

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

ESTEFANI SERAFIM ROSSETTI

**RELAÇÃO ENTRE SISTEMA DE CUIDADO, SUPORTE SOCIAL E
FRAGILIDADE DE IDOSOS CUIDADORES**

SÃO CARLOS
2016

ESTEFANI SERAFIM ROSSETTI

**RELAÇÃO ENTRE SISTEMA DE CUIDADO, SUPORTE SOCIAL E
FRAGILIDADE DE IDOSOS CUIDADORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos para a obtenção do título de mestre de Enfermagem. Realizada com apoio financeiro da CAPES.
Orientação: Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta
Coorientação: Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini

SÃO CARLOS

2016

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

R829r Rossetti, Estefani Serafim
Relação entre sistema de cuidado, suporte social e fragilidade de idosos cuidadores / Estefani Serafim Rossetti. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
114 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2016.

1. Idoso fragilizado. 2. Cuidadores familiar. 3. Apoio social. 4. Idoso. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

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

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Estefani Serafim Rossetti, realizada em 17/02/2016:

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta
UFSCar

Profa. Dra. Fabiana de Souza Orlandi
UFSCar

Profa. Dra. Deusivania Vieira da Silva Falcão
USP

Agradecimentos

Primeiramente a Deus que me deu forças para seguir esse caminho, me iluminou e inspirou.

Aos meus pais, Evaldo e Marta, que me ajudaram a passar por mais esta fase da minha vida, pelo que me ensinaram, pelo apoio, amor incondicional e por terem acreditado em mim.

Agradeço imensamente à minha avó, Maria Inês, que sempre me incentivou e me apoiou nessa caminhada.

Às Professoras Dr^a. Marisa Silvana Zazzetta minha orientadora, à Prof^a Dr^a. Sofia Cristina Iost Pavarini minha coorientadora, pela atenção, dedicação, empenho, por toda confiança que depositaram em mim, profissionais e pessoas que tanto admiro e me espelho, obrigada por me ouvirem e por contribuírem com meu crescimento pessoal e profissional.

À todas as pessoas que entraram em minha vida, e de certa forma deixaram um pouco de si: Marielli, Ana Carolina, Mayara, Beatriz, Allan e Fernanda por estarem sempre prontos a me auxiliar nos momentos de dificuldade. Agradeço muito por ter tido a oportunidade de compartilhar tantos momentos engraçados e de muito aprendizado com pessoas tão especiais.

Aos amigos: Ana Beatriz, Erica, Felipe, Henrique, Jessica, Thomas, Gabriela Signori, Mariana e Gabriela pelos anos de grande amizade e que sempre estiveram tão presente me apoiando nos momentos fáceis e difíceis.

Aos professores do curso de Graduação em Gerontologia, especialmente Prof^a Dr^a. Grace Angélica de Oliveira Gomes; Prof^a Dr^a. Karina Gramani Say, Prof^a Dr^a. Keyka Inouye, Prof Dr. Tiago da Silva Alexandre.

À Prof^a Dr^a. Aline Cristina Martins Gratão, Prof^a Dr^a. Deusivania Vieira da Silva Falcão, Prof^a Dr^a. Fabiana de Souza Orlandi, pelas excelentes contribuições no exame de qualificação e defesa.

Ao Departamento de Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos pelas oportunidades oferecidas.

Aos membros do grupo de pesquisa Saúde e Envelhecimento pela troca de experiência na realização deste trabalho.

A todos os funcionários das Unidades de Saúde da Família por terem

facilitado o meu contato com as famílias.

A todos os idosos que contribuíram para que este estudo se tornasse realidade.

À CAPES, pelo apoio financeiro do trabalho.

À Universidade Federal de São Carlos, pela possibilidade de desenvolvimento deste.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê”.

Arthur Schopenhauer

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial relacionado às mudanças nas estruturas e funções familiares que geram consequências para as pessoas idosas, tais como: mudança nas condições de vida, desafios no cuidado e apoio social, entre outros. Este estudo tem como objetivo analisar a relação entre sistema de cuidado, suporte social e fragilidade de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social. Trata-se de um estudo exploratório, correlacional, analítico, com a utilização do método quantitativo de investigação. A população foi composta por pessoas com 60 anos ou mais, que cuidavam de idosos e estavam cadastradas nas Unidades de Saúde da Família de um município no interior do estado de São Paulo e que estão na cobertura do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), da região da ARES "Cidade Aracy". As entrevistas foram realizadas no domicílio dos idosos cuidadores e utilizados como instrumentos para a coleta de dados: Entrevista Semi-Estruturada, The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE- R), Escala de Depressão Geriátrica (GDS), Avaliação da Fragilidade segundo o fenótipo de Fried , APGAR de família, Genograma e Ecomapa. A maioria dos cuidadores era cônjuge (83,6%), com tempo de cuidado de 1 a 4 anos (46,5%) e despendendo de uma a quatro horas diárias de cuidado com o idoso (52%). A entidade mais citada que auxiliava na prestação do cuidado foi a instituição de saúde. O principal cuidado fornecido ao idoso foi a alimentação (82,2%), seguido por levar a consultas médicas (63,6%). Observou-se associação estatisticamente significativa dos idosos de baixa renda com o pior desempenho cognitivo e, também, a influência negativa do maior número de pessoas que residem no domicílio com piores resultados nos teste de cognição. É necessário investigar o perfil destes cuidadores, pois a maioria é pré-frágil, que exerce o cuidado de outro idoso, também, pré-frágil. Chama atenção que a maioria dos idosos deste estudo vive em casas com um grande número de pessoas, o que é comum em contexto de alta vulnerabilidade social e baixa escolaridade, porém, foi encontrado que este fator interfere no desempenho cognitivo. Mais estudos devem ser desenvolvidos buscando aprofundar as condições oferecidas pela sociedade e as que estes idosos, famílias e suas redes sociais podem planejar em favor do envelhecimento saudável.

Descritores: Idoso Fragilizado, Cuidadores familiar, apoio social, idoso.

ABSTRACT

Population aging is a global phenomenon related to changes in family structures and functions that bring consequences to the elderly, such as: change in living conditions, challenges in the care and social support, among others. This study aims to analyze the relationship between care system, social support and the fragility of senior caregivers in the context of high social vulnerability. It is an exploratory and analytical study, using the quantitative method of investigation. The population analyzed consisted of people aged 60 or over, who takes care of the seniors and were registered in the "Unidades de Saúde da Família" (Public Family Health Units) in a city in the state of São Paulo and who are under the care of " Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)" (Center for Support for Family Health), in the region of ARES "Cidade Aracy" (Aracy City). Interviews were conducted in the homes of elderly caregivers and used the following instruments for data collection: Semi-Structured Interviews, The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE R), Geriatric Depression Scale (GDS), Fragility Assessment according to phenotype Fried, family APGAR, Genogram and ecomap. Most of the caregivers are spouses (83.6%), carefully time 1-4 years (46.5%) and spending one to four hours taking care (52%) of the elderly. The most mentioned institution that assists these seniors was a health institution. The main care provided to the elderly was feeding (82.2%), followed by lead to medical appointments (63.6%). There was a statistically significant association of low-income seniors with worse cognitive performance and the negative influence of the largest number of people living at home with worse results in cognition test. It is necessary to investigate the profile of these caregivers, as most are pre-fragile, and takes care of another pre-fragile elderly. It is noteworthy that the vast majority of the elderly in this study lives in houses with a large number of people, which is common in the context of high social vulnerability and low education; it was found that this factor interferes in the cognitive performance. More studies are necessary in order to investigate the conditions offered by the society and what these seniors, families and their social network can do in favor of a healthy aging.

Key-words: Fragility, family caregivers, social support, elderly.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Região da ARES “Cidade Aracy” do Município de São Carlos.26

Estudo 3

Figura 1- Símbolos utilizados para construção dos genogramas.....72

Figura 2- Estrutura familiar da idosa cuidadora “Inês”. São Carlos, 2016.....74

Figura 3- Estrutura familiar da idosa cuidadora “Olga”. São Carlos, 2016.....75

Figura 4- A rede de apoio social dos idosos cuidadores e seus familiares. São Carlos, 2016.....76

Figura 5- Divisão dos idosos em relação à funcionalidade familiar segundo gênero. São Carlos, 2016.....77

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição dos idosos por unidade de Saúde da Família do município. São Carlos, 2016.....27

Tabela 2- Avaliação da fraqueza muscular, pela média da força de preensão palmar ajustado ao gênero e IMC. São Carlos, 2016.....30

Tabela 3- Avaliação da lentidão, pela média do tempo de caminhada ajustado ao gênero e altura. São Carlos, 2016.....31

Tabela 4- Avaliação do nível de fragilidade segundo o número de componentes. São Carlos, 2016.....31

Estudo 1

Tabela 1- Distribuição das variáveis sociodemográficas dos cuidadores. São Carlos, 2016.....42

Tabela 2- Distribuição dos níveis de fragilidade segundo a sobrecarga e sintomas depressivos em idosos cuidadores. São Carlos, 2016.....43

Tabela 3- Relação entre Fragilidade e sintomas de depressão e sobrecarga. São Carlos- SP, 2016.....43

Estudo 2

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra de cuidadores. São Carlos, 2016.....56

Tabela 2 - Distribuição das variáveis de caracterização do cuidado. São Carlos, 2016.....57

Tabela 3 - Modelo de regressão bruto (univariado) e ajustado (múltiplo) para o Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisado dos cuidadores. São Carlos, 2016.....58

Estudo 3

Tabela 1- Análise descritiva de cada dimensão do Apagar de Família para idosos com boa funcionalidade familiar. São Carlos, 2016.....77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ACE-R - Exame Cognitivo de Addenbrooke - Revisado

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD - Atividades da Vida Diária

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CES-D - Centro de Estudos Epidemiológicos

CIF-A - Canadian Initiative on Frailty and Aging

FIBRA - Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros

GDS - Escala de Depressão Geriátrica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPVS - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PPGEnf - Programa de Pós Graduação em Enfermagem

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TCLE - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar - Universidade Federal de São Carlos

UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas

USF - Unidade de Saúde da Família

USP - Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
Envelhecimento Populacional.....	13
Vulnerabilidade social.....	14
Fragilidade	18
Sistema de Cuidado	21
2. OBJETIVOS.....	24
2.1 Geral	24
2.2 Específicos.....	24
3. MÉTODOS	25
3.1 Local do estudo	25
3.2 População.....	26
3.2.1 Critérios de Inclusão	27
3.3 Procedimentos	27
3.3.1 Procedimentos éticos	27
3.3.2 Procedimentos para a coleta dos dados	27
3.3.3 Instrumentos	29
3.3.4 Procedimentos para a análise dos dados	33
4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	35
APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	90
APENDICE B – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DO CUIDADOR	92
APENDICE C – CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO.....	94
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS.....	96
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS EM SERES HUMANOS	97
ANEXO C- ESCALA DE INDEPENDENCIA EM ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA – KATZ.....	100
ANEXO D - ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA DE LAWTON	101
ANEXO E – AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE	102
ANEXO F – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS).....	104
ANEXO G -EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE -REVISADO (ACE-R)	105
ANEXO H – INVENTÁRIO DE SOBRECARGA DE ZARIT	111
ANEXO I – FUNCIONALIDADE FAMILIAR: APGAR DE FAMÍLIA.....	112
ANEXO J – GENOGRAMA.....	113
ANEXO K – ECOMAPA	114

1. INTRODUÇÃO

Envelhecimento Populacional

Desde o início da civilização o envelhecimento mantém-se como uma das grandes preocupações da humanidade. O aumento da participação da pessoa idosa no total populacional vem acompanhado pelo aumento da idade média da população, porém, pode ser revertido com o aumento da fecundidade (CAMARANO; KANSO, 2013). Em nosso país, mesmo não sendo exclusivo, o fenômeno do envelhecimento populacional chama atenção devido as consequências e suas características, dado que a proporção de idosos aumenta de forma mais acelerada do que outras faixas etárias (SANTOS, 2013).

Em 2010, o Brasil atingiu uma porcentagem de 11% de indivíduos com 60 anos ou mais, o que representa 21 milhões de pessoas. É estimado que para 2040 essa população seja constituída por mais de 27% dos indivíduos, 57 milhões de brasileiros idosos (CAMARANO; KANSO, 2013; IBGE, 2010). Segundo o IBGE, a expectativa de vida do brasileiro, que era de 45,5 anos de idade em 1940, em 2008, passou a ser de 72,7 anos. O acréscimo foi de mais 27,2 anos de vida, ou seja, a pessoa idosa poderá chegar aos 81 anos de idade ou mais (IBGE, 2010). Considera-se idoso, indivíduos de 65 anos ou mais em países desenvolvidos e de 60 anos ou mais nos países emergentes (BRASIL, 2006). Porém, o país não conseguiu, até o presente momento, se adequar a demanda do envelhecimento, e ainda precisa investir em estratégias que busquem programas de prevenção e tratamento para as doenças, e com isso evitar a baixa qualidade de vida e perda da autonomia dos idosos (FAZZIO, 2012).

No que diz respeito ao envelhecimento individual, a Organização Pan-Americana de Saúde – (OPAS) o define como:

Um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente (1993, p.06).

O envelhecimento é entendido como uma fase de mudanças do

organismo, que é definida pelas características genéticas de cada indivíduo. O declínio das funções orgânicas tem início em diferentes épocas e acarretam diversos resultados para o organismo (NERI, 2008).

O envelhecimento da população ocorreu em um curto período de tempo, somado ao desenvolvimento tecnológico e terapêutico no tratamento de doenças, especialmente as crônicas. O envelhecimento trouxe importante impacto para o sistema de saúde, desafios e necessidades específicas para os idosos. Exemplos disso são a necessidade de melhoria dos recursos para atender as demandas na área da saúde, principalmente na rede pública, a necessidade de leitos hospitalares disponíveis, o aumento do número de profissionais nos hospitais e outros equipamentos capazes de realizar mais atendimentos, a diminuição de filas de espera, entre outros (CHAIMOWICZ; CAMARGOS, 2013).

O mundo está envelhecendo de forma heterogênea, fato constatado pela trajetória singular dos idosos, marcada pelas desigualdades sociais, que afetam suas condições de vida (CAMARANO; KANSO, 2013). Portanto, para entender à experiência do envelhecimento, se faz necessário estudar a situação concreta do idoso e do contexto em que ele está inserido. A produção de conhecimento em Gerontologia implica em relacionar o envelhecimento, a velhice e a idade, por meio de um olhar que integra saberes biopsicossociais.

Alkema e Alley (2006) destacaram a importância de contextualizar a produção deste conhecimento, trazendo as dimensões cultural, econômica, histórica, ambiental entre outras, pois, influenciam no envelhecimento individual, na família e na sociedade, de diferentes formas.

Este trabalho teve como foco central a população de cuidadores idosos frágeis, em situação de vulnerabilidade social.

Vulnerabilidade social

A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 utilizou a vulnerabilidade para caracterização de um grupo ou até mesmo de um indivíduo juridicamente ou politicamente fragilizado na garantia de seus direitos como cidadão. Dentro da contextualização ética em 1978, o conceito de vulnerabilidade iniciou-se com o Relatório Belmont na abordagem dos princípios éticos necessários em toda pesquisa com seres humanos (RINCO; LOPES; DOMINGUES, 2012).

O termo vulnerabilidade vem do latim, *vulnerare* = ferir e *vulnerabilis* = que causa lesão. É definido como a capacidade do ser humano ou do sistema sofrer dano em resposta a um estímulo, suscetibilidade de ser ferido, prejudicado, ofendido (MAIA, 2011).

A vulnerabilidade pode ser encontrada em diferentes formas e diferentes dimensões, sendo elas a biológica: continuamente desequilibrada por elementos biologicamente desestruturantes, o que faz necessário a auto-organização e autopoiese; a psicológica: depende da construção da psique do ser humano com base em suas experiências afetivas e imaginativas; a espiritual: que faz uso de recursos simbólicos, para ajudar a enfrentar os desafios e os limites impostos pela realidade e a social, ambiental e cultural: criadas pelo entorno social e cultural (MAIA, 2011).

A vulnerabilidade social é multidimensional, pois afeta de diferentes formas e intensidade os indivíduos. É resultado da combinação de como o indivíduo consegue informações, recursos materiais, escolaridade, bem como enfrentar barreiras culturais e imposições violentas. As dimensões da vulnerabilidade influenciam a estrutura, a organização e a dinâmica familiar (AMENDOLA, 2012).

Destaca-se que os ambientes socioeconômicos, políticos, as percepções das pessoas e, também, as atitudes mudam ao longo do tempo, dando o caráter dinâmico ao conceito de vulnerabilidade (FRERKS; WARNER; WEIJS, 2011; SALMAZO; LIMA-SILVA, 2012). Este conceito é apropriado para compreender a dinâmica do processo de desigualdade social de maneira mais ampla dentro dos países em desenvolvimento, pois possui capacidade de captar desde situações intermediárias de risco até situações de risco extremas de inclusão e exclusão social (RINCO; LOPES; DOMINGUES, 2012).

Em nosso país, especificamente no estado de São Paulo, foi desenvolvido um indicador de vulnerabilidade social que permite classificar áreas geográficas, de acordo com os recursos que a população possui. O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) é um indicador de vulnerabilidade produzido no âmbito do Censo Demográfico de 2000 pela Fundação SEADE. Este indicador fundamenta-se na combinação de duas dimensões: socioeconômica e demográfica.

A dimensão socioeconômica é composta pelas seguintes variáveis: porcentagem de responsáveis pelo domicílio alfabetizados no total de responsáveis do setor censitário; porcentagem de responsáveis pelo domicílio com ensino

fundamental completo no total de responsáveis do setor censitário; anos médios de estudo do responsável pelo domicílio; rendimento nominal médio do responsável pelo domicílio; porcentagem de responsáveis com rendimento de até 3 salários mínimos no total de responsáveis do setor censitário (FUNDAÇÃO SEADE, 2007). A dimensão demográfica está relacionada ao ciclo de vida familiar, composto pelas seguintes variáveis mais importantes: porcentagem de responsáveis pelo domicílio com idade entre 10 e 29 anos no total de responsáveis do setor censitário; idade média do responsável pelo domicílio; porcentagem de crianças de 0 a 4 anos no total da população do setor censitário (FUNDAÇÃO SEADE, 2007).

O IPVS classifica as áreas geográficas intramunicipais em seis grupos distintos quanto a vulnerabilidade social, permitindo os gestores públicos dos municípios do Estado de São Paulo conhecimento mais detalhado quanto as condições de vida de sua população, através da identificação das áreas que abrigam os segmentos populacionais mais vulneráveis a pobreza (FUNDAÇÃO SEADE, 2007). Os seis grupos são:

Grupo 1: Nenhuma vulnerabilidade: engloba os setores censitários em melhor situação socioeconômica (muita alta), com os responsáveis pelo domicílio possuindo os mais elevados níveis de renda e escolaridade. Apesar de o estágio das famílias no ciclo de vida não ser um definidor do grupo, seus responsáveis tendem a ser mais velhos, com menor presença de crianças pequenas e moradores nos domicílios, quando comparados com o conjunto do Estado de São Paulo.

Grupo 2: Vulnerabilidade Muito baixa: abrange os setores censitários que se classificam em segundo lugar no Estado, em termos da dimensão socioeconômica (média ou alta). Nessas áreas concentram-se, em média, as famílias mais velhas.

Grupo 3: Vulnerabilidade Baixa: formado pelos setores censitários que se classificam nos níveis altos ou médios da dimensão socioeconômica e seu perfil demográfico caracteriza-se pela predominância de famílias jovens e adultas.

Grupo 4: Vulnerabilidade média: composto pelos setores que apresentam níveis médios na dimensão socioeconômica, estando em quarto lugar na escala em termos de renda e escolaridade do responsável pelo domicílio. Nesses setores, concentram-se famílias jovens, isto é, com forte presença de chefes jovens (com menos de 30 anos) e de crianças pequenas.

Grupo 5: Vulnerabilidade Alta: engloba os setores censitários que

possuem as piores condições na dimensão socioeconômica (baixa), estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade. Concentra famílias mais velhas, com menor presença de crianças pequenas.

Grupo 6: Vulnerabilidade Muito Alta: o pior grupo em termos da dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens.

