa.

## 7 DISCUSSÃO

### 7.1 Idosos

Os resultados demonstraram que houve predominância do sexo feminino nos idosos da amostra (72%). Esses dados são semelhantes a diversos estudos na área da gerontologia (MELO e LIMA, 2020; BARBOSA et al., 2020; ALVES e CAMPOS, 2021; BRASIL et al., 2021; LOBATO et al., 2021). De acordo com a literatura, a projeção demográfica brasileira explica em partes esta prevalência, em que estabelece maior número de pessoas do sexo feminino entre os idosos, como consequência da menor exposição aos fatores de risco, tais como o tabagismo e o etilismo. Além disso, destaca-se maior taxa de mortalidade que afeta a população masculina de maneira mais precoce, devido a menor procura pelos serviços de saúde e maior prevalência de doenças que levam esses indivíduos ao óbito (CECCON et al. 2021; ALVES; SILVA; SOUSA, 2020).

Na presente investigação, (40%) dos idosos estavam inseridos na faixa etária dos 62 a 72 anos, (40%) dos 73 a 83 anos, (16%) dos 84 a 94 anos, e (4%) dos 95 anos ou mais, com uma idade média global de 75,9 anos ( $\pm 9,3$ ). Esses dados divergem de outros estudos na área em que as médias de idade são inferiores, a exemplo do estudo de Alves; Campos (2021), em que a média de idade das pessoas idosas foi de 69,7 anos. A pesquisa teve como objetivo verificar o perfil epidemiológico dos idosos atendidos na Unidade de Saúde da Família do conjunto universitário, na cidade de Rio Branco-AC. Os dados foram coletados por meio de visitas domiciliares a 160 idosos com a aplicação de questionários que incluíram informações demográficas, socioeconômicas, clínicas, variáveis sobre o risco de quedas, entre outras (ALVES; CAMPOS, 2021).

De acordo com Almeida et al. (2020), os idosos utilizam mais os serviços de saúde quando comparados com a população adulta. Isso pode estar relacionado a frequência mais elevada de acometimento dos longevos a condições crônicas de saúde, incapacidades e idades mais elevadas, fazendo com que necessitem de atendimentos provenientes da atenção à saúde (ALMEIDA et al., 2020).

Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos se declararam viúvos(as) (44%). No estudo de Barbosa et al. (2020), os autores encontraram dados similares com relação ao estado conjugal dos idosos. O objetivo da pesquisa foi caracterizar idosos não frágeis em Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI) em Natal, para enfatizar a integração social em instituições filantrópicas e privadas. Os dados foram coletados com os idosos por meio do instrumento *Brazil Old Age Schedule* (BOAS), que engloba características sociodemográficas, condições de saúde e de socialização e o grau de

depressão. Assim, os idosos que eram viúvos(as) correspondiam a (50,8%) (BARBOSA et al., 2020).

A viuvez é a situação conjugal mais comum entre os idosos e está atrelada com mais frequência ao sexo feminino, em razão da maior expectativa de vida das pessoas desse sexo, ocasionando o acréscimo de mulheres idosas que não possuem companheiros vivos (LOBATO et al., 2021). As alterações nos arranjos conjugais revelam a necessidade de descobrir novas formas de constituir laços entre os membros da família, com o intuito de possibilitar que os idosos vivenciem o processo de envelhecimento com apoio familiar e social (WOSIACKI et al., 2021).

Sobre a escolaridade, os idosos apresentaram uma média de 4,26 anos ( $\pm 3,6$ ), sendo que, a maioria possuía de 1 a 4 anos de estudo (48%), seguidos pelo analfabetismo (24%). Esses achados condizem com o estudo de Brasil et al. (2021), em que os idosos apresentaram baixa escolaridade e analfabetismo em 67,8%. A pesquisa teve como objetivo identificar a prevalência da autopercepção positiva de saúde entre os idosos não longevos e longevos e fatores associados. Os dados foram coletados por meio do instrumento *Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Function Assessment Questionnaire* (Bomfaq), que contempla variáveis socioeconômicas e de saúde física e mental, com 1.750 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Montes Claros-MG (BRASIL et al., 2021).

Níveis educacionais mais baixos tornam a busca por conhecimento mais difícil e por consequência, reduzem o acesso dos indivíduos a informações sobre a promoção da saúde e estratégias de prevenção de doenças crônicas (MELO; LIMA, 2020). De acordo com a literatura, a educação não garante qualidade de vida, porém possibilita que os indivíduos amplifiquem as relações sociais, de modo a identificar novas realidades e adversidades, para que sejam capazes de vencer barreiras. Assim, os modelos de atenção à saúde voltados aos idosos devem propor uma linha de cuidados que envolva educação associada as questões de saúde (CARDOSO et al., 2021).

Em relação ao perfil de saúde, os idosos exibiram uma média de 3,02 do número total de doenças ( $\pm 1,6$ ), na qual a maioria relatou possuir de 1 a 4 doenças (78%), coletados a partir do protocolo de avaliação utilizado. Esse resultado está em discordância com o estudo de Alves; Campos (2021), em que (53,1%) dos idosos apresentaram apenas uma patologia. Sabe-se que o envelhecimento não é sinônimo de adoecimento, porém esse processo é visto como uma condição de risco para desencadear doenças, em função das modificações fisiológicas e biopsicossociais (TOGNOLLI et al., 2021; OLIVEIRA;

PORTO, 2021). Dessa forma, a presença frequente das DCNT na população idosa, como HAS, DM, hipercolesterolemia, sedentarismo e sobrepeso/obesidade é uma preocupação, visto que elevam o risco para o desenvolvimento de situações adversas graves atreladas a complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (TOGNOLLI et al., 2021).

Nessa perspectiva, as doenças mais comuns no presente estudo foram HAS (62%), algum tipo de demência (30%), DM (26%), AVC (16%) e osteoporose (16%). O estudo de Oliveira; Porto (2021), trouxe resultados similares com relação as patologias mais prevalentes entre os idosos. O objetivo do trabalho foi caracterizar o perfil sociodemográfico, de saúde e hábitos de estilo de vida de idosos longevos de um município do interior da Bahia. A coleta de dados foi realizada com 87 idosos com avaliações que abordaram aspectos sociodemográficos e de hábitos de estilo de vida, medidas antropométricas, questões de saúde, além da função cognitiva. Dessa maneira, a HAS foi a principal doença entre os idosos analisados por esse estudo (46%) (OLIVEIRA; PORTO, 2021).

A análise do Índice de Comorbidades ICC, mostrou que os idosos apresentaram uma média de 4,2 pontos ( $\pm 1,5$ ), sendo que (32%) dos idosos apresentaram risco de mortalidade de 85% em um ano. No estudo de Silva Junior et al. (2021), os idosos mostraram uma média do ICC de 3,8 pontos, ou seja, um pouco mais baixo do que os resultados encontrados pelo presente estudo. Nesse trabalho, o objetivo foi avaliar a variação da força muscular periférica (FMP) ao longo da internação em idosos hospitalizados. Os dados foram coletados nas enfermarias e Unidades de Terapia Intensiva (UTI's) de um hospital da rede pública estadual em Salvador-BA, por meio de avaliações de 80 idosos (SILVA JUNIOR et al., 2021). De acordo com Bahlis; Diogo; Fuchs (2021), por já ter passado pelo processo de validação em várias circunstâncias clínicas e pelos resultados alcançados até o momento, o ICC é considerado como um bom preditor de mortalidade.

Relativo ao uso de medicamentos, a população do estudo apresentou uma média de 4,72 medicamentos em uso contínuo ( $\pm 2,7$ ), isso é, (64%) indicaram utilizar 4 medicamentos ou mais por dia, configurando-se como polifarmácia. O estudo de Batista et al. (2020) encontrou dados semelhantes em referência ao uso de fármacos. O objetivo da pesquisa foi analisar o perfil epidemiológico, clínico e farmacológico, bem como determinar a frequência e a média de quedas em idosos atendidos em um Ambulatório de Geriatria e Gerontologia em Teresina-PI. A coleta de dados foi viabilizada através de entrevistas a 123 idosos com um questionário que abordou variáveis sociodemográficas,

dados clínicos e farmacoepidemiológicos. Dessa forma, os idosos consumiam uma média de 4 fármacos (BATISTA et al., 2020).

Conforme definição proposta pela OMS, é considerada como polifarmácia o uso frequente e simultâneo por um paciente de quatro medicamentos ou mais, que podem ou não serem prescritos por um médico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). Além da alta prevalência da polifarmácia em idosos, outro elemento pode contribuir com o número elevado de medicamentos entre indivíduos dessa faixa etária, como a prescrição médica inadequada que pode gerar uma cascata de prescrição, ou seja, acontece quando os efeitos adversos dos medicamentos podem ser impostos de maneira incorreta a um quadro clínico e, assim, um novo fármaco é indicado com o objetivo de tratar um efeito prejudicial de outro medicamento. Tal ação pode causar inúmeras complicações, como o aumento do risco para o desenvolvimento de Reações Adversas a Medicamentos (RAM), que amplifica a morbimortalidade nas pessoas idosas (OLIVEIRA et al., 2021).

Em conformidade com a literatura, a capacidade funcional (CF) pode ser definida como a possibilidade de o indivíduo em adequar-se, de forma eficaz, às demandas físicas do dia a dia que englobam desde as ABVD até as AIVD, com o intuito de manter uma vida independente e com qualidade de vida (SANTOS et al., 2021). Já a limitação funcional corresponde a dificuldade de desempenhar pelo menos uma ABVD (NORONHA et al., 2021).

Nesse sentido, sobre o grau de dependência quanto a realização das ABVD, os idosos apresentaram uma média de 4,6 pontos ( $\pm 1,7$ ) na Escala de Katz. Dessa forma, os resultados mostraram que a metade da amostra desse estudo (50%) foram classificados como independentes. No estudo realizado por Alves; Silva; Souza (2020), 74 prontuários de idosos que receberam atendimento em um ambulatório de referência em saúde do idoso de um município amazonense, foram analisados pelos pesquisadores. Dentre os instrumentos utilizados, os autores coletaram dados a partir da Escala de Katz para avaliar a CF referente as ABVD desses idosos. Assim, (89,7%) dos idosos entrevistados foram considerados como independentes, número superior ao apresentado no presente estudo (ALVES; SILVA; SOUSA, 2020). Estas diferenças podem ser explicadas pelo perfil de idosos acompanhados, no caso da presente pesquisa, como alta média de idade, número de comorbidades, entre outros fatores.

No que concerne ao nível de dependência para as AIVD, os idosos apresentaram uma média de 15,2 pontos ( $\pm 5,3$ ) na Escala de Lawton e Brody, sendo que, (48%) dos idosos foram classificados como parcialmente dependentes. Esses dados são divergentes

ao estudo de Santos; Lima (2021), em que (59,23%) dos idosos avaliados foram considerados como dependentes. O objetivo da pesquisa foi caracterizar a capacidade funcional de idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde da Família em Horizonte-CE. Os dados foram coletados por meio de entrevistas a 157 idosos com questionários que avaliaram variáveis específicas, entre elas, o grau de dependência para as AIVD, utilizando a mesma escala escolhida no presente estudo (SANTOS; LIMA, 2021). A literatura sugere que as AIVD são as primeiras a serem afetadas, assim como, mais difíceis de serem desempenhadas quando comparadas com as ABVD e, por essa razão, os longevos apresentam maior dificuldade e dependência nas AIVD (SILVA et al., 2021; ALVES; SILVA; SOUSA, 2020).

No estudo efetuado por Lobato et al. (2021), os pesquisadores avaliaram 135 idosos cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Coari-AM. Dentre as variáveis investigadas, os autores utilizaram a Escala de Lawton e Brody para mensurar o grau de dependência nas AIVD. Tal estudo mostrou que AIVD que precisaram de auxílio total pelos idosos foram: lavar e passar roupas e fazer compras; e, as AIVD que necessitaram de ajuda parcial foram: usar o telefone e se deslocar para locais distantes através de algum meio de transporte. Porém, os autores enfatizam que idosos mais longevos tendem, com o passar dos anos, a transferir a responsabilidade de algumas dessas atividades aos familiares ou terceiros, em decorrência do desenvolvimento de dificuldades de deambulação, de deslocamento, entre outras (LOBATO et al., 2021).

A limitação funcional tem características multidimensionais que podem ser acometidas por alguns fatores, isto é, tanto pela saúde, quanto por elementos sociais e culturais. De acordo com estudos, um problema de saúde relacionado a uma limitação física poderá se transformar em uma limitação funcional, conforme os recursos sociais e individuais aos quais estão disponíveis aos indivíduos, para que lidem com a realização das AVD (NORONHA et al., 2021).

As alterações no quadro de saúde em curto prazo podem ocasionar em mudanças na CF e com isso, os idosos podem sofrer um impacto em sua autonomia e independência, repercutindo em seu bem-estar (BRASIL et al., 2021). Portanto, é imprescindível identificar quais são as atividades em que os idosos apresentam maior dificuldade em sua execução, com o intuito de desenvolver e implementar um plano de ação que compreenda atividades de promoção a saúde, prevenção de agravos, bem como, tratamento de tais declínios (SANTOS; LIMA, 2021).

## 7.2 Cuidadores Informais

Com relação ao perfil sociodemográfico dos cuidadores informais dos idosos, os resultados demonstraram que a maioria é representada pelo sexo feminino, ou seja, (94%), corroborando com vários estudos na área (CAPARROL et al., 2021; CONCEIÇÃO et al., 2021; SANTOS et al., 2021; SILVA e BOERY, 2021; SOUZA, SILVA e FIGUEIRA, 2021). A exemplo do estudo de Santos et al. (2021), em que (100%) dos cuidadores informais eram mulheres. O objetivo dessa pesquisa foi promover a educação em saúde acerca do cuidado ao idoso portador de Alzheimer, através de oficinas temáticas para cuidadores familiares (SANTOS et al., 2021).

O aspecto cultural que atribui a mulher a responsabilidade pelo cuidado relaciona-se a maior expectativa de vida e a tendência dessas pessoas serem mais jovens do que seus esposos. Ademais, tem-se o princípio tradicionalista da divisão por sexo no âmbito do trabalho, no qual a mulher desempenha de modo habitual o cuidado dos filhos e as atividades domésticas, ao passo que o homem é incumbido pelo apoio financeiro da família (CAPARROL et al., 2021).

Na população do estudo, a maior parte dos cuidadores, isto é, (26%) estavam inseridos na faixa etária dos 43 a 53 anos, (24%) dos 54 a 64 anos, (18%) dos 65 a 75 anos, (14%) dos 32 a 42 anos, (10%) dos 76 anos ou mais e (8%) dos 21 a 31 anos, com uma média de 54,7 anos ( $\pm 15,1$ ). O estudo de Silva et al. (2021) encontrou dados semelhantes em relação a idade dos cuidadores. A pesquisa teve como objetivo identificar e avaliar a visão de idosos em relação ao cuidado recebido, bem como a visão dos cuidadores mediante a nova situação mundial que configura a crise do cuidado. Os dados foram coletados por meio de entrevistas aos cuidadores de idosos que incluíram informações sociodemográficas, sobre as características do cuidado desempenhado ao idoso e, também dos pensamentos acerca dessa função, além da opinião dos cuidadores frente ao envelhecimento. Assim, a média de idade dos cuidadores desse estudo foi de 53,4 anos (SILVA et al., 2021).

Entretanto, destaca-se que no presente estudo houve a participação de cuidadores com 60 anos ou mais. Sabe-se que, com o envelhecimento, há uma alteração nas funções fisiológicas que ocasionam déficits no desempenho das AVD, tais como, perda da visão, da audição e do equilíbrio, dificuldade de locomoção, entre outras, tornando-os mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças. Dessa forma, além das consequências para os próprios cuidadores idosos, essa condição pode prejudicar a qualidade da assistência

prestada aos receptores de cuidados (CONCEIÇÃO et al., 2021; SOUZA; SILVA; FIGUEIRA, 2021).

No que se refere ao estado civil, (40%) dos cuidadores informais relataram ser casados(as). O estudo de Sousa et al. (2020), encontrou dados condizentes com relação a essa variável. O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a sobrecarga do cuidador informal de idosos com Alzheimer e analisar seu perfil socioeconômico e epidemiológico. Os dados foram coletados através de entrevistas a 69 cuidadores informais de idosos no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB) com um formulário que abrangia condições socioeconômicas, epidemiológicas e nível de sobrecarga do cuidador. Destarte, (50,7%) dos cuidadores desse estudo possuíam um companheiro (SOUSA et al., 2020). Os cuidadores assumem este papel mais comumente do que os solteiros(as) e mais jovens e isso pode ser estar relacionado ao voto matrimonial ou ainda, pela responsabilidade filial. Assim, essa função pode desenvolver maior risco de sobrecarga física e emocional aos cuidadores de idosos (SILVA; BOERY, 2021).

Verificou-se que os cuidadores informais tinham uma escolaridade média de 9,4 anos ( $\pm 4,7$ ), sendo que, a maioria (58%) informou possuir 9 anos de estudo ou mais. Esses resultados vão ao encontro com o proposto pelo estudo de Sato et al. (2020), em que a maioria dos cuidadores apresentou um alto nível de escolaridade, isto é, (45,05%) tinham 8 anos de estudo ou mais. A pesquisa teve como objetivo caracterizar os aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos e analisar o estado mental dos cuidadores de idosos em hemodiálise. A coleta de dados foi realizada com 91 cuidadores dos pacientes idosos na unidade de tratamento dialítico de um hospital-escola, com base em um instrumento de caracterização sociodemográfica, socioeconômica e clínica, além de informações sobre o tempo e as atividades que exerce com respeito ao cuidado ao idoso (SATO et al., 2020).

Essa diferença nos resultados encontrados por ambos os estudos pode ser explicada pela exigência progressiva do mercado de trabalho, assim como pela crise financeira enfrentada pelo país, fazendo com que indivíduos qualificados e com alto grau de instrução atuem como cuidadores de idosos ou exerçam outros tipos de atividades (SATO et al., 2020). Uma outra justificativa seria a falta de recursos financeiros para custear cuidadores formais, de modo que essas pessoas necessitem abandonar os seus empregos para assumir as atividades do cuidado (MILLANI et al., 2021).

Quanto ao parentesco com o idoso, (56%) dos cuidadores eram filhos(as), (20%) eram esposos(as), (8%) eram genros/noras, (8%) eram netos/netas, (6%) eram irmão(ãs),



(2%) eram sobrinhos(as) e (0%) eram não familiares dos receptores de cuidados. No estudo realizado por Lopes et al. (2020), os autores encontraram dados similares referente a relação entre cuidador e idoso. A pesquisa teve como objetivo analisar a ocorrência de sobrecarga e dor em cuidadores de idosos, além de identificar a associação desses aspectos com o nível de independência do idoso. Os dados foram coletados por meio de visitas domiciliares a idosos e seus cuidadores provenientes de Unidades de Saúde de um município de Porto Alegre, que responderam questões relativas ao perfil socioeconômico, ocorrência de dor, sobrecarga do cuidador e ao nível de independência do idoso. Desse modo, dentre os cuidadores informais analisados no estudo, (64,3%) eram filhos, (28,6%) eram cônjuges e (7,1%) eram irmãos dos longevos (LOPES et al. 2020).