É importante salientar que a condição de “nenhuma vulnerabilidade” compreende uma melhor situação, já “vulnerabilidade muito alta”, refere-se à pior situação. Chefes jovens que apresentam um baixo nível de escolaridade, renda e presença de muitas crianças na casa, leva este perfil ao de maior vulnerabilidade à pobreza (FUNDAÇÃO SEADE, 2007).

Andrew (2008,2015), em seu estudo sobre vulnerabilidade social e fragilidade, observou que elas se correlacionaram moderadamente. Contudo a vulnerabilidade aumentou com a idade, e as mulheres tiveram maiores índices que os homens. Este índice (que inclui os fatores socioeconômicos, apoios sociais e engajamento social) é uma nova medida que permite a quantificação pragmática de informações importantes de saúde.

Inouye (2010) apontou a existência de estudos descritivos que mostraram possíveis relações entre as variáveis qualidade de vida, percepção de suporte familiar e vulnerabilidade social, entretanto não encontraram pesquisas que correlacionassem estas variáveis buscando a confirmação destas associações e em que intensidade estas ocorrem.

O estudo realizado por Andrew; Rockwood (2010) demonstrou que as circunstâncias sociais dos idosos possuem potencial para transmitir proteção contra problemas de saúde, quando os fatores sociais são positivos. No entanto, quando são negativos, podem transmitir a vulnerabilidade relacionada a muitos agravos a saúde, por exemplo: doenças, deficiências funcionais e mortalidade.

Portanto, os indivíduos que vivem em contextos de maior vulnerabilidade social, menor nível de escolaridade, com piores condições financeiras, menos acesso a serviços de saúde e com falta de suporte social, podem demonstrar saúde mais fragilizada. O curso de vida aparece como um possível fator determinante da fragilidade em idades mais avançadas (MORLEY et al., 2012).

Fragilidade

Torna-se importante estudar os meios que favoreçam a população idosa em obter mais anos de vida com qualidade. Estudos que dizem respeito à manutenção da independência funcional e a compreensão do que torna o idoso frágil tem aumentado e se intensificado com a finalidade de avançar na criação de intervenções efetivas (TRIBESS; OLIVEIRA, 2011).

É indiscutível entre os pesquisadores que a condição de fragilidade é fundamental e possui impacto na vida dos idosos, de seus familiares, cuidadores e da sociedade (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008). A fragilidade dentre a população idosa é um tema cada vez mais estudado por pesquisadores nacionais e internacionais. Pode se manifestar em indivíduos de todas as faixas etárias, podendo ser evitada se diagnosticada precocemente (MORLEY, 2013).

O termo fragilidade em idosos foi inserido na base de dados *Medline* com a seguinte definição: “*Idosos frágeis são adultos mais velhos ou indivíduos idosos que estão com falta generalizada de força e são susceptíveis, de maneira atípica, as doenças ou outras infecções*” (TEIXEIRA, 2008, p.297). A fragilidade física ou psicológica ou uma combinação de ambas é uma condição dinâmica que pode melhorar ou piorar com o tempo (MORLEY, 2013).

Estudos de fragilidade surgiram a partir de duas correntes. Neste contexto, Robertson (2013) trás a definição proposta pela equipe dos Estados Unidos da América (EUA) que sugere uma lista de critérios mensuráveis, diferenciando essa síndrome fisiológica das entidades clínicas, comorbidades e incapacidade. E a outra é do Canadá, a *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (CIF-A) que atua juntamente com alguns países da Europa, Japão e Israel, onde também estabelece distinção entre fragilidade, comorbidades e incapacidade.

A primeira equipe propôs uma definição utilizando critérios objetivos e mensuráveis para fragilidade em idosos. Aponta a fragilidade como uma síndrome clínica, onde o indivíduo frágil apresenta redução da massa muscular, alterações hormonais (como o hormônio de crescimento, tireoidianos, sexuais e cortisol) e alterações imunológicas com tendência a um estado inflamatório crônico. Estes fatores, quando associados aos extrínsecos, geram um ciclo vicioso de redução de

energia, aumento de dependência e suscetibilidade a agressores (FRIED et al., 2001).

Fried et al. (2004) estabeleceram um fenótipo de fragilidade, utilizando dados do Cardiovascular Health Study. Os indivíduos são considerados frágeis quando apresentam pelo menos cinco critérios:

1. Perda de peso não intencional: $\geq 4,5\text{kg}$ ou 5% do peso corporal no último ano;
2. Exaustão: autorrelato de fadiga, indicado por duas questões da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D);
3. Diminuição da força de preensão: medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e IMC;
4. Lentidão: medida pela velocidade da marcha indicada em segundos (distância de 4,6m) e ajustado para gênero e altura; e
5. Baixo nível de atividade física: medido pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no autorrelato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o gênero.

A segunda equipe pesquisa os seguintes domínios: a) história, conceitos e definições; b) bases biológicas; c) serviços de saúde, d) bases sociais; e) prevalência; f) história natural e fatores de risco; g) impacto; h) identificação; i) prevenção e conduta terapêutica; j) ambiente e tecnologia e; k) política social e de saúde. Para eles, a história de vida do indivíduo idoso pode estar relacionada à fragilidade, tendo fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos como desencadeadores de modificações nesta trajetória (ROCKWOOD et al., 2007).

Para o grupo canadense, ela também deve ser considerada multidimensional, heterogênea e instável, diferenciando-a da incapacidade ou do envelhecimento (ROCKWOOD et al., 2007).

Vries et al. (2013) em sua revisão apresentaram uma visão geral dos instrumentos existentes sobre fragilidade, objetivando compreender o conteúdo dos inúmeros instrumentos que a mensuram. Além disso, trazem uma melhor compreensão da maneira pela qual diferentes pesquisadores e clínicos lidam com a fragilidade.

Existem várias definições sobre fragilidade, mas muitos termos e conceitos utilizados são semelhantes (STERNBERG, 2011). Os modelos de Fried e Rockwood estão associados e possuem os mesmos resultados adversos

(ROBERTSON, 2013).

Tribess e Oliveira (2011), ao analisarem a produção científica usando os descritores em língua inglesa: "frailty e "frail", conjugados com os termos "elderly", "aging" e/ou "prevalence", no período de julho e agosto de 2009, no *Medline/Pubmed*, encontraram 35 publicações que atendiam os critérios de inclusão, que são eles: amostra (dimensionamento adequado, envolvendo seleção aleatória de participantes e representatividade); instrumentos e indicadores utilizados para avaliar a fragilidade em idosos; definição operacional do termo Fragilidade e prevalência da fragilidade em idosos. Este estudo mostrou a importância de se minimizar os índices de fragilidade e pré-fragilidade, e estimular a padronização metodológica que avalia a fragilidade em população idosa, pois a dificuldade da criação de um consenso na caracterização da fragilidade humana gera barreiras de comunicação entre os especialistas da área, por inviabilizarem as generalizações dos estudos.

Diversos estudos em idosos fragilizados mostraram a redução da reserva funcional e a disfunção de diversos sistemas orgânicos, o que reduziria a capacidade de restabelecimento das funções após agressões de várias naturezas (FERRIOLI et al., 2011).

Esta síndrome é um importante evento de saúde, ela se associa ao declínio funcional, dependência, institucionalização e mortalidade, por isso identificar precocemente a fragilidade é importante, pois as intervenções são mais eficazes se realizadas no estágio inicial (ROCKWOOD, 2010).

A fragilidade é de importância clínica e um grande problema da saúde pública. No Brasil, foi realizado o estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros-FIBRA-pólo UNICAMP, que envolveu quatro grupos de pesquisa, localizados nas seguintes universidades: USP-RP; UFMG; UERJ e UNICAMP, voltados aos estudos geriátricos e gerontológicos e foi a primeira pesquisa multicêntrica nacional sobre fragilidade no Brasil. Os resultados mostraram que 9,1% de idosos eram frágeis, 51,8% idosos pré-frágeis e 31,9% de idosos não frágeis. Entre os idosos frágeis, 72,7% eram mulheres e 32,8% octogenárias e entre os pré-frágeis, 62,2% estavam na faixa etária dos 65 a 74 anos (NERI, 2013).

Dados semelhantes foram observados também no estudo SABE onde a prevalência de idosos frágeis em São Paulo foi de 15,4%. Os resultados mostraram relação entre fragilidade e baixa escolaridade e fragilidade e

comprometimento cognitivo. A proporção de idosos frágeis em famílias com moderada ou elevada disfunção familiar, medida pelo APGAR de família foi maior (DUARTE et al., 2010).

Clegg et al (2013) aponta em seu estudo que um quarto das pessoas com idade superior a 85 anos evoluem para a fragilidade. Estes idosos possuem maior risco de quedas, invalidez, cuidados de longa duração e morte. No entanto, mais da metade das pessoas com mais de 85 anos pode não ser frágil, o que levanta questões sobre como a fragilidade se desenvolve, como ela pode ser prevenida, e como ela pode ser detectada de forma confiável. A fragilidade possui profundas implicações para o planejamento do cuidado deste idoso.

Sistema de Cuidado

Os sistemas modernos de cuidados de saúde na maioria das vezes se organizam em torno de um único sistema de doenças, porém muitos idosos possuem problemas multiorgânicos (CLEGG et al., 2013). Dentre os sistemas de cuidado de saúde destaca-se o papel do cuidador, foco deste estudo.

São conhecidos na literatura os relatos de dificuldades e estresse vividos pelos cuidadores em suas tarefas cotidianas de cuidar (GONÇALVES et al., 2006). O cuidador é fundamental na assistência do idoso, pois interliga o idoso à equipe interprofissional, sua família e sociedade (DUARTE; DIOGO, 2011).

São várias as ações envolvidas neste processo do cuidar, que acontece de forma inesperada, exigindo do cuidador conhecimentos específicos e habilidades para esta ação, acrescidos às outras atividades cotidianas do mesmo, ou seja, a sobrecarga diária da jornada de trabalho, dificuldades na relação do cuidador com a pessoa de quem cuida e a degeneração funcional progressiva do ente querido (LEMOS et al., 2013).

A doença não se restringe apenas ao idoso que é cuidado, ela interfere em toda a dinâmica familiar, principalmente quando há idosos cuidando de idosos, expondo-os a uma série de desafios significativos. Os autores salientam que cuidar de uma pessoa dependente está frequentemente associado à deterioração da saúde física e mental, sobrecarga, depressão e decréscimo da qualidade de vida (ARIAS - MARINO et al., 2009).

Estudos destacaram que o cuidado é culturalmente realizado no âmbito familiar e por parentes e amigos. Os cuidadores são principalmente mulheres, na

maioria dos casos filhas ou esposas, casadas, sem emprego ou do lar, e 80% possuem ensino fundamental incompleto (FERNÁNDEZ-LANSAC et al., 2012; GARCES et al., 2012; GRATÃO et al., 2013; VIEIRA et al., 2011), geralmente residem com o idoso, não recebem auxílio na atividade do cuidado e não possuem formação prévia para atividade (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012), executam o cuidado por mais de dez horas diárias e pontuam na avaliação do estado de saúde, sobrecarga, cansaço e estresse (GRATÃO et al., 2013; GRATÃO et al., 2010; VIEIRA et al., 2011).

Bauab (2013) em seu estudo apresentou que os cuidadores formais e informais exercem atividades semelhantes, porém os informais possuem duas atividades a mais, que são as compras e a responsabilidades pelas finanças do idoso. São geralmente familiares ou amigos que assumem o papel de cuidar, sem remuneração e preparação específica. O cuidado formal está relacionado a serviços estruturados, públicos ou privados, formados por profissionais qualificados, preparados para o desempenho das atividades e com remuneração, com o objetivo de oferecer suporte ao indivíduo que é cuidado e ao cuidador.

Os problemas sociais relacionados ao impacto provocado pelo aumento da expectativa de vida das pessoas são muito complexos e todos eles refletem diretamente na manutenção da saúde dos idosos e na preservação de sua permanência junto à família (LEMOS et al., 2013). A necessidade de oferecer serviços de suporte social para esses idosos surge com uma grande atenção. Estudos mostraram que a capacitação de recursos humanos na área da saúde para se desenvolver trabalho junto à população apontam para a carência por parte dos familiares de mais informações a respeito da doença, dos cuidados e de uma rede de suporte social (ALVARENGA et al., 2011).

O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remodela a própria existência das famílias como unidade de organização social (MEHRY; FEUERWERKER, 2012). As pesquisas sobre a família com suas atitudes e comportamentos entre gerações requerem atenção, por estarem mudando na maioria das regiões do mundo. A Agenda de Investigação em Envelhecimento para o Século XXI (UNPoA and IAGG, 2007) sugeriu a realização de estudos e pesquisas para acompanhar estas mudanças e identificar os impactos econômicos e sociais sobre os indivíduos, a comunidade e a sociedade em geral. Torna-se

relevante tratar dos papéis e contribuições das pessoas idosas para a vida familiar e a comunidade.

As estruturas familiares, funções de seus membros e valores estão sofrendo alterações, gerando consequências para as pessoas idosas, tais como: mudança nas condições de vida, desafios no cuidado ao idoso, apoio de familiares e outros apoios informais e disponibilidade do cuidado (CAMARGOS, RODRIGUES, MACHADO, 2011).

As famílias encontram dificuldades e limitações ao ofertar o cuidado adequado ao seu familiar, recorrendo as políticas públicas. A construção de políticas públicas focadas no envelhecimento é uma dimensão necessária às transformações da sociedade e à implementação de políticas intersetoriais, como as políticas do Sistema Único de Assistência Social, do Sistema Único de Saúde e a Política Nacional do Idoso fundamentada no Estatuto do Idoso (BATISTA, 2011).

O Sistema Único de Assistência Social, na Atenção Básica, propõe ofertar à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existentes), a prevenção de riscos sociais e pessoais, através de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social (MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2012), mas ainda existe um longo caminho a percorrer na realidade concreta.

O envolvimento do idoso, cuidador, família, comunidade e profissionais de saúde são fundamentais para elaborar e efetivar um plano de cuidados para este idoso. Dentre os domínios da fragilidade, trabalha-se com as bases sociais, investigando como a sociedade se comporta com o idoso frágil, trazendo o impacto da fragilidade no contexto familiar, pois quando o idoso recebe auxílio de um cuidador sobrecarregado, seu cuidado será influenciado.

Este estudo tem a pretensão de responder a seguinte pergunta: Qual é a relação entre o apoio social e o sistema de cuidado formal e informal nas famílias de idosos cuidadores frágeis?

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a relação entre sistema de cuidado, suporte social e fragilidade de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social.

2.2 Específicos

- Analisar a relação entre fragilidade, sintomas depressivos e sobrecarga de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social.
- Avaliar a relação entre cognição, fragilidade, caracterização do cuidado e suporte familiar.
- Analisar os arranjos domiciliares e funcionalidade familiar de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social.

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, correlacional, analítico, com a utilização do método quantitativo de investigação. Faz parte do estudo denominado “Variáveis Associadas à Cognição de Idosos Cuidadores coordenado pela Profa. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini. Os participantes idosos responderam os mesmos instrumentos de coleta de dados apenas acrescentando para este estudo os referentes à descrição de estruturas familiares como genograma, ecomapa e apgar de família.

3.1 Local do estudo

Esta pesquisa foi realizada no município de São Carlos, conhecido como Capital da Alta Tecnologia. Este município situa-se na região central do estado de São Paulo e foi fundado em 1857. Segundo dados da Fundação SEADE, a população em 2013 era de 221.950 habitantes, sendo 13,9% idade igual ou superior a 60 anos (SEADE, 2013). O município conta com 16 unidades de Saúde da Família (USF) com uma cobertura de aproximadamente 39.768 habitantes (São Carlos, 2011). Duas unidades estão localizadas na área rural do município.

Este estudo foi desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município e que estão na cobertura do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), da região da ARES “Cidade Aracy”. A cobertura total da população da ARES “Cidade Aracy” atualmente é de 15.638 indivíduos nas cinco Unidades Saúde da Família, sendo essas Aracy I, Aracy II, Presidente Collor, Antenor Garcia e Petrilli Filho.

Figura 1- Região da ARES “Cidade Aracy” do Município de São Carlos.



Fonte: Google Maps, 2015.

3.2 População

Inicialmente, foi solicitada a cada Unidade de Saúde da Família uma lista das residências com dois ou mais idosos (≥ 60 anos) cadastrados na área de abrangência, com os respectivos nomes, idade e endereço. De posse desta lista, todas as casas foram visitadas pelos pesquisadores ($n=99$). Optou-se por não realizar um cálculo amostral e visitar e realizar a pesquisa com todos os idosos cadastrados nas unidades. Em 7 casas, um dos idosos tinha falecido, houve 5 casos de mudança de endereço e em 4 casas os idosos não foram encontrados após três tentativas em períodos alternados. Nos 83 domicílios restantes, os idosos foram contatados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, sendo que 10 se recusaram a participar. Os 73 idosos restantes passaram por uma pré-avaliação que incluía dois instrumentos de avaliação do desempenho das atividades de vida diária, as atividades básicas (Escala de Independência em Atividades da Vida Diária – KATZ) e as atividades instrumentais de vida diária (Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária de LAWTON). A amostra final contemplou 73 pares de idoso cuidador e idoso receptor de cuidado, totalizando 146 entrevistas. O idoso definido como cuidador foi o que apresentou independência ou dependência parcial na avaliação das AVD, e o idoso receptor de cuidado era o mais dependente, segundo os resultados nas escalas de atividades de vida diária. Nas casas com três ou mais idosos, foram incluídos apenas o mais dependente e o mais independente.

Os idosos realizaram as entrevistas após a compreensão e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDICE A). A Tabela 1 mostra os dados do número de idosos inicial e final por USF.

Tabela 1- Distribuição dos idosos por unidade de Saúde da Família do município. São Carlos, 2016.

	n inicial	Morte do idoso	Mudança de endereço	Não encontrado	Recusa	Idosos independentes	n final
Antenor Garcia	6	1	0	0	0	0	5
Aracy I – Equipe 1	26	4	4	0	0	0	18
Aracy I – Equipe2	32	2	1	1	4	0	24
Aracy II	17	0	0	1	2	0	14
Petrilli	12	0	0	2	3	0	7
Presidente Collor	6	0	0	0	1	0	5
Total	99	7	5	4	10	0	73

3.2.1 Critérios de Inclusão

1. Ser cuidador primário de pessoas idosas cadastradas na cobertura do NASF, da região da ARES “Cidade Aracy” do município de São Carlos.

2. Ter 60 anos ou mais.

3.3 Procedimentos

3.3.1 Procedimentos éticos

Todos os cuidados éticos que regem pesquisas com seres humanos foram observados. O projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde com Parecer n° 68/2013 (ANEXO A) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, com Parecer n° 416.467/2013 (ANEXO B). A coleta de dados teve início após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

3.3.2 Procedimentos para a coleta dos dados

Inicialmente, foi realizado contato com a USF e agendado um dia e horário para apresentação do projeto para a equipe da unidade. Após consentimento de cada unidade, foram solicitadas as listas com os nomes dos idosos, idade e endereço. De posse dessas listas, os idosos foram visitados e uma visita foi

agendada para a coleta dos dados, em dias e horários indicados pelo entrevistado. Residências não encontradas ou sem a presença de um morador por mais de três visitas ou em caso de falecimento do idoso foram excluídas.

Um treinamento prévio foi realizado para padronização da coleta dos dados. Os dados foram coletados no domicílio dos idosos cuidadores, no período de abril a novembro de 2014, por uma equipe composta por seis alunos de pós graduação e dois alunos de iniciação científica.