Muitas vezes de modo inesperado, o cuidador informal se torna responsável pelo desafio de adaptar a sua nova função com as demais tarefas de seu cotidiano, tais como, emprego formal ou atividades relacionadas ao lar e a família. Esse cenário pode ocasionar repercussões negativas na saúde dos cuidadores, que podem ser acentuadas caso haja ausência de capacitação necessária para prestar o auxílio aos idosos (LACERDA et al., 2021).

No quesito viver com o idoso, (80%) dos cuidadores informais relataram residir com os idosos aos quais são auxiliados nas atividades do cuidado. O estudo de Moura et al. (2020), encontrou resultados similares em referência a coabitação com os idosos. A pesquisa teve como objetivo propor uma estratégia de acolhimento a cuidadores de idosos acamados e avaliar, na perspectiva dos cuidadores, o uso de tal tecnologia. Os dados foram coletados com os cuidadores informais de idosos no Centro de Saúde da Comunidade (CSC) Laurides Milhomem, do município de Palmas-TO. Assim, a maioria dos cuidadores do estudo, ou seja, (66,7%) coabitavam com os idosos. De acordo com a literatura, residir com os idosos dependentes de cuidados pode ser um fator tanto positivo, isto é, pode facilitar nas atividades de cuidado, quanto negativo, já que pode gerar estresse no cuidador (SILVA; BOERY, 2021).

Em relação ao tempo de cuidado, os cuidadores exerceram uma média de 8,7 anos ( $\pm 10,0$ ), bem como, uma média de 17,5 horas por dia ( $\pm 8,6$ ). Essas variáveis apresentaram-se de formas distintas em outros estudos. No trabalho proposto por Roque et al. (2020), foram avaliados 110 cuidadores de idosos com demência atendidos em um ambulatório de geriatria de uma cidade do Sudeste do Brasil, quanto ao perfil sociodemográfico e a presença de sobrecarga relacionada ao cuidado. Nesse estudo, o

tempo de cuidado pela maioria dos cuidadores foi entre 0-3 anos (53,6%), com 20-24 horas de dedicação as atividades de auxílio (ROQUE et al., 2020).

Já na pesquisa de Conceição et al. (2021), a maior parte dos cuidadores exercia a função a mais de 4 anos (36,5%). O objetivo do estudo foi avaliar o perfil e a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes. A coleta de dados foi realizada com 52 cuidadores de idosos cadastrados na área de abrangência de quatro Unidades Básicas de Saúde do município de Caxias-MA, na qual incluiu informações de caracterização, além da avaliação da sobrecarga pelo Inventário de Sobrecarga de Zarit (ZBI) (CONCEIÇÃO et al., 2021).

Dessa maneira, o tempo ofertado ao cuidado de um idoso com dependência é caracterizado como um elemento que predispõe a sobrecarga, uma vez que os cuidadores têm uma redução no tempo destinado as atividades de autocuidado e para as relações sociais. Além disso, esse fator é exacerbado quando o cuidador assume a responsabilidade do cuidado do idoso sem o apoio de outros membros da família, pois se torna o único a exercer a função e em tempo integral, fazendo com que tenha que manter uma vigilância constante (AIRES et al., 2020).

Acerca da análise do perfil de saúde, os cuidadores informais avaliados nesse estudo apresentaram uma média de 1,7 do número total de doenças ( $\pm 1,2$ ), em que a maioria indicou possuir de 1 a 4 doenças, ou seja (86%). No estudo efetuado por Terassi et al. (2020), foram entrevistados 186 cuidadores idosos que prestavam o cuidado a outros idosos que viviam no mesmo domicílio. Foram coletados dados através de um questionário sociodemográfico, avaliação quanto a realização das ABVD e AIVD, sintomas depressivos, dor, desempenho cognitivo, estresse e sobrecarga. Assim, os participantes possuíam 6,1 do número total de doenças ( $\pm 3,0$ ), o que difere dos resultados encontrados pelo presente estudo (TERASSI et al., 2020).

Essa divergência entre os achados pode ser justificada pela diferença na faixa etária da amostra em ambos os estudos, visto que no presente estudo apenas uma parte dos cuidadores eram idosos, o que pode ter causado algum tipo de influência no menor número de doenças apresentado pelos indivíduos (TERASSI et al., 2020).

De acordo com Lacerda et al. (2021), conforme o tempo passa, a saúde dos cuidadores vai tornando-se enfraquecida, em razão do surgimento das DCNT provenientes do processo de envelhecimento, ou por meio da associação da atividade exaustiva do cuidado com os demais afazeres domésticos. Por muitas vezes, essa rotina

fatigante não possibilita aos cuidadores a busca por serviços que objetivam o cuidado com a própria saúde, conduzindo a piora de seu quadro clínico (LACERDA et al., 2021).

Sobre o uso de medicamentos, os cuidadores apresentaram uma média de 1,82 do total de medicamentos em uso contínuo ( $\pm 1,6$ ) e, (84%) relaram fazer uso de 0 a 3 medicamentos por dia. Os resultados encontrados a partir do estudo de Felipe et al. (2020) corroboram com o que foi achado pelo presente estudo, pois a maioria dos cuidadores informais de idosos avaliados refeririam o uso de medicamentos de forma contínua (44,7%). O objetivo da pesquisa foi analisar os sintomas de ansiedade e depressão em cuidadores informais de idosos dependentes em domicílio. Os dados foram coletados com os cuidadores de idosos assistidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região norte do município de Teresina-PI, por meio de um formulário de caracterização, tanto do idoso, quanto de seu cuidador, além da avaliação da ansiedade e da depressão dos cuidadores (FELIPE et al., 2020).

Segundo os autores, a existência de comorbidades pode ser uma consequência do papel de cuidador e está atrelada ao desgaste mental, que pode ser manifestado por distúrbios psicológicos, tais como a ansiedade e a depressão. Consequentemente, esse conjunto de elementos faz com que os cuidadores demandem uma assistência a saúde de forma continuada (FELIPE et al., 2020).

No que concerne a necessidade de orientações, (82%) dos cuidadores expressaram que gostariam de receber mais informações/orientações relacionadas a como cuidar dos idosos. O estudo de Silva et al. (2021) mostra que, entre as principais dificuldades descritas pelos cuidadores relaciona-se a ausência de treinamento/capacitação para realizar as atividades do cuidado (10,5%), que pode ser demonstrada pela falta de conhecimento sobre o quadro de saúde do idoso, o que torna complexo o desempenho de sua função.

Assim, uma alternativa para melhorar o sentimento de dúvida pela falta de conhecimento é a capacitação, com o intuito de preparar e orientar os cuidadores quanto as habilidades requeridas e ao manejo das intercorrências sobre o ato de cuidar de um idoso (SILVA et al., 2021). O cuidador que não possui um preparo formal, conhecimento ou apoio para prestar assistência ao idoso, pode ter uma piora em sua qualidade de vida, além de desenvolver sobrecarga (COSTA et al., 2020).

Nessa perspectiva, os cuidadores dos idosos apresentaram 17,3 pontos ( $\pm 10,2$ ) no *Zarit-Brief Burden Interview* (ZBI-12), sendo que (60%) destes possuíam sobrecarga relacionada ao cuidado e (40%) ausência de sobrecarga. No estudo proposto por Sousa et

al. (2020), que foi citado anteriormente, os autores utilizaram o ZBI de 22 itens para a avaliação da sobrecarga do cuidador. Dessa maneira, (59,4%) dos cuidadores apresentaram sobrecarga intensa, (24,6%), sobrecarga ligeira e (15,9%) ausência de sobrecarga, o que se assemelha aos resultados obtidos pelo presente estudo. Dados correspondentes, mas mais preocupantes foram encontrados por Conceição et al. (2021), em que (90,4%) dos cuidadores apresentaram algum nível de sobrecarga.

Conforme supracitado, o tempo dispendido exclusivamente ao cuidado do idoso em conjunto com o adiamento ou interrupção das atividades pessoais pode culminar na sobrecarga do cuidador, já que é possível encontrar uma relação entre o maior grau de dependência do receptor de cuidados, tempo dispensado ao ato de cuidar e menor disponibilidade de tempo para si (SOUSA et al., 2021a). Ademais, quando esse contexto é atrelado a falta de suporte de outros familiares nas atividades de cuidado, gera ao cuidador, além da sobrecarga, infelicidade e desânimo (GATTO et al., 2021). Assim emerge a necessidade de identificar o problema, bem como sugerir intervenções de modo a auxiliar os cuidadores na reorganização e divisão das tarefas do cuidado, com o objetivo de equilibrar a rotina e promover o seu bem-estar (SOUSA et al., 2021).

Para Gatto et al. (2021), os cuidadores que se encontram sobrecarregados podem evidenciar ansiedade, sintomas depressivos, insatisfação com a vida, exacerbação de doenças e risco de adoecimento. Nessa perspectiva, é preciso garantir a essa população apoio técnico e financeiro, acompanhamento médico e psicológico, orientações e intervenções propostas pelos serviços de saúde (GATTO et al., 2021).

Nesse estudo, os cuidadores exibiram uma média de 5,7 pontos ( $\pm 4,6$ ) na Escala de Depressão e Ansiedade (HAD), no que diz respeito aos sintomas depressivos, sendo que (78%) desses cuidadores apresentaram sintomas improváveis de depressão. Já com relação aos sintomas de ansiedade o resultado foi equivalente, uma vez que os cuidadores expuseram uma média de 6,3 pontos ( $\pm 4,7$ ) na mesma escala, nos quais (70%) desses cuidadores apresentaram sintomas improváveis de ansiedade. No trabalho de Duarte et al. (2018), 90 cuidadores de idosos diagnosticados com demência do Ambulatório de Geriatria do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP também foram avaliados pela HAD para identificar a presença de sintomas de depressão e de ansiedade. Assim, (52,2%) apresentaram sintomas de depressão e (50%) de ansiedade, o que difere do que foi encontrado pelo presente estudo (DUARTE et al., 2018).

Essa divergência pode ser explicada pelas características da população estudada, visto que no presente estudo nem todos os receptores de cuidados tinham diagnóstico de demência, mas possuíam outros tipos de patologias. Sabe-se que o cuidado de idosos com demência é complexo e está associado a distúrbios físicos e emocionais a pessoa que presta o cuidado (MANZINI; VALE, 2020). De acordo com Manzini; Vale (2020), os cuidadores de idosos com essa condição tem maiores níveis de sobrecarga, tornando-se um fator de risco para o surgimento de depressão e de ansiedade.

Torna-se fundamental a existência de uma rede de apoio a esses indivíduos para que seja possível fornecer informação e orientações com relação ao ato de cuidar, mas também propor técnicas de enfrentamento de modo a reduzir as repercussões físicas, psicológicas e sociais vivenciadas pelos cuidadores informais de idosos (SANTOS et al., 2021). É sabido que existem vários tipos de intervenções que podem ser realizadas com os cuidadores, para tanto, os profissionais de saúde devem considerar as características individuais apresentadas, com o objetivo de melhorar o bem-estar e diminuir a sobrecarga, angústia, depressão, ansiedade e estresse de quem cuida (MOURA et al., 2020).

Relativo ao tipo de cuidado exercido aos idosos, os cuidadores relataram auxiliar na maioria das atividades, ou seja, higiene corporal (52%), alimentação (60%), controle de medicamentos (78%), sono/repouso (54%) e acompanhamento as consultas (78%). Na medida em que mais atividades precisam ser desempenhadas ao idoso, mais estabilidade física e emocional é requerida ao cuidador, para que este possa prestar o auxílio a pessoa que recebe o cuidado de maneira eficiente e, caso o cuidador não se atente a sua saúde, consequentemente haverá o declínio de sua própria condição (SOUSA et al., 2020).

### **7.3 Relação entre os idosos e seus cuidadores informais**

No presente estudo, para avaliar a associação das variáveis em relação a níveis de sobrecarga, percorreu-se a seguinte sequência analítica: olhou-se para o idoso; olhou-se para o cuidador; olhou-se para ambos. Observou-se que as características do idoso deixam de ser relevantes para o escore sobrecarga quando analisadas em conjunto com o cuidador, assim buscou-se pelas variáveis do cuidador que se associaram à sobrecarga.

Dessa maneira, foram encontradas associações significativas entre maiores níveis de sobrecarga com a dependência do idoso, carga de comorbidades, idade em anos dos cuidadores e conviver no mesmo ambiente domiciliar. Evidencia-se que estes fatores estão interconectados de certa forma, pois mais comorbidades leva a mais dependência,

e quando dentro de um mesmo ambiente domiciliar aumenta significativamente a carga do cuidador, especialmente se tiver maior idade. Enquanto a cada 1 unidade que se aumenta na idade há um aumento em até 1.01 vezes a contagem do escore da escala de sobrecarga, e pode chegar em até 1.56 para a convivência na mesma casa, implicando que para a idade ter o mesmo impacto que viver na mesma casa o cuidador tem que ter 55 anos. Nessa perspectiva, conforme os cuidadores não têm as suas demandas atendidas pelos serviços de saúde e demais apoios sociais, os níveis de sobrecarga se elevam, especialmente quando esse cuidador também é idoso (SOUSA, G. et al., 2021b).

O peso da doença avaliada pelo ICC pode configurar-se como um indicador de maior gravidade, assim como da probabilidade do desenvolvimento de possíveis complicações, dado que a recuperação do paciente pode se tornar mais difícil, especialmente se for idoso. Dessa maneira, o ICC reflete em doenças altamente incapacitantes, levando a dependência do idoso (SANTOS et al., 2021). Sabe-se que, o cuidado de um idoso dependente demanda maior atenção para o auxílio no desempenho das AVD e, como consequência, pode causar sobrecarga no cuidador (LOPES et al., 2020).

Outro achado significativo relaciona-se ao tempo de cuidado em anos exercido ao idoso. Nas análises estatísticas encontrou-se que a dependência do idoso só é relevante para a sobrecarga quando não é considerado o tempo que o cuidador está cuidando do idoso. De acordo com Martins et al. (2019) e Navarro-Abal et al. (2019), após o impacto ocasionado pelo dever de auxiliar um idoso dependente, os cuidadores informais buscam pela adaptação frente a circunstância atual e, desse modo, é possível verificar que existe uma relação entre essa atitude com maior estado de resiliência, ou seja, quanto maior o grau de sobrecarga percebida pelo cuidador, menor é a resiliência. Assim, podem ser consideradas como pessoas resilientes as que exibem características como autoestima positiva, capacidade de dar e receber no âmbito das relações humanas e na resolução de problemas, disciplina, responsabilidade, tolerância ao sofrimento, entre outras (MATEUS; FERNANDES, 2019).

Ser um indivíduo resiliente é um parâmetro positivo e considerado como um indicador de eficácia com relação ao exercício do papel de cuidador, pois auxilia no enfrentamento de diversos elementos prejudiciais a saúde decorrente do ato de cuidar. Ademais, é importante destacar que a resiliência possibilita não só a melhora do bem-estar e qualidade de vida dos cuidadores, mas também é benéfica diante do cuidado

prestado aos longevos (NAVARRO-ABAL et al., 2019; MATEUS; FERNANDES, 2019).

Com base no que foi exposto, os idosos que tem algum tipo de limitação para realizar alguma AIVD podem, posteriormente, apresentar comprometimento nas ABVD. Diante disso, é imprescindível que os sistemas de saúde identifiquem as demandas e elaborem um plano de ação que integre estratégias preventivas e de tratamento aos comprometimentos apresentados pelos idosos. Isso poderá tornar possível a prevenção de limitações futuras nas ABVD, trazendo impactos positivos tanto aos idosos, quanto aos seus cuidadores informais (SANTOS; LIMA, 2021).

É preciso também direcionar o olhar aos cuidadores informais dos idosos, por meio do estabelecimento de políticas públicas de assistência a essa população. Além disso, recomenda-se a construção de um plano de cuidados que englobe avaliações e encaminhamentos com a equipe multidisciplinar a partir das necessidades de saúde evidenciadas pelos cuidadores, bem como de orientações quanto aos recursos de apoio disponíveis que indiquem formas de diminuir os efeitos do exercício de sua função (MARTINS et al., 2019).

Com relação aos próximos passos, objetiva-se submeter um artigo científico em uma revista escolhida previamente como resultado desta dissertação, para auxiliar na disseminação de conhecimento e fornecer subsídios para novos estudos, assim como no planejamento de intervenções propostas aos idosos e seus cuidadores informais.

O estudo apresentou algumas limitações que se relacionam a falta de interesse ou dificuldade no contato com os cuidadores informais da amostra e óbito dos idosos, já que esses idosos foram atendidos pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar no ano de 2019. Ademais, o contexto da pandemia do SARS-CoV2/COVID-19 acarretou a dificuldade com relação a coleta de dados, uma vez que, nem todos os indivíduos tinham conhecimento prévio sobre como assinar o TCLE, bem como acessar as teleconsultas. Ainda, uma interferência nos resultados encontrados pelo presente estudo pode ter ocorrido com relação aos índices de sobrecarga apresentados pelos cuidadores informais, em razão do isolamento social e da falta de apoio dos serviços de saúde e dos demais familiares nas atividades de cuidado do idoso.

## **8 CONCLUSÃO**

A presente investigação buscou descrever o perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos atendidos pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar e de seus

cuidadores informais; avaliar o nível de dependência do idoso quanto as ABVD e AIVD; analisar o grau de sobrecarga, sintomas psicológicos e a necessidade de orientações dos cuidadores; e relacionar o nível de dependência do idoso com a sobrecarga, sintomas psicológicos e necessidade de orientações dos cuidadores.

No geral, os cuidadores informais tinham uma idade média de 54,7 anos, com predomínio de mulheres, casados(as), com escolaridade média de 9,4 anos, a maioria eram filhos(as) dos receptores de cuidados, residiam no mesmo local que o idoso, desempenhavam uma média de 8,7 anos e 17,5 horas de cuidado por dia e que gostariam de receber mais informações/orientações acerca do cuidado do idoso. Ademais, os cuidadores apresentaram uma média de 1,7 de doenças, 1,82 medicamentos de uso diário e, a maioria desses cuidadores evidenciaram a presença de sobrecarga relacionada ao cuidado, com sintomas improváveis de depressão e ansiedade. Já os idosos tinham idade média de 75,9 anos, a maioria era do sexo feminino, viúvos(as), com escolaridade média de 4,26 anos, com número médio de 3,02 doenças e de ICC de 4,2 pontos sendo que, 32% dos idosos apresentaram risco de mortalidade de 85% em um ano, 4,72 medicamentos de uso diário e, a maioria desses idosos foi classificada como independentes para a realização das ABVD e parcialmente dependentes para as AIVD.