Todos os idosos da casa realizavam uma entrevista inicial para a coleta de informações sobre o desempenho em atividades básicas (ABVDs) e instrumentais (AIVDs) de vida diária. Para avaliação das ABVDs foi utilizada a Escala de Independência em Atividades da Vida Diária – KATZ (ANEXO C), a qual foi desenvolvida em 1963 por Katz e colaboradores. Este instrumento é composto por seis itens: alimentação, controle dos esfíncteres, transferência, higiene, aptidão para se vestir e para banhar-se (KATZ et al., 1963). No presente estudo, foi utilizada a versão publicada pelo *Hartford Institute for Geriatric Nursing* em 1998 e revisada em 2012 com pequenas adaptações da versão original (Hartford 1998, 2012). Para efeito de pontuação, foi considerado o número de atividades em que o idoso apresentou dependência, que variou de zero (independente para todas as funções) até seis (dependente para todas as funções). Para avaliação das AIVDs foi utilizada a Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody (1969) (ANEXO D), que avalia o grau de independência para as seguintes AIVDs: usar o telefone, viajar, fazer compras, preparar refeições, realizar trabalho doméstico, usar medicamentos e manejar o dinheiro. Para cada atividade é possível pontuar um ponto, que corresponde a dependência completa; dois pontos, dependência parcial; e três pontos, independência. Somados os itens, a pontuação final pode variar de sete a 21 pontos, sendo que quanto menor a pontuação, maior a dependência para as AIVDs. Santos e Virtuoso Junior (2008) realizaram a adaptação e validação do instrumento para o contexto brasileiro, obtendo índices satisfatórios e boa confiabilidade. Os mesmos autores propuseram escores para classificação na escala que são: dependência total = 7 pontos; dependência parcial >7 e <21 pontos; e independência = 21 pontos.

As possibilidades de resultados nesta etapa da pré-avaliação eram:

I - Idosos independentes nas duas escalas.

II - Um idoso dependente e o outro independente (no caso de dois ou mais idosos independentes, era perguntado: Entre os idosos independentes, qual é o cuidador primário, ou seja, o principal responsável pelos cuidados diretos ao idoso dependente?).

III - Idosos dependentes com resultados diferentes nas duas escalas.

IV - Idosos dependentes com resultados iguais nas duas escalas. Neste caso, era perguntado se entre os idosos dependentes, qual era o cuidador primário, ou seja, o principal responsável pelos cuidados diretos ao idoso dependente?).

Com base no grupo em que os idosos eram classificados, o idoso independente ou com menor dependência foi considerado o idoso cuidador; e o idoso com maior dependência, o receptor de cuidados. Nas casas com três ou mais idosos, foram incluídos apenas o mais dependente e o mais independente.

As entrevistas eram realizadas individualmente, no próprio domicílio dos idosos, em espaços independentes e separadamente por dois entrevistadores independentes. Seguiu-se um padrão para a ordem dos instrumentos de coleta de dados.

3.3.3 Instrumentos

Caracterização do cuidador: O conteúdo deste item refere-se aos dados sociodemográficos e de saúde. Foram incluídas como variáveis sociodemográficas o gênero, idade, estado civil, ocupação, escolaridade, religião, raça/cor, renda do cuidador e familiar, moradia e se possuem plano de saúde.

Caracterização do cuidado: Foram coletados dados sobre o contexto do cuidado com informações sobre o grau de parentesco com o idoso receptor de cuidado, o tempo em que é cuidador, quantidade de horas por dia e dias da semana de dedicação ao cuidado, gasto mensal relacionado ao cuidado, participação em cursos/treinamentos, atividades que ajuda o idoso a fazer, se recebe ajuda material e/ou afetiva, se apresenta dificuldade para dormir, entre outras (APÊNDICE B).

Fragilidade: Optou-se por medir a fragilidade por meio do fenótipo proposto por Fried et al. (2001), dado que encontramos estes cuidadores em um contexto de alta vulnerabilidade social, mostrando a necessidade de uma avaliação clínica deste idoso cuidador. Este fenótipo inclui perda de peso não intencional,

fadiga, fraqueza, lentidão e baixa taxa de gasto calórico. A perda de peso não intencional foi avaliada pela pergunta “*Nos últimos doze meses o(a) senhor(a) acha que perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?*”. Respostas afirmativas com perda superior de 4,5kg ou 5% do peso corporal preenchiam o critério. A fadiga foi avaliada por respostas “*sempre*” ou “*na maioria das vezes*” para qualquer um dos dois itens (7 – *Com que frequência na última semana sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço?* e 21 – *Com que frequência na última semana sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas?*) da *Center for Epidemiological Studie - Depression* (CES-D) (RADLOFF, 1977). A fraqueza foi avaliada pela baixa força de preensão palmar verificada pela média de três medidas consecutivas de força de preensão da mão dominante, em quilogramas força, por meio de um dinamômetro hidráulico, tipo Jamar, Modelo SH5001, fabricante SAEHAN®. Para preenchimento do critério, o resultado foi ajustado segundo gênero e o Índice de Massa Corporal (IMC). A Tabela 2 apresenta esse ajuste.

Tabela 5- Avaliação da fraqueza muscular, pela média da força de preensão palmar ajustado ao gênero e IMC. São Carlos, 2016.

HOMEM		MULHER	
IMC(Kg/m ²)	Força de preensão (Kgf)	IMC(Kg/m ²)	Força de preensão (Kgf)
≤ 24	≤ 29	≤ 23	≤ 17
24,1 – 26	≤ 30	23,1- 26	≤ 17,3
26,1 – 28	≤ 30	26,1 - 29	≤ 18
> 28	≤ 32	> 29	≤ 21

Fonte: Fried et al., 2001.

A lentidão foi mensurada pela diminuição da velocidade da marcha indicada pela média de três medidas consecutivas do tempo em que o idoso cuidador gastava para percorrer 4,6 m no plano. Para considerar a aceleração e desaceleração da caminhada, dois metros antes e dois metros após o percurso foram acrescentados, totalizando 8,6 m de caminhada. O caminho do percurso não podia conter irregularidades e o avaliado era instruído a usar o calçado que utilizava a maior parte do dia e, caso utilizasse também dispositivo de caminhada como bengala ou andador, o mesmo era instruído a utilizar na avaliação. A avaliação do resultado foi ajustado conforme gênero e altura segundo a Tabela 3.

Tabela 6- Avaliação da lentidão, pela média do tempo de caminhada ajustado ao gênero e altura. São Carlos, 2016.

Homem		Mulher	
Altura (cm)	Tempo (segundos)	Altura (cm)	Tempo (segundos)
≤ 173	≥ 7	≤ 159	≥ 7
> 173	≥ 6	> 159	≥ 6

Fonte: Fried et al., 2001.

A baixa taxa de gasto calórico foi estabelecida pela diminuição da prática de atividades físicas comparada ao último ano, mensurada pela pergunta “O(a) senhor(a) acha que faz menos atividades físicas do que há doze meses atrás?”. Segundo resposta afirmativa, o avaliado preenchia o critério de fragilidade.

Segundo os autores do constructo de modelo de fragilidade, a presença de três ou mais das cinco características do fenótipo caracteriza a pessoa como *frágil*, de um a dois componentes caracterizam como *pré-fragil* e a pessoa *não-frágil* ou robusta é identificada com a ausência de nenhum dos critérios, conforme Tabela 4.

Tabela 7- Avaliação do nível de fragilidade segundo o número de componentes. São Carlos, 2016.

Presença de componentes	Nível de fragilidade
0	Idoso não frágil ou robusto
1 ou 2	Idoso pré frágil
3, 4 ou 5	Idoso frágil

Fonte: Fried et al., 2001.

Dados antropométricos foram coletados para a avaliação da fragilidade. A massa corporal foi medida utilizando uma balança digital, pesando o indivíduo sem o calçado. A altura e a circunferência da cintura, abdômen e quadril foram medidas com auxílio de uma fita métrica, desconsiderando sapatos e roupas (ANEXO E).

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15): Descrita na língua inglesa por Yesavage et al.(1983), validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999). Ela apresenta 15 questões afirmativas/negativas, com possibilidade de respostas sim ou não (0 ou 1), permite a soma sendo 0 a 5 sem indícios de sintomas depressivos e 6 a 15 presença dos mesmos (ANEXO F).

The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R):

Apresentado por Mioshi et al., 2006, traduzido e adaptado por Amaral Carvalho e Caramelli (2007). É uma escala de avaliação cognitiva que possui dimensões de atenção e orientação, fluência verbal e linguagem, memória habilidades visuais e espaciais, recordação e reconhecimento. O escore geral do ACE-R vai de 0 a 100 pontos, podendo os domínios de orientação/atenção (18 pontos), memória (26 pontos), fluência verbal (14 pontos), linguagem (26 pontos) e habilidades viso espaciais (16 pontos) serem avaliados individualmente. Notas de corte para cada domínio foram definidas como <17 pontos para orientação/atenção, <15 pontos para memória, <8 pontos para fluência verbal, <22 pontos para linguagem e <13 para habilidade viso construtiva (ANEXO G).

Escala de Sobrecarga de Zarit: O Inventário para Avaliação da Sobrecarga foi elaborado por Zarit, Reever e Bach-Peterson em 1980, traduzido e validado para cultura brasileira por Scazufca (2002). O objetivo do instrumento é avaliar a sobrecarga de cuidadores. Compreende 22 questões de resposta, do tipo Likert, com as opções de resposta verbal: "*Nunca*", "*Raramente*", "*Algumas vezes*", "*Frequentemente*" e "*Sempre*". A resposta pode variar de 0 a 4, sendo 0-*Nunca* e 4-*Sempre*. A soma das questões pode variar de 0 a 20 pontos, onde o cuidador é caracterizado com pequena sobrecarga, 21 a 40 pontos com moderada sobrecarga, 41 a 60 pontos de moderada a severa sobrecarga e 61 a 88 pontos com sobrecarga severa (ANEXO H).

APGAR de família: foi incluído para avaliar os vínculos familiares no sistema de cuidado informal no contexto familiar. Ele possibilita verificar indícios de disfunção familiar, além de avaliar a satisfação com a dinâmica de funcionamento familiar, verificando a percepção das pessoas sobre suas famílias como um recurso ou como um fator estressor. Os domínios citados são avaliados por meio de cinco questões simples, às quais são atribuídas valores que, ao final, são somados, resultando num escore total cuja representação numérica relaciona-se diretamente com uma condição de funcionalidade familiar, onde boa funcionalidade familiar varia de 13 a 20 pontos; moderada disfunção familiar de 9 a 12 pontos e elevada disfunção familiar de 1 a 8 pontos. Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis

mudança de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes. Sua versão original é de Smilkstein (1978) e Duarte em 2001 adaptou e validou para o português (ANEXO I).

Genograma: descreve a composição familiar e inicia-se com a pergunta: quem faz parte da família? Depois de anotado todos os membros, é circulado os que moram na mesma casa, são solicitadas informações como idade, gênero, naturalidade, ocupação, problemas de saúde (especialmente demência) e dados que forem significativos para aquela família. São identificados dados de pelo menos três gerações abaixo do idoso e uma geração acima, ou seja, informações sobre os pais dos idosos, os filhos, os netos e bisnetos dos idosos. Os resultados são analisados através da representação gráfica construída, que traz dados importantes a respeito do número de membros da família, geração, idade, relações relatadas como próximas ou distantes (WRIGHT; LEAHEY, 2012) (ANEXO J).

Ecomapa: É um diagrama das relações entre a família e a comunidade que auxilia na avaliação das redes e apoios sociais disponíveis e sua utilização pela família. Demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações. Desenvolvido como dispositivo de avaliação, planejamento e intervenção familiar, pode ser utilizado para reestruturar comportamentos, relacionamentos e vínculos no tempo com as famílias, bem como modificar as percepções das famílias sobre si mesmas (WRIGHT; LEAHEY, 2012) (ANEXO K).

3.3.4 Procedimentos para a análise dos dados

O banco de dados foi construído por um profissional da área, contratado para este fim, com experiência em projetos na área da saúde. Foi criado um banco de dados para o idoso cuidador no *software* Epidata 3.1. Após a codificação de cada uma das variáveis, foi elaborado um dicionário com a denominação das mesmas. Dois digitadores realizaram entrada dos dados de maneira independente e cega. Após a validação da dupla entrada, os dados foram exportados para o aplicativo Stata 10® para sistema Windows. Para as variáveis quantitativas (nominais e ordinais), foram realizados cálculos de frequência simples, bem como tabelas de contingência para as variáveis quantitativas. Foram

empregadas medidas de tendência central (média e mediana), de variabilidade (desvio padrão e amplitude).

Os instrumentos Genograma e Ecomapa foram analisados, de forma quantitativa, segundo a percepção da composição familiar e o suporte social, utilizando o desenho gráfico.

Foram utilizadas as seguintes perguntas norteadoras: Como é sua família? Quantos filhos possui? Você possui algum filho falecido? Você possui neto(s) e bisneto(s)? Toda a família presente no domicílio no horário da coleta foi envolvida. Para a construção do genograma e do ecomapa, utilizou-se o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF). Neste modelo, o genograma é usado para a avaliação estrutural da família. O MCAF é uma estrutura integrada, baseada nos fundamentos teóricos de sistemas, consiste na avaliação de três categorias, a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional. A categoria estrutural compreende a subcategoria “interna” que avalia: composição da família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites. A subcategoria “externa” avalia família extensa e sistemas mais amplos e subcategoria “contexto” avalia: etnia, raça, classe social, religião e ambiente. A avaliação de desenvolvimento vai compreender estágios familiares, tarefas e vínculos afetivos. A avaliação funcional vai compreender as subcategorias “Instrumental”, que se refere à realização de atividade de vida diária e a expressiva, que vai considerar diferentes tipos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, aliança, influência e poder (WRIGHT; LEAHEY, 2012)

Neste estudo, foi utilizado o genograma apenas para avaliar a subcategoria: composição familiar a partir do o ponto de vista do idoso cuidador participante. Ele, com sua experiência de vida, trouxe a composição familiar apresentada. Estas representações são pautadas de subjetividades, cada membro terá sua própria representação e visão da constituição familiar (FALCÃO, 2010).

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em três estudos no qual cada um deles corresponde a um dos objetivos específicos da dissertação. Os estudos estão estruturados em formato de artigos científicos destinados a publicação em periódicos. Portanto, foi adotado o formato habitual deste tipo de documento, com tópicos dedicados à introdução teórica, metodologia, resultados, discussão, conclusões e referências.

Desta maneira, os resultados serão apresentados na seguinte ordem:

Estudo 1: Relação entre fragilidade, sintomas depressivos e sobrecarga de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social.

Estudo 2: Relação entre cognição, fragilidade e suporte familiar de idosos cuidadores residentes em contexto de alta vulnerabilidade social.

Estudo 3: Arranjos domiciliares de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social.

ESTUDO 1

Relação entre fragilidade, sintomas depressivos e sobrecarga de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social.

Relationship between fragility, depressive symptoms and overload of elderly caregivers in the context of high social vulnerability.

Relación entre la fragilidad, los síntomas depresivos y la sobrecarga de los cuidadores de edad avanzada en el contexto de alta vulnerabilidad social.

RESUMO

Introdução: Os idosos cuidadores em contextos de maior vulnerabilidade social, com menor nível de escolaridade e piores condições financeiras podem demonstrar saúde mais fragilizada. **Objetivo:** Analisar a relação entre fragilidade, sintomas depressivos e sobrecarga de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social. **Método:** Trata-se de um estudo correlacional, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 73 idosos cuidadores primários de idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família, no município de São Carlos. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual, utilizando-se uma caracterização sociodemográfica, o Inventário de Sobrecarga de Zarit, a Escala de Depressão Geriátrica e avaliação da Fragilidade, segundo o Fenótipo de Fried. Todos os cuidados éticos foram respeitados **Resultados:** Os idosos cuidadores em sua maioria tinham idade ≥ 60 anos, sexo feminino, com 1 a 4 anos de escolaridade. Destes, 27 eram frágeis, 40 pré-frágeis e 6 não frágeis, com uma média de idade de idosos frágeis de 71,27 ($\pm 7,18$) anos, onde 43,8% eram mulheres. Entre os pré-frágeis, temos uma média de idade de 63,0 ($\pm 2,52$) anos com 6,8% de mulheres e dos não frágeis, uma média de idade de 70,62 ($\pm 10,37$) anos, onde 30,1% eram mulheres. Os cuidadores apresentaram pequena sobrecarga e a medida em que os níveis de fragilidade aumentavam, os sintomas de depressão também aumentavam, sendo diretamente proporcionais. **Conclusão:** Faz-se necessário que os profissionais de saúde conheçam estes idosos e realizem intervenções de modo a detectar e reverter à fragilidade. É necessário investigar o perfil

destes cuidadores, pois a maioria é pré-frágil, e exerce o cuidado de outro idoso, também, pré-frágil.

Palavras- Chave: Cuidador, Idoso Fragilizado.

ABSTRACT

Introduction: The elderly caregivers in contexts of greater social vulnerability, low education, and a bad financial situation may have a more fragile health.

Objective: Analyze the relationship between fragility, depressive symptoms and overload of elderly caregivers in the context of high social vulnerability.

Methods: This is a correlational cross-sectional study, conducted with 73 main senior caregivers of elderly registered in the “Unidades de Saúde da Família” (Public Family Health Units), in the city of Sao Carlos, Brazil. Data was collected through individual interviews, using a socio-demographic characterization; Zarit Overload inventory, the Geriatric Depression Scale and evaluation of Fragility, according to the phenotype of Fried criteria. All ethical guidelines were respected. **Results:** most of the elderly caregivers were aged ≥ 60 years, female, 1-4 years of schooling; among them, 27 were vulnerable, 40 pre-fragile and 6 non-fragile, with an average age of fragile elderly 71.27 (± 7.18); 43.8% were women, pre-frails have an average age of 63.0 (± 2.52) with 6.8% women and, non-fragile average age was 70.62 (± 10.37), in which 30.1% are women. Caregivers showed little overload and, as the fragility levels increase, symptoms of depression also increase, being directly proportional. **Conclusion:** It is necessary that health professionals know these elderly and perform interventions to detect and reverse the weaknesses presented. It is necessary to investigate the profile of these caregivers, as most of them are pre-fragile and take care of another pre-fragile elderly.

Key-words: Caregiver, elderly, Fragility.

RESUMEN

Introducción: Los cuidadores mayores en contextos de alta vulnerabilidad social, con bajo nivel de escolaridad, con condiciones financieras desfavorables, pueden presentar salud mas fragilizada. **Objetivo:** Analizar la relación entre la fragilidad, los síntomas depresivos y la sobrecarga de los cuidadores de edad avanzada en el contexto de alta vulnerabilidad social.

Método: Se trata de un estudio transversal correlacional, realizado con 73 cuidadores principales de adultos mayores inscritos en las Unidades de Salud de la Familia de la municipalidad de San Carlos. Los datos fueron colectados mediante entrevistas individuales, fue utilizada con una caracterización socio-demográfica, el Inventario de sobrecarga de Zarit, la Escala de Depresión Geriátrica y la evaluación de Fragilidad, de acuerdo con el fenotipo de Fried. Todos los requisitos éticos fueron respetados. **Resultados:** Los cuidadores de ancianos en su mayoría eran de edad ≥ 60 años, de sexo femenino, de 1-4 años de escolaridad. De estos 27 eran frágiles, 40 pre frágiles y 6 no frágiles con una media de edad de los frágiles de 71,27 ($\pm 7,18$), de los cuales 43,8% son mujeres. Entre los pre frágiles la media de edad fue de 63,0 ($\pm 2,52$) con 6,8% de mujeres y de los no frágiles la media de edad fue de 70,62 ($\pm 10,37$), entre los cuales 30,1% son mujeres. Los cuidadores presentaron poca sobrecarga y, en la medida que los niveles de fragilidad aumentaban, los síntomas de la depresión también aumentaban siendo directamente proporcionales. **Conclusión:** Es necesario que los profesionales de la salud conozcan estos adultos mayores y realicen intervenciones para detectar y revertir la fragilidad. Es necesario investigar el perfil de estos cuidadores, ya que la mayoría se encuentra pre-frágil y ejerce el cuidado de otro adulto mayor también pre-frágil.

Palabras claves: Cuidadores, adultos mayores, Fragilidad.

Introdução

O mundo está envelhecendo de forma heterogênea, constatada pela trajetória singular dos idosos, marcada pelas desigualdades sociais, que afetam suas condições de vida (CAMARANO; KANSO, 2013). Para entender a experiência do envelhecimento, se faz necessário estudar a situação concreta do idoso e do contexto em que ele está inserido. Portanto, os indivíduos que vivem em contextos de maior vulnerabilidade social, apresentam menor nível de escolaridade, piores condições financeiras, menos acesso a serviços de saúde, falta de suporte social e podem demonstrar saúde mais fragilizada. O curso de vida é um possível fator determinante da fragilidade em idades mais avançadas (MORLEY et al.,

2013).

A fragilidade é compreendida como o estado de maior vulnerabilidade a má resolução da homeostase, após um evento estressor, aumentando o risco de incapacidade, efeitos adversos e quedas (CLEGG et al., 2013).

Os sistemas modernos de cuidados de saúde na maioria das vezes se organizam em torno de um único sistema de doenças. A fragilidade distingue as pessoas idosas frágeis das que não são e deve ser fundamental na avaliação do cuidado (CLEGG et al., 2013). O envolvimento do idoso, cuidador, família, comunidade e profissionais de saúde são fundamentais para elaborar e efetivar um plano de cuidados para este idoso.

Dentre os domínios da fragilidade, estudam-se as bases sociais; nelas se investigam como a sociedade se comporta frente ao idoso frágil e o impacto da fragilidade no contexto familiar, dado que no momento em que o idoso recebe auxílio de um cuidador sobrecarregado, seu cuidado será influenciado. É necessário trabalhar com idosos cuidadores em contexto de vulnerabilidade, pois existe uma lacuna nos trabalhos com cuidado neste contexto. Esta pesquisa pretende minimizar estas lacunas, pois a condição social destes cuidadores deve ser estudada.

Assim, objetivou-se com este estudo analisar a relação entre fragilidade, sintomas depressivos e sobrecarga de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social.

Método

Trata-se de um estudo correlacional, de corte transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em cinco Unidades de Saúde da Família (USF) pertencentes a um município do interior paulista, que estão na cobertura do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

A identificação dos participantes foi realizada segundo uma lista fornecida pelos agentes comunitários de saúde das USF, com nome e endereço de possíveis idosos cuidadores de idosos. De posse da lista e após autorização, foram realizadas visitas domiciliárias e o convite foi realizado pessoalmente. Após a apresentação dos pesquisadores e exposição dos aspectos da pesquisa para os possíveis participantes, era agendado um

horário para a entrevista. Dos 99 possíveis cuidadores idosos, 10 recusaram participação na pesquisa, 4 não foram encontrados na residência, 7 faleceram e 5 se mudaram.

A amostra final foi composta por 73 cuidadores idosos, os quais passaram por uma pré-avaliação para a coleta de informações sobre o desempenho nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD). O idoso cuidador foi definido por ter apresentado independência ou dependência parcial na avaliação das AVDs, e o idoso receptor de cuidado era o mais dependente, segundo os resultados nessas mesmas escalas. Nas casas com três ou mais idosos, foram incluídos apenas o mais dependente e o mais independente.

Os dados foram coletados no domicílio dos idosos cuidadores, individualmente, no período de abril a novembro de 2014. Para a coleta dados, foram utilizados: um Instrumento de caracterização do cuidador, a Avaliação da Fragilidade medida pelo Fenótipo de Fried, Inventário de Sobrecarga de Zarit e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS). O instrumento de caracterização do cuidador é composto por dados sociodemográficos como: gênero, idade, estado civil, ocupação, escolaridade, renda do cuidador e familiar e moradia (PAVARINI et al., 2012).

A fragilidade do cuidador foi medida por meio do fenótipo proposto por Fried et al. (2001), incluindo perda de peso não intencional, fadiga, fraqueza, lentidão e baixa taxa de gasto calórico. A perda de peso não intencional foi avaliada pela pergunta “Nos últimos doze meses o(a) senhor(a) acha que perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?”. A fraqueza foi avaliada pela baixa força de preensão palmar verificada pela média de três medidas consecutivas de força de preensão da mão dominante, em quilogramas força, por meio de um dinamômetro hidráulico, tipo Jamar, Modelo SH5001, fabricante SAEHAN®. A lentidão foi mensurada pela diminuição da velocidade da marcha indicada pela média de três medidas consecutivas do tempo em que o idoso cuidador gastava para percorrer 4,6 m no plano. A baixa taxa de gasto calórico foi estabelecida pela diminuição da prática de atividades físicas comparada ao último ano. Segundo Fried et al. (2001), a presença de três ou mais das cinco características do fenótipo caracteriza a pessoa como frágil, de um a dois componentes caracterizam

como pré-frágil e a pessoa não-frágil ou robusta é identificada com a ausência de nenhum dos critérios.

O Inventário de Sobrecarga de Zarit foi construído por Zarit, Reeve e Bach-Peterson (1980) e traduzido e validado para uso no Brasil, com 82 cuidadores de pessoas com depressão. Compreende 22 questões de resposta “*Nunca*”, “*Raramente*”, “*Algumas vezes*”, “*Frequentemente*” e “*Sempre*” (tipo *likert*). A pontuação em cada resposta é dada de 0 a 4, sendo 0-*Nunca* e 4-*Sempre*. Quanto maior a pontuação, maior a sobrecarga percebida do cuidador. Notas de corte foram definidas segundo um estudo com cuidadores portugueses: pequena sobrecarga (0-20) pontos; moderada sobrecarga (21-41) pontos; de moderada a severa sobrecarga (41-60) pontos; e sobrecarga severa (61-88) pontos (FERREIRA et al., 2010).

Para avaliação dos sintomas depressivos foi utilizada GDS desenvolvida para rastreamento de sintomas depressivos leves a severos e para ausência deles (YESAVAGE et al., 1983). A versão brasileira de 15 questões, com respostas “*sim*” ou “*não*” (0 ou 1), permite a soma sendo 0 a 5 sem indícios de sintomas depressivos e 6 a 15 presença dos mesmos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Foi criado um banco de dados no software Epidata 3.1. Dois digitadores realizaram entrada dos dados de maneira independente e cega. Após a validação da dupla entrada, os dados foram exportados para o aplicativo Stata 10® para sistema Windows. Para todos os testes estatísticos foi adotado o nível de significância de 5%. Para as análises dos dados foram utilizados a distribuição e frequência das características dos cuidadores, além de médias, mediana e desvios-padrão, distribuída em forma de tabela. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar a aderência dos dados à normalidade e foram utilizados Coeficiente de Correlação de Pearson para associação entre variáveis contínuas e o Teste T para comparar médias.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (Parecer n. 517.182 de 29 de janeiro de 2014). Todos os participantes foram esclarecidos quando ao conteúdo, assinaram e receberam uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Este estudo foi desenvolvido com 73 participantes, destes 27 eram frágeis, 40 pré-frágeis e 6 não frágeis, com uma média de idade de idosos frágeis de 71,27 ($\pm 7,18$) anos, onde 43,8% eram mulheres. Entre os pré-frágeis, a média de idade foi de 63,0 ($\pm 2,52$) com 6,8% de mulheres, e dentre os não frágeis, a média de idade de 70,62 ($\pm 10,37$) anos, onde 30,1% eram mulheres.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos cuidadores. São Carlos, 2016.

Variável	Distribuição em Categorias	N	%	Média ($\pm Dp$)	Mediana	Varição observada
Sexo	Feminino	59	80,8			
	Masculino	14	19,2			
Idade (anos)	60 a 69	38	52,1	70,3 ($\pm 8,5$)	68	60-98
	70 a 79	25	34,2			
	80 ou mais	10	13,7			
Estado civil	Casado	64	87,7			
	Solteiro	2	2,7			
	Divorciado	1	1,4			
	Viúvo	6	8,2			
Escolaridade (n=73)	Analfabetos	26	35,6	2,3 ($\pm 2,7$)	2	0-14
	1 a 4 anos	40	54,8			
	5 a 9 anos	5	6,8			
	10 ou mais anos	2	2,8			
Aposentadoria (n=73)	Sim	54	74,0			
	Não	19	26,0			
Número de Filhos (n=73)	0	3	4,1	5,5 ($\pm 3,5$)	5	0-17
	1 a 5	39	53,4			
	6 a 10	24	32,9			
	11 ou mais	7	9,6			
Renda familiar (reais)	2 SM ou mais	14	19,7	679 ($\pm 390,3$)	724	2000-0
	Até 1 SM	57	80,3			

A Tabela 1 aponta que a maioria dos cuidadores eram do sexo feminino, com 1 a 4 anos de escolaridade, casados (as), autodeclarados brancos. A religião predominante foi a católica, a renda familiar de até 1 salário mínimo (SM), com uma média de 1 a 5 filhos.

A avaliação da sobrecarga e dos sintomas depressivos segundo os níveis de fragilidade estão apresentados na Tabela 2. Observa-se uma pequena sobrecarga (68,5%) e ausência de indícios de sintomas depressivos (67,1%) dentre os idosos cuidadores.

Tabela 2 - Distribuição dos níveis de fragilidade segundo a sobrecarga e sintomas depressivos em idosos cuidadores. São Carlos, 2016.

Variáveis	Frágil		Pré-Frágil		Não-Frágil		Total		Análise Comparativa
	n	%	n	%	n	%	n	%	p-valor
Sobrecarga									0,000
Pequena	17	63,0	28	70,0	5	83,3	50	68,5	
Moderada	8	29,6	9	22,5	0	0,0	17	23,3	
Severa	2	7,4	3	7,5	1	16,7	6	8,2	
Total	27	100	40	100	6	100	73	100	
Depressão									0,002
Normal	14	51,1	29	72,5	6	100	49	67,1	
Leve	12	44,4	10	25,0	0	0,0	22	30,1	
Severa	1	3,7	1	2,5	0	0,0	2	2,7	
Total	27	100	40	100	6	100	73	100	

Quanto à correlação entre a fragilidade e os níveis de sintomas de depressão e sobrecarga, verificou-se a existência de correlação positiva, de moderada magnitude, com significância estatística, entre a fragilidade e sintomas de depressão ($r= 0,460$). À medida que os níveis de fragilidade aumentam, os sintomas de depressão também aumentam, sendo diretamente proporcionais. Com relação à fragilidade e a sobrecarga, não foi observada uma correlação estatisticamente significativa (Tabela 3).

Tabela 3 - Relação entre Fragilidade e sintomas de depressão e sobrecarga. São Carlos- SP, 2016.

		Fragilidade
Sintomas de depressão	r	0,460
	p-valor	0,000
Sobrecarga	r	0,042
	p-valor	0,727

Discussão

A maioria dos idosos cuidadores deste estudo era do gênero feminino (80,8%), o que corrobora com os dados mundiais, onde a proporção de mulheres é maior na população de idosos (STACKFLETH et al., 2012), caracterizando a feminização da velhice (SANTOS et al, 2013). Possuem idade em sua maioria entre 60 a 69 anos (70,3%) e dados semelhantes foram encontrados na literatura que traz a mulher como principal fonte de cuidado (LITZELMAN et al., 2014; GRATÃO et al., 2014).

O presente estudo verificou a prevalência de idosos cuidadores casados, o que se diferencia da literatura, onde a maior prevalência são de viúvos (PEDRAZZI et al.,2010), como indicou um estudo realizado no interior do estado de São Paulo (SANTOS, PAVARINI, 2010). O maior número de idosos cuidadores casados pode ser explicado por viverem junto com seus respectivos cônjuges, possuírem idades semelhantes e exercerem em sua maioria a função de cuidadores, conforme explicou um estudo realizado na América Latina e no Caribe (STACKFLETH et al., 2012).

Ao analisar os anos de escolaridade, a presente pesquisa observou baixa escolaridade entre os idosos cuidadores (1 a 4 anos). Estes dados se assemelharam aos encontrados em uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto com cuidadores (GRATÃO et al.,2014), com resultados semelhantes de idade, renda familiar, escolaridade e estado civil. O baixo nível de escolaridade poderia prejudicar o cuidado prestado por este idoso (GONÇALVES et al., 2011). A baixa escolaridade reflete um dos aspectos de desigualdade social no país, principalmente por se tratar de idosos que vivem em contexto de pobreza, valorizado pelo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) (FUNDAÇÃO SEADE, 2007) como sendo de alta vulnerabilidade social. A baixa escolaridade em idosos, também é reflexo de

fatores culturais, dado que os pais privilegiavam a frequência dos filhos homens na escola.

Verificou-se que a maioria dos idosos eram aposentados, com uma renda de até um salário mínimo (66,2%). Este dado traz a necessidade de aprofundar estudos dos idosos em contexto de alta vulnerabilidade social, pesquisas mostraram que uma maior renda favorece o aumento da autonomia deste idoso (PEDRAZZI et al., 2010; SANTOS, PAVARINI, 2010) e que a proporção de famílias pobres com idosos é menor se comparada as sem idosos (NERI, 2013), o que difere deste estudo, onde os idosos possuem em média de 1 a 5 filhos e em sua maioria dependem de seu salário como renda familiar.

Portanto, os indivíduos que vivem em contextos de maior vulnerabilidade social apresentam menor nível de escolaridade, piores condições financeiras e podem demonstrar saúde mais fragilizada (MORLEY et al., 2013). A pesquisa realizada aponta que a maioria dos cuidadores eram pré-frágeis (54,7%). Os dados foram fortalecidos pelos que foram encontrados na primeira investigação multicêntrica nacional sobre fragilidade (NERI et al., 2013) onde observaram que 9,1% de idosos era frágeis, 51,8% idosos pré-frágeis e 31,9% de idosos não frágeis. Entre os idosos frágeis, 72,7% eram mulheres e 32,8% octogenárias e entre os pré-frágeis encontrou-se 62,2% na faixa etária dos 65 a 74 anos (NERI et al., 2013), isto é, diferente na presente pesquisa.

Encontrou-se também dados semelhantes do fenótipo de fragilidade em um estudo de Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE) realizado no município de São Paulo (DUARTE et al., 2010) e em uma pesquisa onde os autores encontraram a prevalência de 57,8% de idosos pré-frágeis do município de Lafaiete Coutinho, BA (JUNIOR et al., 2014).

No entanto, os dados encontrados na prevalência de fragilidade diferem dos estudos internacionais (TRIBESS, OLIVEIRA, 2011; BLODGETT et al., 2015), onde apontam valores menores, o que pode ser explicado por se tratar de um contexto de alta vulnerabilidade com idosos com baixa escolaridade.

Quanto à sobrecarga, os idosos cuidadores apresentaram uma pequena sobrecarga (68,5%), o que difere dos encontrados nas pesquisas

brasileiras, onde os cuidadores se apresentam mais predispostos a sobrecarga (FERNÁNDEZ-LANSAC et al., 2012; GRATÃO et al., 2013), não se relacionando com a fragilidade nos idosos cuidadores. Porém, estes dados podem ser explicados pelos valores culturais e sociais impostos a estes cuidadores, onde o cuidado deve ser realizado no âmbito familiar e que não é uma tarefa pesada, mas sim dever do cônjuge, principal cuidador encontrado nesta pesquisa.

Com relação à depressão, a fragilidade é um fator de risco para o desenvolvimento da mesma (FENG et al., 2014; ARAVENA; ALVARADO, 2010). Este estudo assemelha-se aos internacionais, onde 52,7% dos idosos pré-frágeis e 26,5% dos frágeis nos Estados Unidos (LOHMAN et al., 2014) apresentam sintomas depressivos e na Holanda (COLLARD et al., 2014) 27,2% dos idosos frágeis possuem indicativos de depressão e, em relação aos brasileiros, um estudo realizado em Uberaba apresentou 27,8% dos idosos frágeis e 51,7% dos pré-frágeis, com indicativo de sintomas depressivos (TAVARES et al., 2014).

É necessário o desenvolvimento de mais estudos com populações de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social para acompanhar e medir a fragilidade destes idosos, pois a maioria dos cuidadores é pré-frágil e exercem o cuidado de outro idoso também pré-frágil.

Conclusão

Verificou-se relação entre a fragilidade e sintomas de depressão, à medida que os níveis de fragilidade aumentam, os sintomas de depressão também aumentam, mas não foi observada uma correlação estatisticamente significativa entre a fragilidade e a sobrecarga destes idosos cuidadores.

O grande desafio para a saúde pública será cuidar de uma grande população idosa, a maioria com baixo nível socioeconômico e educacional, e nos países mais pobres esses idosos poderão estar pré-frágeis e frágeis precocemente. Os resultados da presente pesquisa sugerem que seja investigado o perfil destes cuidadores, pois a maioria é pré-frágil e exerce o cuidado de outro idoso também pré-frágil e ambos poderão evoluir para a fragilidade. Além disso, há impacto negativo da associação de fatores psicológicos à fragilidade. Faz-se necessário que os profissionais de saúde

conheçam estes idosos e realizem intervenções de modo a detectar e reverter a fragilidade. A realização de avaliações de rastreio e de diagnóstico precoce ainda não está inserida na rotina da equipe na atenção básica por falta de instrumental, isto vai interferir na gestão do cuidado deste idoso e na Unidade de Saúde da Família, onde existe um caminho para a transformação da prática e implantação das políticas de cuidado, de saúde e assistência.

Referências

- ALMEIDA, E.G. et al.. Status de fragilidade entre idosos com indicativo de depressão segundo o sexo., **Bras Psiquiatr**, v.63, n.4,p.347-53, 2014.
- ALMEIDA, O, ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**, v.57, n.2, p.421-426, 1999.
- ARAVENA, V. J.; ALVARADO, O. S. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. **Ci Enferm**, v. 15, n. 2, p. 111-120, dez. 2010.
- BLODGETT et al. Frailty in NHANES: Comparing the frailty index and phenotype. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 60, p.464–470, 2015.
- CAMARANO, A.A; KANSO S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados**. Ipea. Texto para discussão,1426, 2013.
- CLEGG et al. Frailty in elderly people. **Lancet**, v.381, p. 752-762, 2013.
- COLLARD, R.M. et al. Physical frailty: vulnerability of patients suffering from late-life depression. **Aging Ment Health**, v.18, n.5, p.570-578. 2014.
- DUARTE, Y.A.O. et al. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde,Bem Estar e Envelhecimento). In: **A Camarano Cuidados de longa duração para a população: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA,. p.93-122, 2010.
- FENG, L. et al. Frailty predicts new and persistent depressive symptoms among community-dwelling older adults: findings from Singapore longitudinal aging study. **J Am Med Dir Assoc**. v.15, n.1, p.76, 2014.
- FERNÁNDEZ-LANSAC, V. et al. Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. **Rev Esp Geriatr Gerontol.**, 2012.

- FERREIRA F. et al. Validação da escala de Zarit: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. **Cad Saúde** v.3, n.2, p.13-19, 2010.
- FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol Med Sci**, v.56, n.3, p.146-156, 2001.
- FUNDAÇÃO SEADE. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social –IPVS**. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo [página da internet]. São Paulo, 2007. [atualizado 2007 Jun 10; acesso em 2015 Março 17]. Disponível em:www.seade.gov.br/produtos/ipvs.pdf.
- GONÇALVES, L.H.T.et al. Convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador **Cienc Cuid Saude**, v.10, n.4, p.746-754, 2011.
- GRATÃO, A.C.M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.1, p.137-144, 2014.
- LITZELMAN, K. et al. Association between informal caregiving and cellular aging in the survey of the health of wisconsin: the role of caregiving characteristics, stress, and strain. **Am. J. Epidemiol**, v.179, n.11, p.1340-1352, 2014.
- LOHMAN, M; DUMENCI, L; MEZUK B. Sex differences in the construct overlap of frailty and depression: evidence from the health and retirement study. **J Am Geriatr Soc**.v 62, n.3, p. 500-505. 2014.
- MORLEY, J.E. et al. Frailty Consensus: A Call to Action **J Am Med Dir Assoc**. v.14, n.6, p.392–397, 2013.
- NERI, A.L (Org) Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Campinas: **Alínea**, p,392, 2013.
- NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras : Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.4, p 778–792, 2013.
- PAVARINI, S.C.I. et al. Protocolo de avaliação gerontológica: módulo cuidador. **São Carlos: EdUFSCar**, 2012. 50 p. (Série Apontamentos).
- PEDRAZZI, E.C. et al. Household arrangements of the elder elderly. **Rev Latinoam Enferm**. v.18, n. 1, p.18-25, 2010.
- REIS-JÚNIOR, W.M. et al. Pré-fragilidade e fragilidade de idosos residentes em município com baixo Índice de Desenvolvimento Humano. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; v.22, n.4, p.654-661, 2014.