Os resultados mostraram que o grau de dependência e a carga de comorbidades do idoso receptor de cuidados estiveram associados com maior sobrecarga do cuidador. Ao considerar características do cuidador tais como idade do cuidador, se vive com o idoso e a quanto tempo presta o cuidado ao idoso, evidencia-se que o impacto da carga de comorbidades e a dependência do idoso sobre os níveis de sobrecarga deixam de ser relevantes. Além disso, quanto maior a idade do cuidador e se ele vive com o idoso, maiores são os níveis de sobrecarga. Tais achados demonstram a interconectividade dos fatores, em que, de certa forma, quando se tem mais comorbidades, maiores serão os níveis de dependência, e se esta condição acontece dentro de um mesmo ambiente domiciliar aumenta significativamente a sobrecarga do cuidador, especialmente, se o cuidador tiver maior idade.

Dessa maneira, para possibilitar que os idosos tenham um envelhecimento saudável, é necessário identificar as limitações apresentadas pelos longevos para estabelecer ações em contexto ambulatorial que englobem estratégias preventivas e de gerenciamento das condições crônicas. Essas intervenções devem ser pensadas com o objetivo de controlar a multimorbidade e protelar o desenvolvimento de complicações que levam a dependência do idoso, implicando na necessidade de auxílio para o



desempenho das AVD e AIVD, na qual gera consequências negativas tanto para o idoso, quanto para o seu cuidador familiar.

Portanto, além das ações propostas aos idosos, é fundamental o apoio aos cuidadores informais por intermédio de intervenções que propiciem a identificação e assistência as demandas apresentadas por esses indivíduos. Isso reforça a importância da Gerontologia em conjunto com a equipe de saúde multidisciplinar, no desenvolvimento de práticas que garantam o suporte aos cuidadores informais quanto a diminuição da sobrecarga relacionada ao cuidado do idoso e da prevenção dos distúrbios psicológicos dessa população, além do incentivo ao envolvimento de outros membros familiares na divisão das tarefas do cuidado, não deixando para uma única pessoa esta função, já que o cuidador principal, na maioria das vezes possui mais que 55 anos e reside junto com o idoso.

## REFERÊNCIAS

AIRES, M. et al. Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 41, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/hnYd8b7ghWYGtvJfm9pL3Nn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2021.

ALMEIDA, A. P. S. C. et al. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2213-2226, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n6/2213-2226/#>. Acesso em: 09 dez. 2021.

ALVES, E. G.; SILVA, D. M.; SOUSA, A. D. Perfil clínico e funcional de idosos atendidos em centro de referência em um município do Amazonas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4732/3382>. Acesso em: 09 dez. 2021.

ALVES, M. G.; CAMPOS, K. F. C. F. Perfil epidemiológico dos idosos atendidos em uma unidade de saúde da família na Amazônia Ocidental. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 6, p. 24750-24775, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/39461/pdf>. Acesso em: 09 de dez. 2021.

ANJOS, K. F. et al. Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos. **Ciencia y Enfermería**, v. 24, n. 17, 2018. Disponível em: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532018000100217](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532018000100217). Acesso em: 6 jan. 2022.

BAHLIS, L. F.; DIOGO, L. P.; FUCHS, S. C. Índice de Comorbidade de Charlson e outros preditores de mortalidade hospitalar em adultos com pneumonia adquirida na comunidade. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 47, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/6kLhkCyYTsGMC3bKbL9fyYH/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2022.

BARBOSA, I. C. R. et al. Escores de detecção de risco para (re)hospitalização em idoso: uma revisão sistemática. **Anais do VII CIEH**. Campina Grande: Realize Editora, 2020. Disponível em: <http://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/73600>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BARBOSA, G. C. **Fatores relacionados ao índice de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em seguimento ambulatorial**. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 50 p. 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/13926/Dissertação%20Final.pdf?sequence=6&isAllowed=y>. Acesso em: 22 out. 2021.

BARBOSA, L. M. et al. Perfis de integração social entre idosos institucionalizados não frágeis no município de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2017-2030, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/QjmHMXkmwjkJtKhYbNGSyjH/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 09 dez. 2021.

BATISTA, J. P. S. et al. O uso de medicamentos por idosos e a frequência de quedas. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 5, p. 25050-25067, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/9631/8101>. Acesso em: 12 dez. 2020.

BENITO, L.O; DE AQUINO, E. B. Modalidades assistenciais de atendimento ao idoso: revisão da literatura. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, 2016.

BOMFIM, W. C.; CAMARGOS, M. C. S. Mudanças na expectativa de vida no Brasil: analisando o passado e o futuro, de 1950 a 2095. **Revista NUPEM**, v. 13, n. 29, p. 210-223, 2021. Disponível em: <http://revistanupem.unespar.edu.br/index.php/nupem/article/view/839/502>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BOTEGA, N. J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Rev. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 359-363, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016. **Conselho Nacional de Saúde**, 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em: 01 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para a atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília. 2017. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/Linha-cuidado-VERSAO-CONSULTA-PUBLICA-07nov2017.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n. 56, de 1 de abril de 2020. Dispõe sobre o atendimento médico por telemedicina durante a pandemia de SARS-CoV2/COVID-19. **Diário Oficial da União**, 3 abr. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-56-de-1-de-abril-de-2020-251068159>. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM no 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. **Diário Oficial da União**, 19 out. 2006; Seção 1. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 9/2020-COSAPI/CGCIVI/DAPES/SAS/MS**. Prevenção e controle de infecções pelo novo coronavírus. 2020a. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT\\_ANEXO\\_9\\_2020\\_COSAPI\\_CGCIVI\\_DAPES\\_SAPS\\_MS.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_ANEXO_9_2020_COSAPI_CGCIVI_DAPES_SAPS_MS.pdf). Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 abr. 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em: 20 out. 2021.

BRASIL, C. H. G. et al. Autopercepção positiva de saúde entre idosos não longevos e longevos e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, suppl 3, p. 5157-5170, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26suppl3/5157-5170/pt/#>. Acesso em: 09 dez. 2021.

CAPARROL, A. J. S. et al. Efeitos de uma intervenção psicoeducativa com enfoque em treino cognitivo em cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 29, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/YJcFx4DxWrxYgvyLjDcwHv/#>. Acesso em: 15 dez. 2021.

CARDOSO, S. M. M. et al. Escolaridade e inclusão digital de idosos de uma Estratégia de Saúde à Família de um município do Rio Grande do Sul: Estudo Qualitativo. **Revista Saúde (Sta. Maria)**, v. 47, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/42756/pdf>. Acesso em: 09 dez. 2021.

CARVALHO, T. C. et al. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 136-144, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/HTMckZWnrCwsbVFbv3FzBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2021.

CECCON, R. F. et al. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 01, p. 17-26, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n1/17-26/#>. Acesso em: 09 dez. 2021.

CHARLSON, M. E. et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. **Journal of Chronic Diseases**, v. 40, n. 5, p. 373-383, 1987. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3558716/>. Acesso em: 6 jan. 2022.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES – CBO. Cuidador de idosos. CBO 5162-10. **CBO MTE**, 2002. Disponível em: <https://www.ocupacoes.com.br/cbo-mte/516210-cuidador-de-idosos>. Acesso em: 22 jul. 2021.

COSTA, C. G. et al. O papel do enfermeiro na garantia da saúde do idoso no programa Hiperdia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4079/3038>. Acesso em: 12 jul. 2021.

COSTA, A. F. et al. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 29, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/DDMy89VxzXSRf4knhHYKZYN/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 4 jan. 2022.

CONCEIÇÃO, H. N. et al. Perfil e sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16061/14312>. Acesso em: 22 jul. 2021.

CRUZ, P. K. R. et al. Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não. Institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, n. 23, v. 6, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Pss8W5BngK8L6xXYYvm3RqP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.

DAL PONTE, A. L. et al. Depressão e ansiedade como potenciais causas de exacerbação em pacientes com DPOC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 50, n. 2, p. 190-202, 2021. Disponível em: <http://acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/707>. Acesso em: 6 jan. 2022.

DUARTE, E. S. R. et al. Common mental disorder among family carers of demented older people in Brazil. **Dementia Neuropsychology**, v. 12, n. 4, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dn/a/gKKM5SLfRbkYzyzKtLvXk4m/?lang=en#>. Acesso em: 5 jan. 2022.

FARIAS, A. D. et al. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, n. 26, v. 5, mai/2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n5/1781-1792/pt/>. Acesso em: 12 jul. 2021

FARAHANI, M. A. et al. Investigating the needs of family caregivers of older stroke patients: a longitudinal study in Iran. **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 313, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.ez31.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC7456020/>. Acesso em: 22 jul. 2021.

FELIPE, S. G. B. et al. Ansiedade e depressão em cuidadores informais de idosos dependentes: um estudo analítico. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73 (Suppl. 1), 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MLdb7D8Y6dCnxkXmSP3G8PP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 ago. 2020.

GATTO, C. et al. Prevalência de sobrecarga em cuidadores de idosos assistidos na Atenção Primária à Saúde. **Revista Saúde em Redes**, v. 7, n. 1, 2021. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/2982>. Acesso em: 5 jan. 2022.

GOOGLE PLAY. **WhatsApp Messenger**. s/d. Disponível em: [https://play.google.com/store/apps/details?id=com.whatsapp&hl=pt\\_BR&gl=US](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.whatsapp&hl=pt_BR&gl=US). Acesso em: 18 out. 2021.

GRATÃO, A. C. M. et al. Brief version of Zarit Burden Interview (ZBI) for burden assessment in older caregivers. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 13, n. 1, 2019.