- SANTOS, A.A. et al. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.3, p.351-357, 2013.
- SANTOS, A.A.; PAVARINI, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Rev Gaúcha Enferm.*, v.31, n.1, p.115-122, 2010.
- SCAZUFCA, M. Brazilian version of the burden interview scale for the assessment of burden of care in caregivers of people with mental illnesses. **Rev Bras Psiquiatr**, v.24, n.1, p.12-17, 2002.
- STACKFLETH, R. et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta Paul Enferm.** v.2, n.55, p.768-774, 2012.
- TRIBESS S, OLIVEIRA RJ. Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. **Rev Salud Pública**, v.13, n.5, p. 853-64. 2011.
- WEHBE, S.C.C.F. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS Em uma amostra de idosos brasileiros. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.17, n.6, p.1-7, 2008.
- YESAVAGE, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. **J Psychiatr Res**, [s. l.] p.37-49, 1983.
- ZARIT, S.H, REEVER, K.E, BACH-PETERSON J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. **Gerontologist**, v.20, p.649-655, 1980.

ESTUDO 2

Relação entre cognição, fragilidade e suporte familiar de idosos cuidadores residentes em contexto de alta vulnerabilidade social.

Relationship among cognition, fragility and family support of elderly caregivers residents in the context of high social vulnerability.

Relación entre cognición, fragilidad y soporte familiar de cuidadores mayores de adultos mayores residentes en contexto de alta vulnerabilidad social.

RESUMO

A relação entre cognição e fragilidade é amplamente descrita na literatura, bem como o perfil do cuidador de idoso, no entanto, há uma lacuna dessa condição nos idosos que são cuidadores, residem em regiões de alta vulnerabilidade social e sua relação com o desempenho cognitivo. **Objetivo:** Analisar a relação entre cognição, fragilidade e suporte familiar dentro do contexto de alta vulnerabilidade social. **Métodos:** Trata-se de um estudo correlacional, preditivo, transversal, exploratório e quantitativo, realizado na área de abrangência nas Unidades de Saúde da Família e que estão na cobertura do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, no município de São Carlos. Foram entrevistados 73 cuidadores primários de idosos, utilizando um instrumento de caracterização sociodemográfica e do cuidado, o Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisado (ACE-R), a avaliação da Fragilidade segundo os critérios de Fried e o Genograma de maneira quantitativa. **Resultados:** Observou-se associação estatisticamente significativa entre a cognição e a renda de até um salário mínimo destes cuidadores, representou 14,93 pontos a menos na pontuação do ACE-R. O número de pessoas que residem no domicílio também possui relação estatisticamente significativa com a cognição, quanto maior o número de pessoas na casa, menor o desempenho no ACE-R. **Conclusão:** Chama atenção que a grande maioria dos idosos deste estudo vive em casas com um grande número de pessoas, o que é comum em contexto de alta vulnerabilidade social e baixa escolaridade, porém, foi encontrado que este fator interfere no desempenho

cognitivo. Mais estudos devem ser desenvolvidos buscando aprofundar entre as condições oferecidas pela sociedade e as que estes idosos, famílias e suas redes sociais podem planejar em favor do envelhecimento saudável.

Palavras- Chave: Idoso Frágil; Cuidador, Cognição.

ABSTRACT

Introduction: The relationship between cognition and fragility is widely described in the literature as well as the elderly caregiver profile, however, there is a gap of this condition in the elderly who are caregivers, living in highly vulnerable areas, and how cognitive performance can be related.

Objective: To analyze the relationship between cognition, fragility and family support within the high social vulnerability context. **Methods:** This is a cross-sectional, exploratory and quantitative study conducted in the area covered by the “Unidades de Saúde da Família” (Family Health Units) and are on top of the Center for Support to Health in the city of Sao Carlos, Brazil. They interviewed 73 primary caregivers of seniors using a sociodemographic instrument and care, Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised (ACE-R) and evaluation of Fragility according to Fried criteria. **Results:** We observed a statistically significant association in income to a minimum wage of these caregivers, which is 14.93 points lower in the ACE-R score, the number of persons residing in the household has a statistically significant relationship, because the higher the number of people in the house, the lower the performance in the ACE-R. **Conclusion:** It is remarkable that the vast majority of the elderly in this study live in houses with a large number of residents, which is common in the context of high social vulnerability and low education; however, it was found that this factor interferes in cognitive performance. More studies are necessary in order to investigate the conditions offered by the society and what these seniors, families and their social network can do in favor of a healthy aging.

Key-words: Fragility; Caregiver, Cognition

RESUMEN

Introducción: La relación entre la cognición y la fragilidad es ampliamente descrita en la literatura, así como el perfil del cuidador de ancianos, sin

embargo existe una brecha en lo que se refiere a adultos mayores que son cuidadores, que viven en zonas altamente vulnerables y su relación con el desempeño cognitivo. **Objetivo:** Analizar la relación entre cognición, fragilidad y soporte familiar dentro del contexto de alta vulnerabilidad social. **Método:** Se trata de un estudio correlacional, predictivo, transversal, exploratorio y cuantitativo desarrollado en el área de las Unidades de Salud de la Familia que se encuentran bajo la cobertura de Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia. Fueron entrevistados 73 cuidadores primarios de personas adultas mayores utilizando un instrumento de caracterización sociodemográfica, Examen Cognitivo de Addenbrooke - Revisado (ACE-R), la evaluación de Fragilidad de acuerdo a criterios de Fried y el Genograma de manera cuantitativa. **Resultados:** Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la cognición y el ingreso de hasta un salario mínimo de estos cuidadores, lo que representó 14,93 puntos por debajo en la puntuación del ACE-R. El número de personas que residen en el hogar tiene también una relación estadísticamente significativa con la cognición, ya que cuanto mayor el número de personas en la casa, menor es el desempeño en el ACE-R. **Conclusión:** Es notable que la gran mayoría de las personas adultas mayores en este estudio viven en casas con un gran número de personas, que es común en el contexto de alta vulnerabilidad social y bajo nivel de educación, sin embargo se encontró que este factor interfiere con el rendimiento cognitivo. Más estudios deben ser desarrollado buscando profundizar entre las condiciones ofrecidas por la comunidad y las que estas personas, las familias y sus redes sociales, pueden planificar en favor de un envejecimiento saludable.

Palabras-clave: Fragilidad; Cuidador, Cognición

Introdução

O número de idosos que realiza o papel de cuidador de outro idoso da família cresceu ao longo dos anos, devido à transição demográfica e às mudanças na estrutura familiar (TOMOMITSU, PERRACINI, NERI, 2013).

Os idosos cuidadores apresentam pior satisfação com a vida, mais problemas de saúde e menor apoio social, quando comparados aos

outros idosos. As variáveis econômicas e demográficas intensificam a susceptibilidade ao desgaste psicológico e físico gerado pela prestação de cuidados (PINQUART, SÖRENSEN, 2011).

A rotina de trabalho exige do cuidador habilidade de julgamento e resolução de problemas, impondo como requisito um nível mínimo de funcionamento cognitivo (TOMOMITSU, PERRACINI, NERI, 2013; NERI et al., 2012). Estudos mostraram que a fragilidade possui acúmulo de déficits em vários domínios, dentre eles o desempenho cognitivo (LINDA et al., 2015; JACOBS et al., 2011; MACUCO et al., 2012).

A fragilidade é uma síndrome de declínio progressivo de peso, força auto referida, nível de energia, velocidade e atividade física. Associada à idade, apresenta uma redução da reserva fisiológica e resistência aos estressores externos (RODRÍGUEZ-MAÑAS et al., 2012). Idosos identificados como frágeis possuem um aumento no risco de resultados negativos de saúde, como hospitalização e morte (STERNBERG et al., 2011).

É um estado de maior vulnerabilidade causada por prejuízos em diversos sistemas que podem originar a menor capacidade para responder a estressores suaves, incorpora multimorbilidade e as deficiências do sistema nervoso central que podem ser reconhecidos em relação a transtornos cognitivos e afetivos (MITNITSKI, FALLAH, ROCKWOOD, 2011; MORLEY et al., 2013).

Nas últimas décadas, o conceito de fragilidade vem sendo muito estudado na literatura internacional e também na brasileira. Estudos sobre fragilidade e fatores associados são necessários para orientar políticas públicas para idosos vulneráveis. No Brasil, não foram encontrados estudos sobre fragilidade e cognição em população de alta vulnerabilidade. Portanto, buscou-se responder indagações sobre a relação entre cognição, fragilidade e suporte familiar em uma área de alta vulnerabilidade social.

Método

Trata-se de um estudo correlacional, preditivo, transversal, exploratório e quantitativo, realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de São Carlos e que estão na cobertura do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), contexto de alta vulnerabilidade social.

Para a identificação da amostra as USF forneceram listas das residências (N=99) cadastradas na área de abrangência com dois ou mais idosos (≥ 60 anos), com os respectivos nomes, idade e endereço. Optou-se por não realizar um cálculo amostral e visitar e realizar a pesquisa com todos os idosos cadastrados nas unidades. Ao serem visitadas, verificou-se que em 7 casas um dos idosos havia falecido, houve 5 casos de mudança de endereço e em 4 casas não foram encontrados os idosos, após três tentativas em períodos alternados. Nos 83 domicílios restantes, contactou-se os idosos e foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, destes, 10 se recusaram a participar. Os 73 idosos restantes passaram por uma pré-avaliação que incluía dois instrumentos de avaliação do desempenho das atividades de vida diária, as atividades básicas (Escala de Independência em Atividades da Vida Diária – KATZ) e as atividades instrumentais de vida diária (Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária de LAWTON). A amostra final contemplou 73 pares de participantes, idoso cuidador e idoso receptor de cuidado, totalizando 146 entrevistas. O idoso definido como cuidador foi o que apresentou independência ou dependência parcial na avaliação das AVDs, e o idoso receptor de cuidado era o mais dependente, segundo os resultados nas escalas de atividades de vida diária. Nas casas com três ou mais idosos, foram incluídos apenas o mais dependente e o mais independente.

A coleta de dados ocorreu após agendamento prévio, no domicílio dos idosos, por uma dupla de entrevistadores previamente treinados, sendo que um realizava a entrevista com o idoso cuidador e o outro com o idoso receptor de cuidado. A coleta foi realizada no período de abril a novembro de 2014. A ordem de aplicação dos instrumentos foi padronizada após um estudo piloto.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (Parecer n. 517.182 de 29 de janeiro de 2014). Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao conteúdo, assinaram e receberam uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se um instrumento de caracterização do cuidador, com dados sociodemográficos como gênero, idade, estado civil, ocupação,

escolaridade, religião, raça/cor, renda do cuidador e familiar, moradia e se possuem plano de saúde.

Optou-se por medir a fragilidade por meio do fenótipo proposto por Fried (FRIED et al., 2001), incluindo auto relato de perda de peso não intencional no último ano, fadiga indicada por respostas sempre ou quase sempre a qualquer um dos dois itens da Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D), baixa força de preensão verificada pela média de três medidas consecutivas de força de preensão manual, em kg força, diminuição da velocidade da marcha indicada pela média de três medidas consecutivas do tempo que um idoso gasta para percorrer 4,6 m no plano e baixa taxa de gasto calórico, segundo relato dos entrevistados, que relatam se tem feito menos atividades físicas no último ano, com resposta sim ou não. Segundo Fried et al (2001), a presença de três ou mais das cinco características do fenótipo significam fragilidade e de um ou dois componentes significam pré fragilidade.

Para avaliação da cognição, foi utilizado The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R), apresentado por Mioshi, Dawson, Mitchell e Hodges (MIOSHI et al., 2006), traduzido, adaptado e validado por Amaral Carvalho e Caramelli (2007). É uma escala de avaliação cognitiva que possui dimensões de atenção e orientação, fluência verbal e linguagem, memória habilidades visuais e espaciais, recordação e reconhecimento. O escore geral do ACE-R vai de 0 a 100 pontos, notas de corte para cada domínio foram definidas como <17 pontos para orientação/atenção, <15 pontos para memória, <8 pontos para fluência verbal, <22 pontos para linguagem e <13 para habilidade viso construtiva.

Neste estudo foi utilizado o genograma apenas para levantar a subcategoria: composição familiar desde o ponto de vista do idoso participante. Ele, com sua experiência de vida, trouxe a composição familiar apresentada. Estas representações são carregadas de subjetividades, pois cada membro terá sua própria representação e visão da constituição familiar.

Foi criado um banco de dados no software Epidata 3.1. em que dois digitadores realizaram dupla entrada dos dados de maneira independente e cega. Após a validação da dupla entrada, os dados foram exportados para o aplicativo Stata 10® para sistema Windows.

Para as análises dos dados, foram utilizadas a distribuição e frequência das características dos cuidadores, além de médias, mínimas, máximas e desvios-padrão, distribuída em forma de tabela. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar a aderência dos dados à normalidade. A análise de Regressão Linear foi útil para avaliar a relação de variáveis sobre a cognição, por meio dos modelos brutos e ajustados de regressão construídos em função do tamanho da amostra, da normalidade, da força de correlação e das relações descritas no estado da arte. Para todos os testes estatísticos foi adotado o nível de significância de 5%.

Resultados

Este estudo foi composto por 73 idosos cuidadores, com faixa etária prevalente entre 60 a 69 anos (52%) e média de 70,3 anos ($\pm 8,5$). Observou-se o predomínio de idosos do sexo feminino, com renda em sua maioria até um salário mínimo (80,28%), com baixo nível de escolaridade, com média de 2,3 ($\pm 2,7$) anos de estudo. As demais características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas da amostra de cuidadores. São Carlos, 2016.

Variável	Distribuição em Categorias	N	%	Média ($\pm Dp$)	Mediana	Varição observada
Gênero (n=73)	Feminino	59	80,8			
	Masculino	14	19,2			
Idade (anos) (n=73)	60 a 69	38	52,1	70,3 ($\pm 8,5$)	68	60-98
	70 a 79	25	34,2			
	80 ou mais	10	13,7			
Estado civil (n=73)	Casado	64	87,7			
	Solteiro	2	2,7			
	Divorciado	1	1,4			
	Viúvo	6	8,2			
Escolaridade (n=73)	Analfabetos	26	35,6	2,3 ($\pm 2,7$)	2	0-14
	1 a 4 anos	40	54,8			
	5 a 9 anos	5	6,8			
	10 ou mais anos	2	2,8			
Raça/cor (n=73)	Branca	41	56,2			
	Preta	5	6,8			
	Mulata/parda	27	37			

Ocupação (n=73)	Do lar	58	79,5			
	Outros	15	20,5			
Aposentadoria (n=73)	Sim	54	74,0			
	Não	19	26,0			
Número de Filhos (n=73)	0	3	4,1	5,5 (±3,5)	5	0-17
	1 a 5	39	53,4			
	6 a 10	24	32,9			
	11 ou mais	7	9,6			
Religião (n=73)	Católico	40	54,8			
	Evangélico	23	31,5			
	Congregação Cristã	8	11			
	Espírita	1	1,4			
	Não Possui	1	1,4			
Renda familiar (reais) (n=73)	2 SM ou mais	14	19,7	679 (±390,3)	724	2000-0
	Até 1 SM	57	80,3			

SM=salário mínimo correspondente a 724 reais. Dp=Desvio padrão.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis relacionadas à caracterização do cuidado. Observou-se que a grande maioria dos idosos cuidadores foram classificados como casados (83,6%), cuidando de 1 a 4 anos (46,5%). A principal ajuda recebida foi a afetiva e a emocional por terceiros (89,0%). A entidade mais citada que auxilia na prestação do cuidado foi a instituição de saúde (90,4%).

Tabela 2 - Distribuição das variáveis de caracterização do cuidado. São Carlos, 2016.

Variável	Distribuição em Categorias	N	%	Média (±Dp)	Mediana	Varição observada
Grau de parentesco do idoso (n=73)	Cônjuge	61	83,6			
	Pai/mãe	6	8,2			
	Sogra/sogra	3	4,1			
	Irmão/irmã	2	2,7			
	Outros	1	1,4			
Tempo de cuidado (meses) (n=73)	Menos de 1 ano	19	26	52 (±85,1)	24	0-600
	De 1 a 4 anos	34	46,5			
	De 5 a 9 anos	9	12,4			
	10 ou mais anos	11	15,2			
Tempo de cuidado por dia (horas) (n=73)	De um a quatro	38	52	5,3 (±4,0)	4	0-22
	De cinco a nove	25	34,3			
	Mais de dez	10	13,7			

Dias da semana que cuida (n=73)	De 1 a 4 dias 5 dias	1 72	1,4 98,6	4,9 (±0,5)	5	0-5
Dias de final de semana que cuida (n=73)	Nenhum dia 2 dias	1 72	1,4 98,6	1,9 (±0,2)	2	0-2
Gasto mensal* (em reais) (n=73)	Até 100 De 101 a 500 501 ou mais	43 22 8	59 30,1 10,9	2096 (±260,8)	80	0-1000
Curso/treinamento para cuidar (n=73)	Sim Não	4 69	5,5 94,5			
Ajuda financeira/Material (n=73)	Sim Não	3 70	95,9 4,1			
Ajuda afetiva/emocional (n=73)	Sim Não	65 8	89,0 11,0			
Ajuda da igreja (n=73)	Sim Não	0 0	0 100			
Ajuda de instituições de saúde (n=73)	Sim Não	66 7	90,4 9,6			
Ajuda do serviço de Assistência Social (n=73)	Sim Não	1 72	1,4 98,6			

SM=salário mínimo correspondente a 724 reais. Dp=Desvio padrão.

Foi realizada análise de regressão linear múltipla para avaliar a associação entre cognição e variáveis selecionadas (Tabela 3). Observa-se que a cada acréscimo de anos da escolaridade representa 2,72 pontos a mais no ACE-R. Os cuidadores com idade de 80 anos ou mais possuem 22,75 pontos a menos neste mesmo exame.

Encontrou-se associação estatisticamente significativa na renda de até um salário mínimo destes cuidadores, o que representa 14,93 pontos a menos no ACE-R. O número de pessoas que residem no domicílio possui relação estatisticamente significativa, pois quanto maior o número de pessoas na casa, menor o desempenho no ACE-R (em 4 pontos). O sexo feminino foi estatisticamente significativo, representou 11,50 pontos a menos no referido exame.

Tabela 3 - Modelo de regressão bruto (univariado) e ajustado (múltiplo) para o Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisado dos cuidadores. São Carlos, 2016.

	Modelo bruto (univariado)			Modelo ajustado (múltiplo)		
	β	Ep	p	β	Ep	p
ESCOLARIDADE	3,54	0,67	<0,00	2,72	0,72	<0,00
IDADE						
60 a 69 anos	-8,13	4,35	0,06	-6,0	4,5	0,19
80 ou mais	-20,71	6,0	<0,00	-22,75	6,1	<0,00
RENDA						
2 SM ou mais	-4,58	5,34	0,39	-4,57	4,81	0,34
Até 1 SM	-13,41	7,26	0,06	-14,93	7,07	0,04
FRAGILIDADE						
Não Frágil	-9,44	7,84	0,23	0,82	6,73	0,90
Pré-Fragil	-14,61	8,08	0,07	-0,86	6,59	0,89
Número de pessoas que moram na casa						
	-2,47	1,90	0,19	-4,84	1,54	<0,00
SEXO						
	-5,89	5,37	0,27	-11,50	5,27	0,03
CONFLITO						
1 pessoa	2,21	13,90	0,87	7,70	10,37	0,46
2 pessoas	-3,23	13,84	0,81	5,17	10,65	0,62
3 pessoas	-5,14	13,75	0,71	5,45	10,24	0,59
4 pessoas	-2,38	14,38	0,86	3,93	11,06	0,72
5 pessoas	-3,5	14,54	0,81	7,39	11,18	0,51
6 pessoas	-16,5	22,53	0,46	-4,67	16,97	0,78
7 pessoas	10,5	22,53	0,64	-1,91	17,55	0,91
12 pessoas	26,5	22,53	0,24	26,83	18,58	0,15

R ajustado = 0,57 para o modelo múltiplo. *Mediana estabelecida para 16 pontos.

* Conflito: número de pessoas que possui conflito.

**Número de pessoas que moram na casa controlado por conflito e fragilidade.

Discussão

Os resultados deste estudo corroboram com o de outros trabalhos referentes as variáveis de gênero, com a prevalência de mulheres (80,8%) (SILVA, ORELLANA, NASSR, 2015), na faixa etária de 60 à 69 anos

(70,3%) (LITZELMAN et al., 2014), semelhante as características de população idosa referida por algumas pesquisas nacionais e internacionais (STACKFLETH et al., 2012; GRATÃO et al., 2013; JARDIM, BARRETO, GIATTI, 2010; RIBEIRO, ROSA, BOZZETTI, 2011).

No que se refere ao grau de escolaridade, a presente pesquisa observou que os idosos em sua maioria possuíam baixa escolaridade, com prevalência de um a quatro anos de estudo. Estes dados se assemelham aos encontrados em uma investigação com cuidadores no município de Ribeirão Preto (SP), com 314 idosos, sendo que destes, 54,7% tinham ensino fundamental incompleto (GRATÃO et al., 2013) e aos obtidos em um estudo de Belo Horizonte (MG) com 230 idosos da comunidade, com uma média da escolaridade de três anos de estudo (JARDIM, BARRETO, GIATTI, 2010).

O baixo nível de escolaridade pode ser explicado por se tratar de uma população em contexto de pobreza e pelos aspectos culturais, em que as mulheres idosas não estudavam em sua época. Pesquisas mostram o papel social da mulher historicamente imposto de promover o cuidado da casa e da família (VIEIRA et al., 2011).

Verificou-se que os cuidadores eram, em sua maioria, mulheres casadas, que realizavam o cuidado de um a quatro anos; dados semelhantes foram encontrados na literatura (LITZELMAN et al., 2014; FERREIRA, ALEXANDRE, LEMOS, 2011; MENDES et al., 2010).

Quanto à renda, identificou-se que 66,2% dos idosos possuíam renda mensal de até um salário mínimo, o que corrobora com uma pesquisa realizada em São Paulo (SP) (DELLAROZA et al., 2013), com 1.271 idosos da comunidade, onde 42,8% dos participantes recebiam entre um e três salários mínimos e com um estudo desenvolvido com 2.898 idosos da comunidade em Uberaba (MG), onde os idosos possuíam renda de um salário mínimo (FERREIRA, TAVARES, RODRIGUES, 2011).

Uma grande parcela dos idosos contribui ou é a única fonte de renda dos filhos e netos, que vivem em sua maioria no mesmo domicílio, fato evidenciado nos dados do IBGE (CENSO, 2010) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), que mostram que a participação do idoso na renda familiar se revela cada vez mais significativa.

Estudos destacaram que mais da metade dos cuidadores

dedicam-se integralmente ao cuidado, não recebem ajuda de outras pessoas e não possuem formação prévia para atividade, assemelhando-se com os dados encontrados, onde os cuidadores realizam a atividade todos os dias da semana, inclusive aos finais de semana (GAIOLI, FUREGATO, SANTOS, 2012; GRATÃO et al., 2013).

Estes cuidadores relataram que a maior ajuda recebida é a emocional, ofertada por alguns membros da família ao idoso cuidado, corroborando com resultados encontrados em uma amostra de cuidadores no Chile, que apresenta rede de apoio escassa relacionada ao aumento da sobrecarga (ARAVENA, ALVARADO, 2010).

O idoso que assiste outro idoso necessita de habilidades para cuidar, resolver problemas, estabelecendo como requisito um nível mínimo de funcionamento cognitivo. A presente pesquisa possibilitou constatar o desempenho cognitivo dos idosos cuidadores de uma região de alta vulnerabilidade social de um município paulista.

Observou-se que os cuidadores com idade de 80 anos ou mais possuem 22,75 pontos a menos no Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R), quando comparado com outra faixa etária. Encontrou-se que a idade avançada pode contribuir para uma maior deterioração da performance cognitiva, portanto cuidadores mais velhos possuem um menor desempenho cognitivo. Os resultados foram semelhantes aos encontrados em um estudo desenvolvido no município de Minas Gerais (MG) (FERREIRA, TAVARES, 2013) em Fortaleza (CE) (DOMICIANO et al., 2014) e em Ribeirão Preto (SP) (LEONARDO et al., 2014). Estes estudos apresentaram resultados semelhantes e relacionaram o baixo desempenho com a baixa escolaridade. Outro estudo desenvolvido em Beirut-Líbano (ZOGHBI et al., 2013) encontrou que a maioria dos idosos com comprometimento cognitivo têm um nível educacional mais baixo e menor renda.

Verificou-se que cuidadores idosos mais pobres possuíam um menor desempenho cognitivo. A baixa renda ou não ter renda é um fator importante para o declínio cognitivo. Dados semelhantes foram encontrados em um recorte do projeto multicêntrico Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA), realizado na cidade de Campinas (SP), onde os idosos com menor pontuação no teste de rastreio de alterações cognitivas eram os com menor

renda familiar e com maior idade (SANTOS et al., 2013).

Os achados deste estudo apontaram que o número de pessoas que residem no domicílio com este idoso cuidador possui relação estatisticamente significativa com o desempenho cognitivo, pois, quanto maior o número de pessoas na casa, menor o desempenho. O que difere de achados em um estudo desenvolvido no interior paulista com idosos em região de alta vulnerabilidade social, onde residir com o idoso pode ser considerada como estratégia destas famílias para favorecer as gerações mais velhas e as mais jovens, podendo expressar melhora nas condições de vida (SANTOS; PAVARINI, 2010).

Com relação à fragilidade, não foram encontrados resultados estatisticamente significativos, o que difere de outros estudos, como em um estudo longitudinal realizado com idosos Americanos Mexicanos, onde os indivíduos pré-frágeis e frágeis com comprometimento cognitivo apresentaram um risco significativamente maior de morrer em comparação a indivíduos não frágeis (CANO et al., 2012).

Conclusão

Conclui-se que não houve relação estatisticamente significativa da fragilidade com o desempenho cognitivo, porém ela deve ser estudada já que possui impacto na vida dos idosos, de seus familiares, cuidadores e da sociedade.

O resultados encontrados com relação ao nível de escolaridade refletem aspectos da desigualdade social no país. As diferenças no nível de alfabetização, entre os sexos, são reflexo da organização social. O amplo acesso aos meios de alfabetização, poderia futuramente propiciar proteção contra as disfunções cognitivas que afetam estes idosos cuidadores.

Há muitas lacunas na literatura sobre o desempenho cognitivo em idosos em contextos de pobreza, fato que sugere o investimento em futuros estudos, pois, o contexto econômico e social que estes idosos cuidadores vivem deve ser levado em consideração.

Chama atenção que a maioria dos idosos deste estudo vivem em casas com um grande número de pessoas, o que é comum em contexto de alta vulnerabilidade social e baixa escolaridade, porém, foi encontrado que

este fator interfere no desempenho cognitivo. Mais estudos devem ser desenvolvidos buscando aprofundar entre as condições oferecidas pela sociedade e as que estes idosos, famílias e suas redes sociais podem planejar em favor do envelhecimento saudável.

Referências

ARAVENA, V. J.; ALVARADO, O. S. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. **Ci Enferm**, v.15, n. 2, p.111-120, 2010.

CANO, C. et al. Frailty and Cognitive Impairment as Predictors of Mortality in Older Mexican Americans. **J Nutr Health Aging**, v.6, n.2, p.142-147, 2012.

CARVALHO, V. A.; CARAMELLI, P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's cognitive examination-revised (ACE-R). **Dement Neuropsychol**, v.1, n.2, p.212-216, 2007.

DELLAROZA, M.S.G. et al. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.2, p.325-334, 2013.

DOMICIANO, B.R. et al. Education, age, and cognitive impairment of elderly residents in long- term institutions. **Rev Neuropsic.**, v.22, n.3, p.330-36, 2014.

FERREIRA, C.G.; ALEXANDRE.T.S.; LEMOS, N.D. Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária. **Saúde Soc.**, v.20, n.2, p.398-409, 2011.

FERREIRA, P. C. S.; TAVARES, D. M. S. Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.2, p.401-7, 2013.

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol Med Sci**; v.56, n.3, p.146- 156, 2001.

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.1, p.150- 157, 2012.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.1, p.137-144, 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo 2010** - Brasília, [2010].

http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php/. Acesso em:15/04/2015.

JACOBS, J.M. et al. Frailty, cognitive impairment and mortality among the oldest old. **Journal of Nutrition, Health and Aging**, v.15, p.678–82, 2011.

JARDIM, R.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Auto-relato e relato de informante secundário na avaliação da saúde em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.6, p.1120-1129, 2010.

LEONARDO, K.C. et al. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. **Cienc Cuid Saude**, v.13, n.1, p.120-127, 2014.

LINDA P.M. et al. Fried phenotype of frailty: cross-sectional comparison of three frailty stages on various health domains. **Op het Veld et al. BMC Geriatrics** v.15, p.77, 2015.

LITZELMAN, K. et al. Association between informal caregiving and cellular aging in the survey of the health of wisconsin: the role of caregiving characteristics, stress, and strain. **Am. J. Epidemiol.**, v.179, n.11, p.1340-1352, 2014.

MACUCO, C.R.M. et al. Mini-Mental State Examination performance in frail, prefrail, and nonfrail community dwelling older adults in Ermelino Matarazzo, São Paulo, Brazil. **International Psychogeriatrics**, v.1, p.1–7, 2012.

MENDES, G.D. et al. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado **Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG**, v.3, n.1, 2010.

MIOSHI, E. et al. The Addenbrooke's cognitive examination revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. **Int J Geriatr Psychiatr**, v. 21, n.11, p.1078- 1085, 2006.

MITNITSKI, A; FALLAH, N; ROCKWOOD, P.K. A Multistate Model of Cognitive Dynamics in Relation to Frailty in Older Adults. **Epidemiol**, v.21, p.507–516, 2011.

MORLEY, J.E. et al. Frailty Consensus: A Call to Action **J Am Med Dir Assoc**. v.14, n.6, p.392–397, 2013.

NERI, A.L. et al. Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers. **International Psychogeriatrics**, v.24, n.3, p.472-483, 2012.

- PINQUART, M.; SÖRENSEN, S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. **Psycholo Aging**, v.26, n.1, p.1-14, 2011.
- RIBEIRO, R.S.V.; ROSA, M.I.; BOZZETTI, M. C. Malnutrition and associated variables in an elderly population of Criciúma, SC. **Revista da Associação Medica Brasileira**. v.57, n.1, p.56-61, 2011.
- RODRÍGUEZ-MAÑAS. et al. Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. **Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCE**, v.71, n.1, 2012.
- SANTOS, A.A, PAVARINI, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS),v.31, n.1, p.115-122, 2010.
- SANTOS,A.A. et al. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.3, p 351-7, 2013.
- SILVA,C.A.M;ORELLANA,P.A.R;NASSR,G.N.M.Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar, **Fisioter. Pesqui.** v.22, n.1, 2015.
- STACKFLETH, R. et al. Burden of work in caregivers of frail elders living at home. **Acta Paul Enferm.** v.25, n.5, p.768-74, 2012.
- STERNBERG, S.A. The identification of frailty: a systematic literature review. **J Am Geriatr Soc**, v.59, p.2129-2238, 2011.
- TOMOMITSU, M.R.S.V.; PERRACINI, M.R.; NERI, A.L. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v.16, n. 4, p.663-668, 2013.
- VIEIRA, C.P.B. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev. bras. enferm.**, v.64, n.3, 2011.
- ZOGHBI, M.E. et al. Association between cognitive function and nutritional status in elderly: A cross-sectional study in three institutions of Beirut-Lebanon. **Geriatric Mental Health Care** ,v.1, p.73–81, 2013.

ESTUDO 3

Arranjos domiciliares de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social.

Living arrangements of elderly caregivers in the context of high social vulnerability.

La composición familiar de cuidadores mayores en el contexto de alta vulnerabilidad social.

RESUMO

Introdução: Em contexto de pobreza, na maioria das vezes, o idoso é fonte de renda da família multigeracional residente em seu domicílio. Existem mais famílias onde vivem até quatro gerações no mesmo lar, sendo elas em sua maioria compostas pelo idoso, filho, neto e bisnetos. **Objetivos:** Analisar os arranjos domiciliares dos idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, baseado nos pressupostos da pesquisa quantitativa, realizado no município de São Carlos, situado na região central do estado de São Paulo. Foram avaliados 73 idosos cuidadores, aplicou-se o Apgar de família, genograma e ecomapa. Todos os cuidados éticos foram respeitados. **Resultados:** Houve o predomínio de boa funcionalidade familiar entre os cuidadores. A maior parte destes idosos convive com um companheiro e com seus filhos. A grande maioria possui conflito com algum membro familiar e não mantém relações com os instrumentos disponíveis em sua rede social. Além disso, não possui nenhuma forma de lazer, entretanto algumas famílias relataram participar de atividades na igreja, realizar as compras no mercado e utilizar a USF. **Conclusão:** A preservação dos vínculos afetivos entre os membros da família surge como uma estratégia de enfrentamento dos problemas que podem aparecer na vida deste cuidador idoso

Palavras- Chave: Cuidadores, apoio social, idoso.

ABSTRACT

Introduction: In the context of poverty, in many cases, the elderly is a source of income of the multigenerational family living in his house. There are families where four generations live in the same household; they are mostly

composed of the elderly, son, grandson and great-grandchildren. **Objectives:** To analyze the living arrangements of elderly caregivers in the context of high social vulnerability. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive study based on the assumptions of quantitative research conducted in the city of Sao Carlos, state of Sao Paulo, Brazil. They evaluated 73 elderly caregivers, applied the family Apgar, genogram and ecopama. All ethical guidelines were followed. **Results:** There was a predominance of good family relationship among caregivers, most of these seniors lives with a mate and their children; the vast majority has conflicts with a family member and does not have relations with the tools available in their social network; most seniors do not have any form of leisure, though some families reported participating in church activities or going to the market. **Conclusion:** The preservation of the affective bonds between family members appears as a coping strategy of the problems that may arise in the life of an elderly caregiver.

Key-words: Caregiver, social support, elderly.

RESUMEN

Introducción: En el contexto de pobreza, sobre todo las personas mayores son una fuente de ingresos de la familia multigeneracional residente en su domicilio. Hay familias en las que viven hasta cuatro generaciones en el mismo hogar, siendo compuestas en su mayoría por el adulto mayor, hijo, nieto y bisnietos. **Objetivos:** Analizar las composiciones familiares de cuidadores de edad avanzada en el contexto de alta vulnerabilidad social. **Método:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo basado en los supuestos de la investigación cuantitativa realizada en el municipio de San Carlos, ubicado en la región central del estado de San Pablo. Fueron evaluados 73 cuidadores de ancianos, se aplicó el Apgar de Familia, genograma y ecopama. Todos los requisitos éticos fueron cumplidos. **Resultados:** Hubo predominio de buena funcionalidad familiar entre los cuidadores. La mayor parte de estas personas mayores convive con con una pareja y sus hijos, la gran mayoría tiene conflictos con algún miembro de la familia no mantiene relaciones con los equipamientos disponibles en su red social, no tienen cualquier forma de ocio, aunque algunas familias reportaron participar en actividades de la iglesia y hacer compras en el mercado.

Conclusión: La preservación de los vínculos afectivos entre los miembros de la familia aparece como una estrategia de afrontamiento de los problemas que pueden surgir en la vida del cuidador de adultos mayores.

Palabras-clave: Cuidadores, apoyo social, adultos mayores.

Introdução

As famílias passaram por mudanças estruturais e funcionais significativas, que relacionam-se a aspectos culturais. Um fator importante que merece destaque é a maior longevidade, onde membros familiares mais antigos tornam-se presentes por mais tempo na composição familiar (FALCÃO, 2010).

As mudanças mais marcantes encontradas nas famílias do século XX são o menor número de filhos, filhos planejados, as mulheres presentes no mercado de trabalho, os homens mais presentes nas funções domésticas, parcerias homossexuais, menos distanciamento entre os pais e filhos e maior longevidade (CEBERIO, 2006).

Em contexto de pobreza, na maioria das vezes, o idoso é fonte de renda da família multigeracional residente em seu domicílio. Existem mais famílias onde vivem até quatro gerações no mesmo lar, sendo elas em sua maioria compostas pelo idoso, filho, neto e bisnetos. Os laços deste idoso com seus netos adultos, bisnetos e filhos pode durar, atualmente, mais de vinte anos (TRAD, 2010).

Os familiares mais velhos auxiliam na proximidade dos membros da família (TRAD, 2010). Na pesquisa com famílias, é necessário analisar a complexidade das relações, observando os detalhes encontrados (WENDT; CREPALDI, 2007). Falcão (2006) afirmou que a principal função da família é oferecer valores e vínculos nos diferentes contextos sociais encontrados. Os indivíduos exercem dentro da unidade familiar funções únicas e, em muitos casos, encontram na família apenas como uma unidade social onde acontecem apenas interações sociais. Portanto, toda relação familiar é social, mas nem toda relação social é familiar (TRAD, 2010).

Minuchin (1982) apontou que uma das principais formas de acessar a estrutura e a dinâmica da família é realizar a análise dos subsistemas familiares. Um indivíduo pode fazer parte de diferentes

subsistemas, com diferentes níveis de poder, manterá diferentes relações complementares e aprenderá diferentes habilidades. Cada um destes subsistemas familiares cria funções e demandas específicas para cada um de seus membros.

Quando aparece a necessidade do cuidado, há obrigação de ajuste e reorganização da família que se refletem na adaptação dos papéis familiares que são definidos ao longo do tempo e das formas como cada membro interage com os demais. O apoio familiar possui relação com o contexto de maior ou menor vulnerabilidade social (PAVARINI et al., 2009).

Assim, neste estudo, procurou-se analisar os arranjos familiares dos idosos cuidadores e averiguar equipamentos de suporte social procurados pelos idosos.

Método

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, baseado nos pressupostos da pesquisa quantitativa, realizado no município de São Carlos, situado na região central do estado de São Paulo.

Neste estudo foi considerado o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) do setor censitário da USF onde o idoso estava cadastrado. Este índice classifica os setores censitários do Estado de São Paulo segundo níveis de vulnerabilidade social a que estão sujeitos, pode variar de um (nenhuma vulnerabilidade) a seis (muito alta vulnerabilidade). Foram incluídas as unidades em contexto de alta e muito alta vulnerabilidade social, que estão na cobertura do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), da região da ARES “Cidade Aracy”. A cobertura total da população da ARES “Cidade Aracy” atualmente é de 15638 indivíduos nas cinco Unidades Saúde da Família.

Participaram deste estudo 73 idosos que apresentaram independência ou dependência parcial na avaliação das AVDs, e o idoso receptor de cuidado era o mais dependente, segundo os resultados nas escalas de atividades de vida diária.

Para avaliar os vínculos familiares no sistema de cuidado informal no contexto familiar, utilizou-se o APGAR de família, que possibilita verificar indícios de disfunção familiar. Além disso, avalia a satisfação com a

dinâmica de funcionamento familiar, verificando a percepção das pessoas sobre suas famílias como um recurso ou como um fator estressor. Os domínios citados são avaliados por meio de cinco questões simples às quais são atribuídos valores que, ao final, são somados resultando num escore total cuja representação numérica relaciona-se diretamente com uma condição de funcionalidade familiar (boa funcionalidade, moderada ou alta disfuncionalidade). Altos índices do APGAR demonstram maior capacidade de adaptação da família à nova situação e possíveis e prováveis mudanças de papéis, enquanto um baixo índice pode representar um ambiente estressante, de baixa adaptabilidade à nova situação e pode requerer intervenções apropriadas e urgentes (DUARTE, 2001).

Utilizou-se o genograma para descrever os arranjos familiares, a aplicação do instrumento se inicia com a pergunta: quem faz parte da família, depois de anotado todos os membros, é circulados os que moram na mesma casa, são solicitadas informações como idade, gênero, naturalidade, ocupação, problemas de saúde (especialmente demência) e dados que forem significativos para aquela família, são identificados dados de pelo menos três gerações abaixo do idoso e uma geração acima, ou seja, informações sobre os pais dos idosos, os filhos, os netos e bisnetos dos idosos, os resultados são analisados através da representação gráfica construída, que traz dados importantes a respeito do número de membros da família, geração, idade, relações relatadas como próximas ou distantes (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Para analisar o suporte social utilizado pelos idosos cuidadores, foi aplicado o Ecomapa, um diagrama do contato da família com o meio externo. Representa uma visão geral da situação da família; retrata as relações importantes de educação ou aquelas oprimidas por conflitos entre a família e o mundo. Demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações. Desenvolvido como dispositivos de avaliação, planejamento e intervenção familiar, pode ser utilizado para reestruturar comportamentos, relacionamentos e vínculos no tempo com as famílias, bem como modificar as percepções das famílias sobre si mesmas.