GUIMARÃES, A. V.; FERREIRA, D. T. T.; MOURA, M. G. A sobrecarga percebida em cuidadores de pessoas idosas no contexto da pandemia por COVID-19 no Distrito Federal. **Health Residencies Journal - HRJ**, v. 3, n. 15, p. 70-94, 2022. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/381/274>. Acesso em: 21 mar. 2022.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA Network**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KAZEMI, A. et al. Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke. **BMC Psychol.**, v. 9, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.ez31.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC8017750/>. Acesso em: 01 ago. 2021.

HANSEL, C. G. et al. Demandas no itinerário terapêutico de idosos: um estudo descritivo. **Esc. Anna Nery**, v. 24, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/5368Z7G6rJHkMckgWWQwpZq/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2021.

HURH, K. et al. The impact of Transitions in Caregiving Status on Depressive Symptoms among Older Family Caregivers: Findings from the Korean Longitudinal Study of Aging. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 18, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.ez31.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC7793498/>. Acesso em: 01 ago. 2021.

JAWAHIR, S. et al. The impacts of caregiving intensity on informal caregivers in Malaysia: findings from a national survey. **BMC Health Serv. Res.**, v. 21, p. 391, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.ez31.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC8077883/>. Acesso em: 30 jul. 2021.

LACERDA, M. A. et al. O cuidado com o idoso fragilizado e a Estratégia Saúde da Família: perspectivas do cuidador informal familiar. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43127/24953>. Acesso em: 17 dez. 2021.

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

LILLEHEIE, I. et al. The tension between carrying a burden and feeling like a burden: a qualitative study of informal caregivers' and care recipients' experiences after patient discharge from hospital. **Int. J. Qual. Stud. Health Well-being**, v. 16, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.ez31.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC7758041/>. Acesso em: 30 jul. 2021.

LIMA, G. C. O.; FORTES, R. C.; NOVAES, M. R. C. G. Estado Nutricional e Capacidade Funcional, Cognitiva e Depressão em Pessoas Idosas. In: FORTES, R. C.; HAACK, A. (coords.). **Abordagem multidisciplinar do idoso – aspectos clínicos, fisiológicos, farmacológicos e nutricionais**. Brasília/DF: Editora JRG, 2021. Disponível em: <http://www.revistajrg.com/index.php/portaljrg/article/view/304/390>. Acesso em: 13 out. 2021.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hssCqfGkZRfBCH5Nc9fBbtN/?lang=pt>. Acesso em: 15 jul. 2021.

LOBATO, T. C. L. et al. Capacidade funcional de idosos longevos amazônicos. **Revista Nursing**, v. 24, n. 281, p. 6528-6534, 2021. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2009/2455>. Acesso em: 13 dez. 2021.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2021.

LOPES, V; ARCO, H. Intervenções na sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade – revisão integrativa da literatura. **Egitania Scientia**, v. 2, n. 25, 2019. Disponível em: [http://egitaniasciencia2.ipg.pt/index.php/egitania\\_scientia/article/view/291/pdf](http://egitaniasciencia2.ipg.pt/index.php/egitania_scientia/article/view/291/pdf). Acesso em: 01 ago. 2021.

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. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 98-106, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/8qDfwTKH3zKFGfzC9CJbJdy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 dez. 2021.

MANZINI, C. S. S.; VALE, F. A. C. Emotional disorders evidenced by family caregivers of older people with Alzheimer's disease. **Dementia Neuropsychology**, v. 14, n. 1, jan/mar. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dn/a/CPW4BHKYjV7RsW793TRq6Zz/?lang=en#>. Acesso em: 5 jan. 2022.

MARTINS, G. et al. Características sociodemográficas e de saúde de cuidadores formais e informais de idosos com Doença de Alzheimer. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 2, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/fxThxzXtjgr9C8PtWsp7mRN/?lang=pt>. Acesso em: 6 jan. 2022.

MATEUS, M. N.; FERNANDES, S. C. B. Resiliência em cuidadores informais familiares de idosos dependentes. **EDUSER: revista de educação**, v. 11, n. 1, p. 76-92, 2019. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/220687089.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2022.

MELO, L. A.; LIMA, K. C. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3869-3877, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n10/3869-3877/pt/#>. Acesso em: 09 dez. 2021.

MILLANI, A. P. O. et al. Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes en tratamiento oncológico. **Cultura de los Cuidados**, v. 25, n. 60, 2021. Disponível em: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/116431/1/CultCuid60\\_20.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/116431/1/CultCuid60_20.pdf). Acesso em: 16 dez. 2021.

MORAES, E. N. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 22, n. 1, p. 31-35, 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/43424/pdf>. Acesso em: 22 out. 2021.

MOURA, B. M. et al. Cuidando dos cuidadores familiares de idosos dependentes: uma proposta de tecnologia de acolhimento. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p.12059-12079, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/16334/13358>. Acesso em: 17 dez. 2021.

NAVARRO-ABAL, Y. et al. Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. **Gaceta Sanitaria**, v. 33, n. 3, p. 268-271, mai/jun 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118300062>. Acesso em: 6 jan. 2022.

NORONHA, K. et al. Limitação funcional e cuidado dos idosos não institucionalizados no Brasil, 2013. **Cadernos Saúde Coletiva**, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/g8cXMTBVCWjsVGpMwG4dQCn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 dez. 2021.

OLIVEIRA, P. C. et al. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4, p. 1553-1564, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hqJVhghhLCxp6mFSFsWFdYH/#>. Acesso em: 12 dez. 2021.

OLIVEIRA, N. R.; PORTO, E. F. Perfil sociodemográfico, de saúde e hábitos de estilo de vida de idosos longevos de um município do interior da Bahia. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12839/12048>. Acesso em: 13 dez. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Medication Without Harm – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety**. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: [http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/05/WHO-Brochure-GPSC\\_Medication-Without-Harm-1.pdf](http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2017/05/WHO-Brochure-GPSC_Medication-Without-Harm-1.pdf). Acesso em: 12 dez. 2021.

PNAD, I. População idosa cresce 16, 0% frente a 2012 e chega a 29, 6 milhões. **Brasil: IBGE**. 2017.

RIBEIRO, P. C. C.; BANHATO, E. F., C.; GUEDES, D. V. Perfil clínico e uso de serviços de saúde em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 17, n. 2, p. 25-34, 2019. Disponível em: <https://www.publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/40808/29319>. Acesso em: 15 jul. 2021.



ROQUE, S. M. B. et al. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com demência: um estudo em um ambulatório de geriatria no sudeste do Brasil. **HU Revista**, v. 46, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/31207/21600>. Acesso em: 20 dez. 2020.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008. Disponível em: [http://hp.unifor.br/pdfs\\_notitia/2974.pdf](http://hp.unifor.br/pdfs_notitia/2974.pdf). Acesso em: 05 jul. 2021.

SANTOS, N. P. et al. Promoção da saúde, capacidade funcional e função cognitiva em idosos: notas de um entrelace. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE**, v. 7, n. 5, p. 674-682, 2021. Disponível em: <https://www.periodicorease.pro.br/rease/article/view/1226/555>. Acesso em: 13 dez. 2021.

SANTOS, R. G.; LIMA, M. R. S. Capacidade funcional de idosos atendidos na estratégia de saúde da família. **Revista Interdisciplinar**, v. 14, n. 1, 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7973388>. Acesso em: 13 dez. 2021.

SANTOS, M. I. et al. Gerontotecnologia cuidativo-educacional: oficinas temáticas com cuidadores familiares de idosos com demência de Alzheimer. **Enfermagem Brasil**, v. 20, n. 5, p. 614-626, 2021. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/4720/7531>. Acesso em: 15 dez. 2021.

SANTOS, A. P. A. et al. Comparação da carga de trabalho de enfermagem entre pacientes clínicos e cirúrgicos em terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/JmKDdXmK53wsgjbc3Zy48GH/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 7 jan. 2022.

SATO, A. C. T. et al. Estado mental dos cuidadores de idosos em hemodiálise. **REFACS online**, v. 8, n. 3, 2020. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/3932/>. Acesso em: 16 dez. 2021.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 12-17, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/W8TVd9skgdCrM7vCJDjJrRh/?lang=en>. Acesso em: 05 jul. 2021.

SILVA, A. S. et al. Funcionalidade de idosos ativos no Centro de Convivência da Terceira Idade em Teresina. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, v. 26, n. 1, p. 95-109, 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/85601/65114>. Acesso em: 13 dez. 2021.

SILVA, J. F. L. M. et al. Envelhecimento e crise no cuidado: e a reflexão de pesquisadores

e cuidadores brasileiros. **Revista Científica UNIFAGOC**, v. 6, n. 1, p. 9-25, 2021. Disponível em: <https://revista.unifagoc.edu.br/index.php/saude/article/view/692/780>. Acesso em: 16 dez. 2021

SILVA, J. K.; BOERY, R. N. S. O. Cuidadores familiares dos sobreviventes de acidente vascular cerebral: sobrecarga e fatores relacionados. **Ciencia y enfermeira**, v. 27, 2021. Disponível em: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532021000100208&script=sci\\_arttext&tlng=n](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-95532021000100208&script=sci_arttext&tlng=n). Acesso em: 16 dez. 2021.

SILVA JUNIOR, M. C. M. et al. Avaliação da diferença na força muscular periférica entre admissão e alta em idosos hospitalizados. **Acta Fisiátrica**, v. 28, n. 2, p. 73-77, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/183118/174310>. Acesso em: 14 jan. 2022.

SIMARI, R. S. et al. Cuidadores domiciliares: sobrecarga de trabalho e rede de apoio. **Rev. Recien**, v. 11, n. 34, p. 192-202, 2021. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/526/pdf>. Acesso em: 30 jul. 2021.