Os instrumentos Genograma e Ecomapa foram analisados de forma quantitativa, utilizando o desenho gráfico. Foram utilizadas as seguintes perguntas norteadoras: Como é a sua família?, Quantos filhos

possui? Você possui algum filho falecido? Você possui neto(s) e bisneto(s)? Toda a família presente no domicílio no horário da coleta foi envolvida. Para a construção do genograma e ecomapa das famílias, utilizou-se o Modelo Calgary de Avaliação da Família (MCAF). Neste modelo, o genograma é usado para a avaliação estrutural da família. O MCAF é uma estrutura integrada, baseada nos fundamentos teóricos de sistemas, consiste na avaliação de três categorias, a estrutural, a de desenvolvimento e a funcional. A categoria estrutural compreende a subcategoria “interna” que avalia: composição família, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites. A subcategoria “externa” avalia família extensa e sistemas mais amplos e subcategoria “contexto” avalia: etnia, classe social, religião e ambiente. A avaliação de desenvolvimento vai compreender estágios familiares, tarefas e vínculos afetivos. A Avaliação funcional compreende as subcategorias “Instrumental”, que é a realização de atividade de vida diária e a expressiva, que vai considerar diferentes tipos de comunicação, solução de problemas, papéis, crenças, aliança, influência e poder (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Neste estudo, o genograma foi utilizado apenas para avaliar a subcategoria: composição familiar e registrar as relações conflituosas desde o ponto de vista do idoso participante, que, com sua experiência de vida, trouxe a composição familiar apresentada. Estas representações são carregadas de subjetividades, pois cada membro terá sua própria representação e visão da constituição familiar (FALCÃO, 2010).

Para garantir o anonimato dos sujeitos, os nomes dos participantes foram substituídos por letras do alfabeto, sendo que não há nenhuma relação com o nome do idoso.

O genograma foi realizado com toda a família que estava presente na casa, naquele momento. Foi utilizada uma folha de papel em branco e nela foram incluídos as relações de proximidade afetiva entre os integrantes da família e as de conflito. Foram incluídas pelo menos três gerações, começando com os idosos, filhos, netos e bisnetos (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Seguiu-se a ordem cronológica do mais velho para o mais novo, da esquerda para a direita em cada uma das gerações e no diagrama foram

destacadas as pessoas que vivem no mesmo lar. Os símbolos utilizados para construção dos genogramas foram (WRIGHT; LEAHEY, 2012):

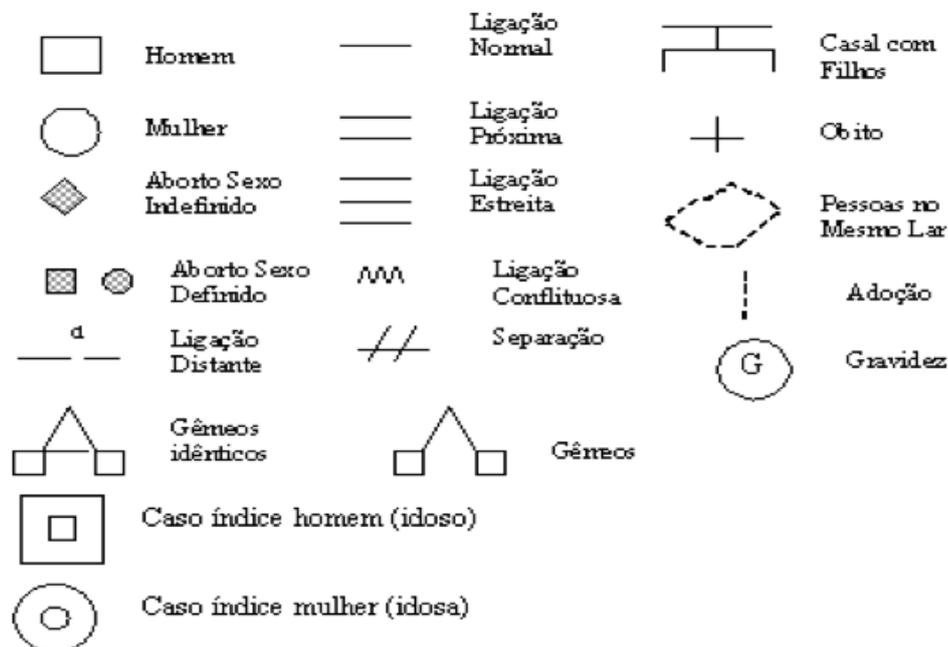


Figura 1 - Símbolos utilizados para construção dos genogramas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (Parecer n. 517.182 de 29 de janeiro de 2014).

Resultados

Foram confeccionados os 73 genogramas, ecomapas e Apgar de Família. Apresentaremos a seguir os resultados dessa análise, exemplificando alguns destes resultados com os genogramas e ecomapas de algumas destas famílias.

A maioria dos idosos entrevistados era do sexo feminino (80,8%), com idade entre 60 e 80 anos ou mais, sendo que a faixa etária de maior predominância foi de 60 a 69 anos. Em relação à escolaridade, observou-se uma significativa porcentagem de idosos com 1 a 4 anos de estudo (54,8%). A renda foi de até um salário mínimo (66,2%), sendo o salário mínimo vigente de R\$724,00. Com relação ao estado civil, a maioria dos idosos eram casados (87,7%).

Foi encontrado que, com relação ao número de pessoas que

vivem na casa do idoso, a maior parte vivia com um companheiro em sua casa (39 idosos, 53,4%). Além disso, 33 idosos viviam com três a cinco pessoas, sendo estes filhos, noras, genros, netos, bisnetos e pessoas consideradas da família, totalizando 45,21%. Somente um idoso vivia com sete pessoas em sua residência.

Com relação ao número de gerações que o idoso cuidador convive, a maior parte vive com um companheiro e os filhos (n=30 idosos, 44,1%), 14 idosos viviam com seu cônjuge (20,6%), 10 idosos com seu companheiro, filho(a), netos(a), bisneto(a) (14,7%), nove idosos conviviam apenas com seu companheiro (13,2%), outros parentes ou pessoas consideradas da família e somente 5 idosos só com filho ou neto(a) ou bisneto(a) (7,3%).

Dos genogramas realizados, 98% apresentaram relações conflituosas, seja com cônjuge, filho (a), genro, nora, neto (a), bisneto (a).

Quanto às ligações familiares, a maioria relatou possuir poucos vínculos fortes. Os vínculos mais fortes relatados foram com seus respectivos cônjuges, representado pela figura 2.

Figura 2 - Estrutura familiar da idosa cuidadora “Inês”. São Carlos, 2016.

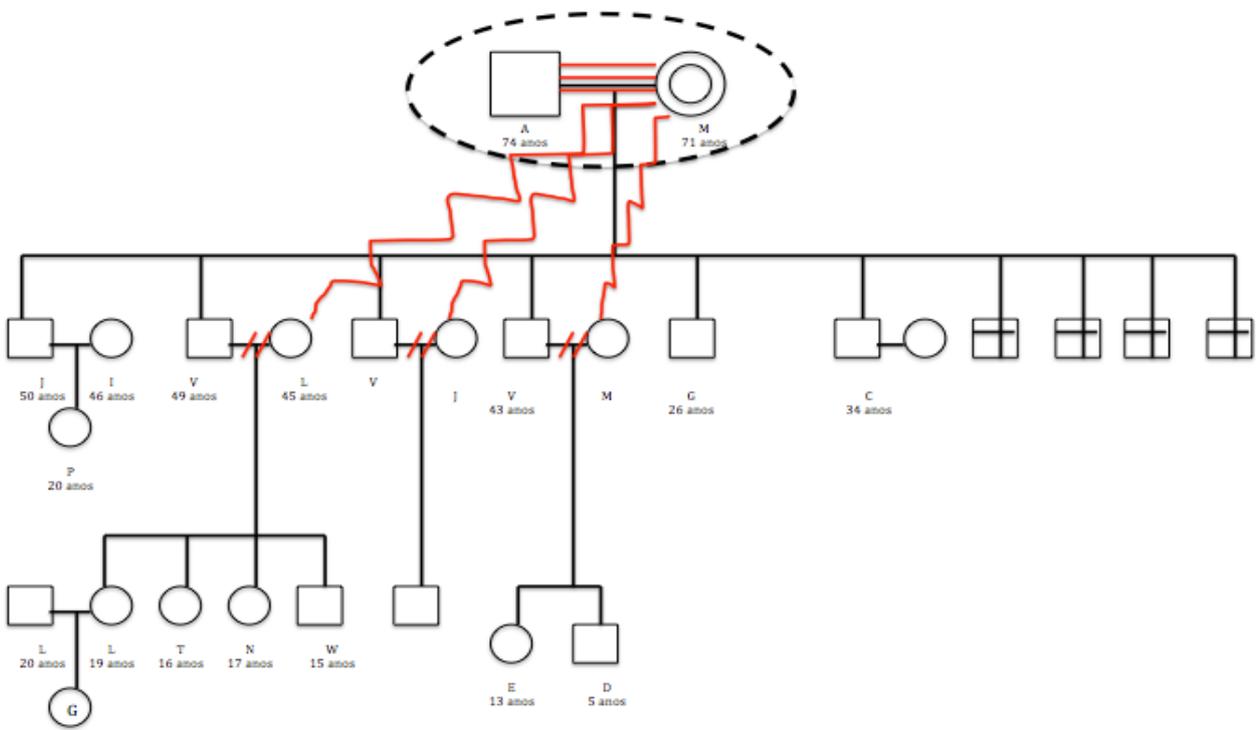
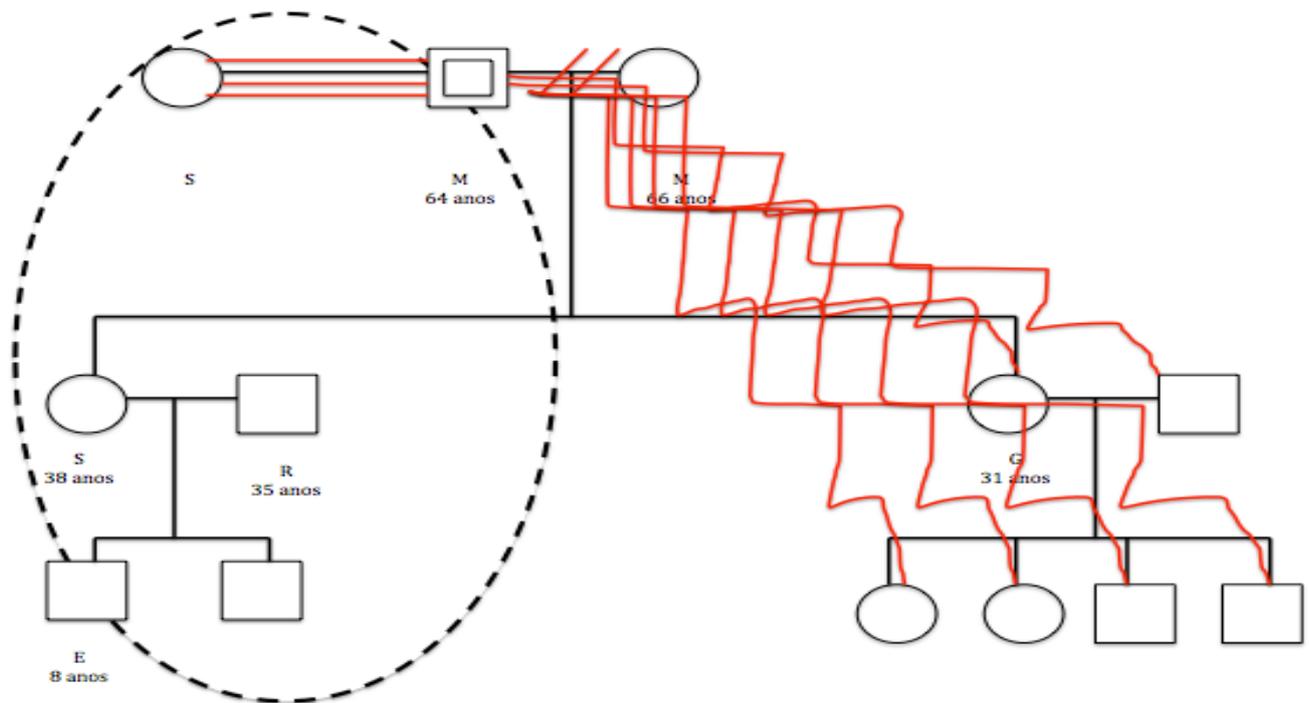


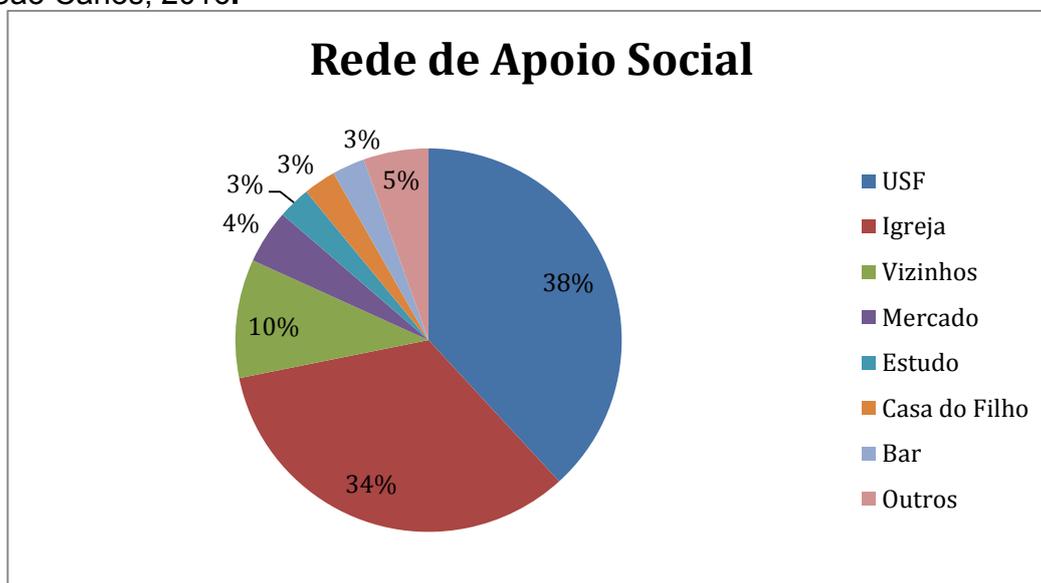
Figura 3 - Estrutura familiar da idosa cuidadora "Olga". São Carlos, 2016.



Em relação àqueles que residem com outros membros familiares, como filhos, genros, netos, sobrinhos ou bisnetos, apresentaram ligações conflituosas com mais frequência, sugerindo uma falta de rede potencial de apoio em casos de necessidade.

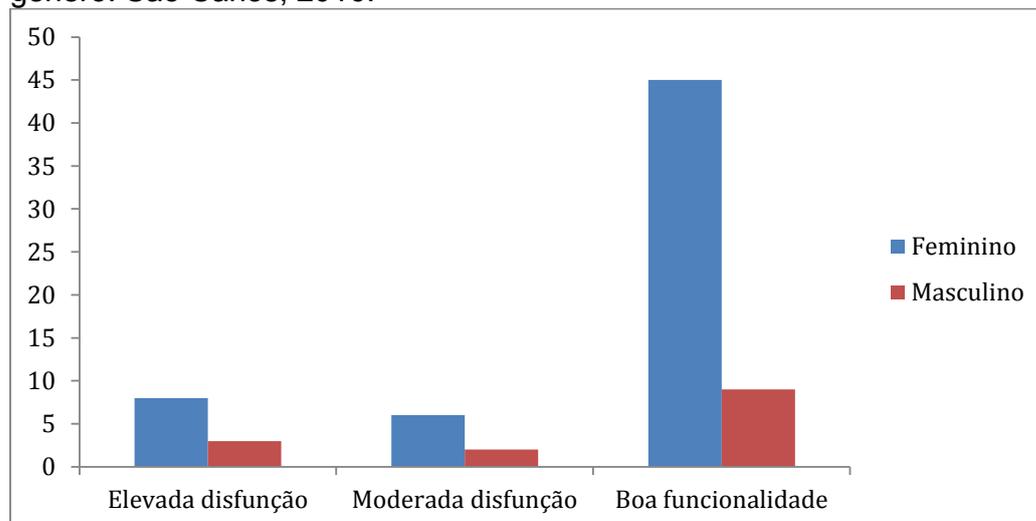
Quando questionados sobre os equipamentos sociais disponíveis e utilizados pelos idosos cuidadores e sua família, a grande maioria se referiu apenas à Unidade de Saúde da Família mais próxima, a visita dos vizinhos e frequentar a Igreja, como representado no gráfico 1.

Gráfico 1 - A rede de apoio social dos idosos cuidadores e seus familiares. São Carlos, 2016.



Agrupando os escores dos entrevistados em relação à funcionalidade familiar medida pelo Apgar de família, verificou-se que 45 mulheres e 9 homens apresentaram boa funcionalidade familiar, o que representa 73,9% dos entrevistados. Com relação a moderada disfunção familiar, encontrou-se 10,9% dos entrevistados, divididos em 6 mulheres e 2 homens e 15,1% destes idosos cuidadores apresentaram elevada disfunção familiar, divididos em 8 mulheres e 3 homens, conforme mostra a Gráfico 2.

Gráfico 2 - Divisão dos idosos em relação à funcionalidade familiar, segundo gênero. São Carlos, 2016.



Os idosos cuidadores que apresentaram boa funcionalidade familiar (73,9%) tiveram maior pontuação no quarto item (Afetividade), referente à questão – “Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor”, conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1 – Análise descritiva de cada dimensão do Apagar de Família para idosos com boa funcionalidade familiar. São Carlos, 2016.

Dimensão do Apagar	Dados descritivos					Média (±Dp)
	0. Nunca	1. Raramente	2. Algumas vezes	3. Quase sempre	4. Sempre	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
A	1 (1,9)	2 (3,7)	1 (1,9)	8 (14,8)	42 (77,8)	3,62 (±0,85)
B	--	--	5 (9,3)	7 (13,0)	42 (77,8)	3,68 (±0,63)
C	1 (1,9)	1 (1,9)	6 (11,1)	7 (13,0)	39 (72,2)	3,51 (±0,90)
D	--	1 (1,9)	2 (3,7)	8 (14,8)	43 (79,6)	3,72 (±0,62)
E	--	1 (1,9)	3 (5,6)	10 (18,5)	40 (74,1)	3,64 (±0,67)

Discussão

O presente estudo verificou que a maioria dos idosos cuidadores era do sexo feminino (80,8%), com idade entre 60 e 69 anos (70,4%) e casados. Estes dados corroboram com pesquisas nacionais e internacionais (TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014; TORIBIO-DÍAZ et al., 2011).

Quanto à escolaridade, a maioria possuía baixa escolaridade e

estudou de um a quatro anos. São resultados menores dos que os encontrados em estudos nacionais, como o desenvolvido em Ribeirão Preto (SP) com 101 cuidadores de idosos, onde a maioria possuía até oito anos de estudo (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012) e internacionais como o desenvolvido na Espanha com 53 cuidadores de idosos, destes poucos não haviam estudado (3,8%) e 30,2% havia completado o ensino primário (FERNÁNDEZ-LANSAC et al., 2012).

No que se refere à renda, observou-se que 66,2% dos idosos cuidadores possuíam uma renda de até um salário mínimo (no ano de 2015, o salário mínimo era de R\$ 724,00), estes dados assemelham-se aos de pesquisas nacionais (GRATÃO et al., 2013; TALMELLI et al., 2010).

Referente ao número de pessoas que moram no mesmo domicílio, encontrou-se um número máximo de sete pessoas (1,37%) vivendo com este idoso cuidador e um número mínimo de uma pessoa (53,42%). Um outro estudo desenvolvido na cidade de São Carlos com 49 idosos apresenta resultados semelhantes (PAVARINI et al., 2008).