SOUZA, B. G.; SILVA, J. G.; FIGUEIRA, T. G. Avaliação do perfil de idosos cuidadores de idosos: estudo preliminar. **Revista Longeiver**, ano III, n. 10, p. 25-34, 2021. Disponível em: <https://revistalongeiver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/889/952>. Acesso em: 15 dez. 2021.

SOUSA, S. M. L. et al. Sobrecarga do cuidador familiar da pessoa idosa com Alzheimer. **Enfermagem Brasil**, v. 19, n. 3, p. 246-252, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Daiane-Fernandes/publication/342948260\\_Sobrecarga\\_do\\_cuidador\\_familiar\\_da\\_pessoa\\_idosa\\_com\\_Alzheimer/links/5f73c01a92851c14bca031c1/Sobrecarga-do-cuidador-familiar-da-pessoa-idosa-com-Alzheimer.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Daiane-Fernandes/publication/342948260_Sobrecarga_do_cuidador_familiar_da_pessoa_idosa_com_Alzheimer/links/5f73c01a92851c14bca031c1/Sobrecarga-do-cuidador-familiar-da-pessoa-idosa-com-Alzheimer.pdf). Acesso em: 4 jan. 2022.

SOUSA, G. S. et al. “A gente não é de ferro”: vivências de cuidadores familiares sobre o cuidado com idosos dependentes no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, 2021a. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n1/27-36/>. Acesso em: 5 jan. 2022.

SOUSA, G. S. A metamorfose na vida de idosos que cuidam de idosos dependentes no Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 30, p. 1-14, 2021b. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/WcR7kTyVv5C9mQTqWcx6D7h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 jan. 2022.

TERASSI, M. et al. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos cuidadores com dor crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/N9ThpRPW5qspRVtQnK8Vn9G/?format=html&lang=pt#>. Acesso em: 01 jan. 2022.

TOGNOLLI, B. G. et al. Mensurando Qualidade de Vida em um Grupo de idosos participantes de um programa de gerenciamento de Doenças Crônicas. **Revista Longeiver**, ano III, n. 10, p. 195-201, 2021. Disponível em: <https://revistalongeiver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/911/974>.

Acesso em: 12 dez. 2021.

VIEIRO, M. M. et al. Análise do perfil sociodemográfico e de utilização de medicamentos de idosos atendidos em um Ambulatório Universitário. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 9, n. 3, p. 479-498, 2020. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/revistargss/article/view/14523/8502>. Acesso em: 22 out. 2021.

WANG, J. et al. Effect of education and muscle relaxation program on anxiety, depression and care burden in caregivers of acute stroke survivors. **Medicine (Baltimore)**, v. 100, n. 4, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi-nlm-nih.ez31.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC7850736/>. Acesso em: 01 ago. 2021.

WANGLER, J.; JANSKY, M. Support, needs and expectations of family caregivers regarding general practitioners – results from an online survey. **BMC Fam. Pract.**, v. 22, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi-nlm-nih.ez31.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC7927394/>. Acesso em: 23 jul. 2021.

WOSIACKI, F. T. et al. Qualidade de vida e condições de saúde de idosos que buscam atendimento em uma clínica de fonoaudiologia. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 38845-38866, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/28253/22372>. Acesso em: 09 dez. 2021.

ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. **The Gerontologist**, Oxford, v. 20, p. 649-655, 1980.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr. Scand.**, v. 67, n. 6, 1983, p. 361-70.

## ANEXOS E APÊNDICES

## Anexo A

<b>ZARIT - BRIEF BURDEN INTERVIEW (ZBI-12)</b>	
<p>SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. <b>Rev. Bras. Psiquiatr.</b>, V. 24, n. 1, p. 12-17, 2002.</p> <p>ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. <b>The Gerontologist</b>, v.20, p. 649-655, 1980.</p> <p>GRATÃO et al., 2019. Nota de corte = <b>13 pontos</b> (total= 44) - presença de sobrecarga em cuidadores de idosos.</p>	
<p><b>Para as questões 1 a 11: 0 – nunca 1 – raramente 2 – algumas vezes 3 – frequentemente 4 – sempre</b></p>	
1) O(a) Sr(a). sente que não tem tempo suficiente para si mesmo?	
2) O(a) Sr(a). se sente estressado entre cuidar de S e tentar cumprir outras responsabilidades de sua família ou trabalho?	
3) O(a) Sr(a). se sente irritado quando S está por perto?	
4) O(a) Sr(a). sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros família/amigos?	
5) O(a) Sr(a). se sente tenso(a) quando S está por perto?	
6) O(a) Sr(a). sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?	
7) O(a) Sr(a). sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?	
8) O(a) Sr(a). sente que a sua vida social tem sido prejudicada por causa de S?	
9) O(a) Sr(a). sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?	
10) O(a) Sr(a). se sente em dúvida sobre o que fazer por S?	
11) O(a) Sr(a). sente que deveria estar fazendo mais por S?	
<p><b>Para a questão 12: 0– nem um pouco 1– um pouco 2– moderadamente 3– muito 4– extremamente</b></p>	
12) De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a). se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S?	
<b>Total:</b>	

**Anexo B****ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)**

BOTEGA, N.J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de saúde pública**, v. 29, p. 359-363, 1995.

ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta psychiatrica scandinavica**, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

**Em relação a como você esteve se sentindo na última semana:**

1- Eu me sinto tenso e contraído:

- A maior parte do tempo [3]
- Boa parte do tempo [2]
- De vez em quando [1]
- Nunca [0]

2- Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- Sim, do mesmo jeito que era antes [0]
- Não tanto quanto antes [1]
- Só um pouco [2]
- Já não sinto mais prazer em nada [3]

3- Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- Sim, e de um jeito muito forte [3]
- Sim, mas não tão forte [2]
- Um pouco, mas isso não me preocupa [1]
- Não sinto nada disso [0]

4- Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- Do mesmo jeito que antes [0]
- Atualmente um pouco menos [1]
- Atualmente bem menos [2]
- Não consigo mais [3]

5- Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo [3]
- Boa parte do tempo [2]
- De vez em quando [1]
- Raramente [0]

6- Eu me sinto alegre:

- Nunca [3]
- Poucas vezes [2]
- Muitas vezes [1]
- A maior parte do tempo [0]

7- Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- Sim, quase sempre [0]
- Muitas vezes [1]
- Poucas vezes [2]

Nunca [3]

8- Estou lento para pensar e fazer algumas coisas:

Quase sempre [3]

Muitas vezes [2]

Poucas vezes [1]

Nunca [0]

9- Eu tenho uma sensação ruim de medo como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

Nunca [0]

De vez em quando [1]

Muitas vezes [2]

Quase sempre [3]

10- Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

Completamente [3]

Não estou mais me cuidando como deveria [2]

Talvez não tanto quanto antes [1]

Cuido-me do mesmo jeito que antes [0]

11- Sinto-me inquieto(a) como se não pudesse ficar parado(a) em lugar nenhum:

Sim, demais [3]

Bastante [2]

Um pouco [1]

Não me sinto assim [0]

12- Fico esperando animado(a) as coisas boas que estão por vir:

Do mesmo jeito que antes [0]

Um pouco menos que antes [1]

Bem menos do que antes [2]

Quase nunca [3]

13- De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

A quase todo momento [3]

Várias vezes [2]

De vez em quando [1]

Não sinto isso [0]

14- Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:

Quase sempre [0]

Várias vezes [1]

Poucas vezes [2]

Quase nunca [3]

**Escore Ansiedade:** \_\_\_\_\_ pontos (questões ímpares)

**Escore Depressão:** \_\_\_\_\_ pontos (questões pares)

<b>ESCORE</b>
---------------

0 – 7 pontos	Improvável
8 – 11 pontos	Possível – (questionável ou duvidosa)
12 – 21 pontos	Provável

## Anexo C

**DEPENDÊNCIA EM ABVD – ESCALA DE KATZ**

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. 914-919, 1963.

LINO, V.T.S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cadernos de saúde pública*, v. 24, p. 103-112, 2008.

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

<b>Total de Pontos</b>  = ____	<b>6 = Independente</b>	<b>4 = Dependência moderada</b>	<b>2 ou menos = Muito dependente</b>
--------------------------------------	-------------------------	---------------------------------	--------------------------------------



## Anexo D

## DEPENDÊNCIA EM AIVD – LAWTON E BRODY

LAWTON, M. P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The gerontologist**, v. 9, n. 3\_Part\_1, p. 179-186, 1969.

DOS SANTOS, R.L. JÚNIOR, J.S.V. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

ATIVIDADE	AVALIAÇÃO	
O(a) Sr.(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr.(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr.(a) consegue realizar trabalhos domésticos (arrumar casa, lavar roupa, passar roupa)?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr.(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr.(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
21 = independente; 8-20 = parcialmente dependente; < 7 = dependente	<b>TOTAL</b>	

## Apêndice A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO CUIDADOR

**Título:** Perfil dos cuidadores informais de idosos atendidos pelo Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar e a necessidade de orientações.

**Pesquisador Responsável:** Aline Cristina Martins Gratão

**Promotor da Pesquisa:** Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Prezado(a) Senhor(a), pedimos sua colaboração no estudo cujo objetivo é caracterizar o perfil de cuidadores informais dos idosos atendidos no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, em função de suas variáveis sociodemográficas, de saúde e a presença de sobrecarga, sintomas psicológicos e necessidade de orientações no cuidado domiciliar, além de avaliar o perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos e a sua capacidade funcional.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) por ser o cuidador principal do idoso acompanhado no HU, ter mais de 18 anos, e que demonstrar interesse em participar do estudo, concordando com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Solicitamos ao (a) Sr. (a) autorização para realização de uma entrevista de aproximadamente 40 minutos, através da teleconsulta em ambiente virtual, por um (a) entrevistador (a) previamente apresentado. O Sr(a). deverá responder a 06 (seis) questionários, composto por perguntas sobre seu trabalho e sua saúde.

O Sr(a). terá liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo, inclusive, retirar-se da mesma em qualquer momento e isso não trará nenhum tipo de prejuízo para você. As perguntas poderão lhe causar algum incômodo ou constrangimento, caso ocorra você estará livre para deixar de responder.

Os dados da pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas e os nomes dos participantes da pesquisa não serão divulgados. Assim, não se espera causar desconfortos ou riscos para os entrevistados.

A pesquisa será realizada com intenção de não trazer despesas, gastos ou danos para os entrevistados, pois se dará exclusivamente com a utilização de ferramentas eletrônicas sem custo para o seu uso e já de propriedade do mesmo, mas, caso haja, todos os esforços e possibilidades serão realizados para ressarcir-los. Espero merecer sua confiança, coloco-me à disposição para qualquer informação adicional pelo telefone (16) 99165-1961 ou e-mail gabrielamartinss93@gmail.com.

Atenciosamente, **Aline Cristina Martins Gratão.**

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

São Carlos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\*Este documento só poderá ser entregue em duas vias, uma do participante e outra do pesquisador.

## Apêndice B

### FICHA DE AVALIAÇÃO DO CUIDADOR

<b>Nome:</b> _____		
<b>É o cuidador principal?</b> (1) Sim (0) Não		
<b>Parentesco com o idoso:</b> (1) Esposo(a)/companheiro(a) (2) Filho(a) (3) Irmã(o) (4) Nora/genro (5) Neto(a)		
(6) Amigo ou vizinho (7) Profissional contratado (8) Outro. Qual: _____		(9) Não se aplica
<b>É cuidador:</b> (1) informal não remunerado (2) informal remunerado (3) formal não remunerado (4) formal remunerado		
<b>Idade:</b> _____	<b>Sexo:</b> (1) Masculino (2) Feminino	
<b>Remuneração mensal pelo trabalho (em reais):</b> _____ ( ) NSA		
<b>Estado conjugal:</b> (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Separado (5) Outro. Qual: _____		
<b>Vive com o idoso?</b> (1) Sim (0) Não		
<b>Escolaridade (em anos):</b> _____		
<b>EXAME FÍSICO</b>		
<b>Autorrelatado</b>		
<b>Peso:</b> _____	<b>Altura:</b> _____	<b>IMC:</b> <u>peso/altura<sup>2</sup></u> : _____
<b>Diagnósticos</b> (1= sim; 0= não): ( ) Doença Cardiovascular ( ) HAS ( ) Osteoporose ( ) Depressão ( ) Diabetes ( ) Doença Tireoidiana ( ) Câncer ( ) Artrite/Artrose ( ) Problema de coluna ( ) Outro. Qual: _____		
<b>Medicamentos – nome e dosagem</b> (1= sim; 0= não):		
( ) Nenhum		
( ) Tranquilizantes/ansiolíticos _____		
( ) Antidepressivos _____		
( ) Anti-hipertensivos _____		
( ) Diuréticos _____		
( ) Drogas antiparkinsonianas _____		
( ) Outras. Quais? _____		
Como é seu sono? (1) Normal (2) Insônia (3) Hipersonia (4) Outra condição/qual: _____		
Considera-se informado(a) em relação à doença do(a) paciente? (1) Sim (0) Não		
Considera-se informado(a) em relação a como cuidar do(a) paciente? (1) Sim (0) Não		
Tem alguma dúvida em relação ao cuidado do(a) paciente? (1) Sim (0) Não		
Se sim, quais as principais dúvidas?		
_____		
_____		
_____		
_____		
Gostaria de obter mais informações/orientações acerca do cuidado do(a) paciente? (1) Sim (0) Não		

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

Quantas horas por dia são dedicadas ao idoso durante a semana (segunda à sexta):

Quantas horas por dia são dedicadas ao idoso, no fim de semana (sábado e domingo):

**Qual das atividades abaixo você exerce para o idoso:**

Higiene Corporal: (1) Sim (0) Não ( ) NSA

Higiene Oral: (1) Sim (0) Não ( ) NSA

Eliminações: (1) Sim (0) Não ( ) NSA

Cuidados c/ a Pele: (1) Sim (0) Não ( ) NSA

Alimentação: (1) Sim (0) Não ( ) NSA

Medicação: (1) Sim (0) Não ( ) NSA

Sono e Repouso: (1) Sim (0) Não ( ) NSA

Atividade Física: (1) Sim (0) Não ( ) NSA

Lazer: (1) Sim (0) Não ( ) NSA

Serviço de Saúde: (1) Sim (0) Não ( ) NSA

Retorno as Consultas: (1) Sim (0) Não ( ) NSA

**Conta com o suporte formal de alguma entidade?**

Instituição Religiosa: (1) Sim (0) Não

Assistência Social: (1) Sim (0) Não

## Apêndice C

## PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

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

**I. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome:	
Número do Prontuário:	Sexo: (1) masculino (2) feminino
Data de Nascimento:	Idade:
Naturalidade:	Estado: País:
Etnia: (1) branco (2) negro (3) pardo (4) amarelo (5) indígena	
Estado Civil: (1) Casado (2) Solteiro (3) Viúvo (4) Separado (5) Outros	
Escolaridade (em anos):	
Profissão:	Benefícios do INSS: (1) Sim (0) Não
Religião: (1) Sim (0) Não ( ) Praticante? Qual: ( ) Aposentado ( ) Pensionista	

**II. IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR OU RESPONSÁVEL**

Nome do Familiar ou Responsável:	Parentesco:
É o cuidador principal? (1) Sim (0) Não	
Endereço e telefone do familiar ou responsável:	

**III. HISTÓRIA PESSOAL ATUAL E PREGRESSA**

Histórico de doenças:				
Quantidade de medicamentos em uso contínuo (nome, dosagem e frequência):				
Cartão de vacinas atualizado: (1) Sim (0) Não				
<b>SONO</b>				
Distúrbio do sono: (1) Normal (2) Insônia (3) Hipersonia (4) Outro/qual:				
<b>QUEDAS</b>				
Quedas nos últimos 6 meses (quantidade):				
Repercussão	(1) Fratura	(2) Escoriações	(3) Medo	(4) Internações
Circunstâncias	(1) Tropeção/escorregão	(2) Fraqueza muscular	(3) Inconsciência	(4) Doença Aguda
Precisou de ajuda para se levantar? (1) Sim (0) Não				

Em casa possui (1= sim; 0= não): ( ) Escadas/degraus ( ) Iluminação inadequada ( ) Corrimão ( ) Tapetes soltos/obstáculos			
<b>IV. EXAME FÍSICO</b>			
<b>Auto relato:</b>			
<b>Peso:</b> _____ / <b>Altura:</b> _____ <sup>2</sup> = <b>IMC:</b> _____			
(1) < 22 = baixo peso      (2) > 22 e < 27 = adequado      (3) > 27 = sobrepeso			
<b>HÁBITOS DE VIDA</b>			
<b>TABAGISMO</b>		<b>CONSUMO DE ÁLCOOL</b>	
Você fuma? (1) Sim (0) Não		Consome bebida alcoólica? (1) Sim (0) Não	
Quantos cigarros por dia?		Já bebeu ao menos 5 doses de bebida alcoólica diariamente?	
Há quantos anos?		(1) Sim (0) Não	
Há quanto tempo deixou de fumar?		Há quanto tempo deixou de beber?	
Pratica atividade física (150 min semanais)? (1) Sim (0) Não			
<b>AVALIAÇÃO DIETÉTICA</b>			
Quantidade de refeições completas por dia:			
Ingestão de líquido por dia (em copos):			
<b>SUPORTE FAMILIAR</b>			
Com quem reside:			
Se precisar de ajuda, quem pode te ajudar?			
<b>Lazer (ex. caminhar, fotografar, ver filmes, ler livros, ouvir música, dançar, fazer orações, cantar, tocar instrumento musical...)</b>		Mesmo com o isolamento social, você tem oportunidades de atividades de lazer? ( ) Sim    ( ) Não	
		Quais tem feito: _____	
		Qual a frequência?    ( ) semanalmente      ( ) mensalmente      ( ) 2 x no ano ( ) 1 x por ano	
<b>Violência e maus-tratos Física: agressão corporal</b>		O(a) sr.(a) tem medo de alguém próximo do seu convívio?      ( ) Sim    ( ) Não	
<b>Psicológica: palavras, gestos, olhares, sem necessariamente ocorrer o contato físico.</b>		O(a) sr.(a) tem sofrido agressões físicas e/ou psicológicas?      ( ) Sim    ( ) Não	
		Alguém tem usado o dinheiro do(a) sr.(a) sem autorização?      ( ) Sim    ( ) Não	
<b>CONCLUSÃO</b>			
<b>IDENTIFICAÇÃO FUNCIONAL GLOBAL</b>			
<b>IVCF-20</b>	<b>NÃO</b>	<b>COMPROMETIMENTO</b>	
AUTO-PERCEPÇÃO DE SAÚDE			
AVD's INSTRUMENTAIS		( ) Semi-dependência	( ) Dependência completa
AVD's BÁSICAS		( ) Semi-dependência	( ) Dependência completa
FUNÇÃO COGNITIVA		Pontuação MEEM:	
HUMOR		Pontuação EDG:	
MOBILIDADE			
QUEDAS			
CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA			
COMUNICAÇÃO		( ) Visual	( ) Auditivo
ESTADO NUTRICIONAL		( ) Sobrepeso	( ) Subnutrição    IMC: _____