Os resultados encontrados no instrumento Apgar de Família mostraram o predomínio de boa funcionalidade familiar entre os cuidadores (73,97%), corroborando com estudos nacionais, como o desenvolvido no interior de São Paulo (SANTOS; PAVARINI; BARHAM, 2011), onde a maioria dos idosos era do sexo feminino e relatou boa funcionalidade. Estudos internacionais apresentaram resultados semelhantes como o desenvolvido no Chile com 84% de relato de boa funcionalidade e 75% na pesquisa desenvolvida na Venezuela (MERCEDES, 2006; FERRER, 2003).

O Apgar de Família em muitos estudos tem se demonstrado um instrumento útil na avaliação da funcionalidade familiar, porém, neste estudo, quando analisado junto ao genograma, encontramos algumas diferenças, pois os genogramas apresentaram conflitos familiares em 66 das 68 entrevistas realizadas. No entanto, os idosos podem ter respondido este instrumento de uma forma positiva baseados nas normas sociais, onde os membros familiares são sempre unidos e sempre estarão presentes para cuidar, consolar e ajudar (FONTES et al., 2011).

Quanto aos equipamentos sociais utilizados pelos idosos cuidadores, a grande maioria declarou não manter relações com os

instrumentos disponíveis em sua rede social, não possuir nenhuma forma de lazer, entretanto algumas famílias relataram participar de atividades na igreja, realizar as compras no mercado e utilizar a Unidade de Saúde da Família (USF). No ecopama da maioria dos idosos entrevistados, encontram-se semelhanças, pois relatam como apoio disponível as relações muito próximas com alguns vizinhos e o uso da unidade de saúde mais próxima de sua casa, assemelhando-se aos achados em um estudo realizado no município de Natal (RN) (AMARAL, 2013).

Conclusão

Houve o predomínio de boa funcionalidade familiar entre os cuidadores, a maior parte destes idosos convive com um companheiro e com seus filhos, a grande maioria possui conflito com algum membro familiar e não mantém relações com os instrumentos disponíveis em sua rede social. Além disso, não possui nenhuma forma de lazer, entretanto algumas famílias relataram participar de atividades na igreja, realizar as compras no mercado e utilizar a USF.

A preferência pelos instrumentos genograma, ecomapa e Apgar de família permitiu conhecer um pouco mais de cada unidade familiar. No entanto, são instrumentos que despendem muito tempo para construí-los de forma adequada, para a realização de sua análise e a criação de propostas de intervenção. Estes achados sofrem modificações ao longo do tempo nestas famílias.

A preservação dos vínculos afetivos entre os membros da família surge como uma estratégia de enfrentamento dos problemas que podem aparecer na vida deste cuidador idoso. Os cônjuges, filhos(a), netos (a), noras, genros, vizinhos e outras pessoas consideradas membros familiares representam uma potencialidade quanto à oferta de ajuda emocional. Os vínculos com os recursos comunitários devem ser mais investidos e incentivados, pois, podem apresentar benefícios a estes idosos e seus familiares.

Referências

- AMARAL, F.L.J.S. et al. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1835-1846, 2013.
- CEBERIO, MR “Viejas y nuevas familias: La transición hacia nuevas estructuras familiares”, 2006. Disponível em: <http://www.redrelates.org/documentacion/Familias.pdf>, acesso em: 26/12/2015.
- FALCÃO, D.V.S.; BAPTISTA, M.N. Avaliação psicológica de famílias com idosos. In: FALCÃO, D.V.S. (Org). A família e o idoso: desafios da contemporaneidade. Campinas, SP: **Papirus**, p.13-36, 2010.
- FERNÁNDEZ-LANSAC, V. et al. Resiliência em cuidadores de personas con demência: estudio preliminar. **Rev Esp Geriatr Gerontol.**, 2012.
- FERRER, M. Valores y funcionabilidad familiar en habitantes del sector San Jose Coro-Falcón. **Med Fam Caracas**; v.11, n.2, p.20-27, 2003.
- FONTES, A.P. et al., Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as relações sócias. In: **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA**. Campinas, SP: Editora Alínea, p.55-73, 2011.
- GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n.1, p.150- 157, 2012.
- GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 1, p. 137-144. 2013.
- MERCEDES, Z.G. et al., Funcionamiento social del adulto mayor. **Cienc Enferm** [online]. 2006. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532006000200007&script=sci_ar ttext , acesso em: 26/12/2015.
- MINUCHIN, S. Famílias, funcionamento e tratamento. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1982.
- PAVARINI, S. C. I. et al. Família e vulnerabilidade social: um estudo com octogenários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.17, n.3, p.374-379, 2009.
- PAVARINI, S.C.I. et al., Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos

de uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v.10, n.1, p.39-50, 2008.

PEDRAZZI E.C.et al. Household arrangements of the elder elderly. **Rev Latinoam Enferm**. v.18, n.1, p.18-25. 2010.

SANTOS AA, PAVARINI SCI, BARHAM EJ.Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar.**Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.1, p.102-10, 2011.

TALMELLI LFS, Gratão ACM, Kusumota L, Rodrigues RAP. Functional independence level and cognitive deficit in elderly individuals with Alzheimer's disease. **Rev Esc Enferm USP** [Internet],v.4,n.4,p.933-939, 2010.

TOMOMITSU, M.R.S.; PERRACINI, M.R.; NERI, A.L. Factors associated with satisfaction with life among elderly caregivers and non-caregivers. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3429-3440, 2014.

TORIBIO-DIAZ, E. et al. Formal caregivers in assisted residences of the province of Alicante, Spain: analysis of their needs and expectations of formation in dementias. **Alzheimer's Dement**, v.7, n.4, p.434-434, 2011.

TRAD,L.A.B.**Família Contemporânea e Saúde: significados,práticas e políticas públicas**.Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 380p, 2010.

WENDT, NC , CREPALDI, MA . A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa Psicologia: **Reflexão e Crítica**, v.21, n.2, p.302-310, 2007.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu conhecer o sistema de cuidado, o suporte social, a fragilidade e a cognição de idosos cuidadores atendidos nas Unidades de Saúde da Família em uma região de alta vulnerabilidade social de uma cidade do interior de São Paulo.

Os resultados mostraram que os 73 idosos cuidadores são em sua maioria do sexo feminino, casados, com uma média de um a quatro anos de estudo, com idade entre 60 e 69 anos, aposentados, brancos e com renda inferior a um salário mínimo.

Verificou-se a existência de correlação positiva entre o nível de fragilidade e os sintomas depressivos. Dos cuidadores, 54,7% estavam em situação de pré-fragilidade, com pequena sobrecarga, mas não foi observada uma correlação estatisticamente significativa entre a fragilidade e a sobrecarga destes idosos cuidadores. Em sua maioria, não recebiam ajuda afetiva e não realizavam cursos de capacitação para exercer o cuidado.

As análises de regressão mostraram que o número de pessoas que residiam no domicílio possui relação estatisticamente significativa com o desempenho cognitivo, pois quanto maior o número de pessoas na casa, menor o desempenho.

Outro dado encontrado foi que cuidadores idosos mais pobres possuem um menor desempenho cognitivo. A baixa renda ou não ter renda foi um fator importante para o declínio cognitivo. Também chama atenção o fato de que a idade avançada pode contribuir para uma maior deterioração da performance cognitiva, assim, cuidadores mais velhos possuem um menor desempenho cognitivo.

Os resultados encontrados com relação ao nível de escolaridade refletem aspectos da desigualdade social no país. As diferenças no nível de alfabetização, entre os sexos, são reflexo da organização social. O amplo acesso aos meios de alfabetização, poderia futuramente propiciar proteção contra as disfunções cognitivas que afetam estes idosos cuidadores.

Outro achado importante é a relação familiar destes idosos. Uma família presente e preparada para o cuidado poderá agir de forma mais eficaz na prevenção de doenças do idoso assistido, mas é importante ressaltar a influência cultural ao se questionar sobre as relações familiares e

observar que um membro familiar está respondendo e outros membros podem ter outra visão. Faz-se necessário que as equipes de saúde assistam e direcionem estes idosos visando a diminuição dos conflitos familiares, para que aumente a ajuda da família no cuidado familiar. A preservação dos vínculos afetivos entre os membros da família surge como uma estratégia de enfrentamento dos problemas que podem aparecer na vida deste cuidador idoso.

É importante uma maior adesão por parte destes cuidadores aos equipamentos sociais disponíveis, pois a ausência ou insuficiência de suporte prestado a estas pessoas pode trazer consequências negativas à qualidade de vida do cuidador e do idoso que recebe o cuidado. Portanto, é indispensável averiguar as possibilidades de implantação de serviços, programas ou projetos que atendam as demandas apresentadas pelos idosos, em especial os cuidadores frágeis ou pré-frágeis.

Faz-se necessário que os profissionais de saúde conheçam estes idosos e realizem intervenções de modo a detectar e reverter a fragilidade. Os desafios que o estado de fragilidade traz envolve uma abordagem ampla. É necessário considerar as estruturas familiares, as relações interpessoais e as relações com a comunidade. A realização de avaliações de rastreio e de diagnóstico precoce ainda não está inserida na rotina da equipe na atenção básica por falta de instrumental, isto vai interferir na gestão do cuidado deste idoso e na Unidade de Saúde da Família onde existe um caminho para a transformação da prática e implantação das políticas de cuidado, de saúde e assistência.

Há muitas lacunas ainda na literatura sobre o desempenho cognitivo em idosos mais pobres, fato que sugere o investimento em futuros estudos, pois o contexto econômico e social que estes idosos cuidadores vivem deve ser levado em consideração. É relevante a criação de mais estudos com populações de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social.

Os resultados do presente estudo sugerem que novas pesquisas investiguem o perfil destes cuidadores, pois a maioria é pré-frágil, que exerce o cuidado de outro idoso também pré-frágil e ambos podem evoluir para a fragilidade. Além disso, há impacto negativo da associação de

fatores psicológicos a fragilidade. As recomendações do consenso da fragilidade são de estudá-la dentro da atenção básica e estes estudos ainda são escassos em nosso país com populações em contexto de pobreza.

6. REFERÊNCIAS

- ALKEMA, G. E; ALLEY, D.E. Gerontology's Future: An Integrative Model for Disciplinary Advancement. **The Gerontologist**, v. 46, n. 5, p.574–582, 2006.
- ALMEIDA, O.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq Neuropsiquiatr**, v.57, n.2, p.421-426, 1999.
- ALVARENGA M.R.M, et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. v.16, n.5, p.2603-11, 2011.
- AMENDOLA, F. **Construção e Validação de um índice de Vulnerabilidade de Famílias e incapacidades e dependentes**. 2012. 190 f. Tese de doutorado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 22, 34-36.
- ANDREW, M. K; ROCKWOOD,K. Social vulnerability predicts cognitive decline in a prospective cohort of older Canadians. **Alzheimer's & Dementia**. v.6, p.319–325, 2010.
- ANDREW,M.K. Frailty and Social Vulnerability. **Interdiscipl.Top Gerontolo.Geriatr.Basel**. v.41, p.186-195, 2015.
- ARIAS-MARINO, E. D. et al. Quality of life, depression and stress in caregivers of elderly with dementia in Jalisco, Mexico. **Alzheimer's Dement.**, v.5, n.4, p.232-232, 2009.
- BARDIN, L.L'analyse de contenu.Paris,Presses Universitaires de France,1977. 236 p.
- BATISTA, M. P. P. et al. Políticas Publicas para a população. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.22, n.3, p.200-207, 2011.
- BAUAB, J. P. **O cotidiano, qualidade de vida e a sobrecarga de cuidadores de idosos em processo demencial de uma unidade escola ambulatorial**. 2013. 97 f. Dissertação. (Mestrado em Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

CAMARANO, A.A; KANSO S. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Ipea. Texto para discussão, n. 1426, 2013.

CAMARGOS, M.C.S, RODRIGUES, R.N, MACHADO, C.L. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Rev Bras Estud Popul.** v.28, p.217-30, 2011.

CANZONIERI, A. M. Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde-Ana Maria Canzonieri.-2.ed.-Petrópolis,RJ:Vozes, 2011.

CARVALHO, V. A.; BARBOSA, M. T.; CARAMELLI, P. Brazilian version of Addenbrooke's Cognitive Examination in the diagnosis of mild Alzheimer Disease. **Cog Behav Neurol**, v.23, n.1, p.8-13, 2010.

CARVALHO, V. A.; CARAMELLI, P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's cognitive examination-revised (ACE-R). **Dement Neuropsychol**, São Paulo, v.1, n.2, p.212-216, 2007.

CHAIMOWICZ, F; CAMARGOS, M. C. S. Envelhecimento e saúde no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p.74-98.

CLEGG et al. Frailty in elderly people. *Lancet*, v.381, p.752-762, 2013.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1276-1284.

DUARTE, Y.A.O. et al. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde,Bem Estar e Envelhecimento).In:A **A Camarano Cuidados de longa duração para a população: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p.93-122.

FAZZIO, D.M.G. Envelhecimento e qualidade de vida – uma abordagem nutricional e alimentar. **Revisa**, v.1, n.1, p. 76-88, 2012.

FERNÁNDEZ-LANSAC, V. et al. Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: estudio preliminar. **Rev Esp Geriatr Gerontol.**, 2012.

FERRIOLI, E. et al. **O idoso frágil**. Notas da Disciplina de Fragilidade – São Paulo. Universidade de São Paulo, 2011.

FRERKS,G; WARNER,J; WEIJS,B. The Politics of Vulnerability and Resilience . **Ambiente & Sociedade**, Campinas v. XIV, n.2, p.105 -122, 2011.

FRIED, L.P. et al. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and a care. **J Gerontol Med Sci**. v.59, n.3, p.255-63, 2004.

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol Med Sci**; v.56, n.3, p.146-156, 2001.

FUNDAÇÃO SEADE. **Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS**. Espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo. São Paulo, 2007. Disponível em: <www.seade.gov.br/produtos/ipvs.pdf>. Acesso em: 17 março. 2015.

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.1, p.150-157, 2012.

GARCES, S. B. B. et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idoso com Alzheimer. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.15, n.2, p.335-352, 2012.

GONÇALVES, L.H.T et al Perfil da Família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis,SC **Texto Contexto Enferm**. v.15, n.4, p.570-577, 2006.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.1, p.137-144, 2013.

GRATÃO, A. C. M. et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.4, p.873-880, 2010.

INOUYE, K.; BARHAM, E. J.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.23, n.3, p.582-592, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE: expectativa de vida no Brasil sobe para 73,17**. Terra Notícias, [s. l.], 2010a. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,OI4841922-EI306,00-IBGE+projeta+que+da+populacao+tera+mais+de+anos+em.html>> Acesso em mar. de 2014.

LIMA, C. Vulnerabilidade e serviço nacional de saúde. **Acta Med Port**, v.19, n.2, p.49-54, 2006.

MAIA, F.O.M. **Vulnerabilidade e Envelhecimento: Panorama dos idosos residentes no município de São Paulo**. Estudo SABE-2011. Tese de

doutorado. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MERHY, E. E., FEUERWERKER, L. C. M. SILVA, E. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. **Salud colectiva** [online]. v.8, n.1, p.25-34, 2012.

MIOSHI, E. et al. The Addenbrooke's cognitive examination revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. **Int J Geriatr Psychiatr**, v.21, n.11, p.1078-1085, 2006.

MIOSHI, E. et al. The impact of dementia severity on caregiver burden in frontotemporal dementia and alzheimer disease. **Alzheimer Dis Assoc Disord**, v. 00, n.00, p.1-6, 2012.

MORLEY, J.E. et al. Frailty Consensus: A Call to Action **J Am Med Dir Assoc**. v.14, n.6, p.392–397, 2013.

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

NERI, AL (Org) **Fragilidade e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2013.392p.

PAVARINI, S. C. I. et al. **Protocolo de avaliação gerontológica**: módulo cuidador. São Carlos: EdUFSCar, 2012. 50 p. (Série Apontamentos).

RADLOFF, L. S. The CES-D Scale: a self report depression scale for research in the general population. **Appl Psych Meas**, v. 1, p. 385-401, 1977.

RINCO, M., LOPES, A.; DOMINGUES, M.A. Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. **Revista Temática Kairós Gerontologia**,v.15, n.6, p.79-95, 2012.

ROBERTSON, D.A; SAVVA, G. M; KENNY, R.A.Frailty and cognitive impairment- A review of the evidence and causal mechanisms.**Ageing Research Reviews**. v.12, p.840–851, 2013.

ROCKWOOD K; ROCKWOOD M.R.; MITNITSKI A. Physiological redundancy in older adults in relation to the change with age in the slope of a frailty index. **J Am Geriatr Soc**. v.58, p.318–323, 2010.

ROCKWOOD, K; MITNITSKI. A. Frailty in relation to the accumulation of deficits. **J Gerontol**, v.62, p.722-727, 2007.

- SALMAZO-SILVA, H.; LIMA-SILVA, T.B. Vulnerabilidade e aspectos biopsicossociais e velhice. **Revista Temática Kairós Gerontologia**,v.15, n.6., p.01-05, 2012.
- SANTOS, A.A. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66,n.3, p.351-357, 2013.
- STERNBERG, S. et al. The Identification of Frailty: A Systematic Literature Review. **The American Geriatrics Society**. v.59, p.2129–2138, 2011.
- TEIXEIRA, I.N. Revisão da literatura sobre conceitos e definições de fragilidade em idosos. **RBPS**. v.21,n.4,p.297-305, 2008.
- TRIBESS, S; OLIVEIRA R.J. Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. **Rev. Salud Pública**. v.13,n.5,p.853-864,2011.
- TRIVINOS, A.N.S.1928-**Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitative em educação/Augusto Nivaldo Triviños**. -1.ed.-18.reimp.-São Paulo: Atlas,2009.
- UNITED NATIONS PROGRAMME ON AGEING (UNPOA) and the INTERNATIONAL ASSOCIATION OF GERONTOLOGY AND GERIATRIC (IAGG) **Research Agenda on Ageing for the 21st Century**. New York, 2007.
- VIEIRA, C. P. B. V. et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.3, p.570-579, 2011.
- VRIES, N.M. et al. Outcome instruments to measure frailty: A systematic review. **Ageing Research Reviews**. v.10, p.104–114,2011.
- WEHBE, S.C.C.F. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS Em uma amostra de idosos brasileiros. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.17, n.6, p.1-7, 2008.
- WRIGHT, L. M.,1944- **Enfermeiras e Família: guia prático para a avaliação e intervenção na família**/Lorraine M.Wright,Maureen Leahey;[tradução Silva Spada].- São Paulo: Roca, 2012.
- YESAVAGE, J. A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. **J Psychiatr Res**, [s. l.], p.37-49, 1983.

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “ Perfil cognitivo, fragilidade e sobrecarga de cuidadores de idosos em comunidades rurais”.
2. Esse trabalho poderá contribuir na ampliação dos conhecimentos e do entendimento da realidade do envelhecimento e do cuidado de idosos nas áreas rurais.
3. A coleta de dados será feita por meio de entrevista e composta por quatro questionários. O primeiro é de caracterização dos sujeitos, com informações pessoais, o segundo é de avaliação da Cognição, o terceiro é de avaliação da Fragilidade e o quarto é de avaliação da Sobrecarga.
4. A entrevista levará de 30 a 40 minutos.
5. Você foi selecionado(a) por ser cuidador de idoso cadastrado em uma Unidade de Saúde da Família e residente na área rural do município de São Carlos-SP. Sua participação não é obrigatória.
6. O objetivo desse estudo é analisar a relação entre cognição, fragilidade e sobrecarga de cuidadores de idosos em dois distritos rurais de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.
7. O preenchimento dos quatro questionários não oferece risco imediato a você, porém pode causar algum tipo de constrangimento ou mal estar por remeterem a lembranças sobre sua saúde e sobrecarga. E sempre que necessário os pesquisadores se responsabilizarão pelo apoio psicológico.
8. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
9. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores.
10. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Certificamos que você não será identificado. As informações que você nos der serão guardadas no Banco de Dados da UFSCar.
11. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.
12. Uma vez concluída esta pesquisa, os resultados serão apresentados em eventos e publicados em artigos científicos, mantendo-se sempre o anonimato.

Sofia Cristina Iost Pavarini
Rodovia Washington Luis, Km 235, Caixa Postal 676
CEP: 13565-905 São Carlos, SP Fone (16) 3306-6661

Declaro que compreendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e sendo assim concordo em participar. Fui informado que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 276 – CEP: 13565-905 – São Carlos, SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028.

Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Assinatura do(a) participante

São Carlos, _____ de _____ de 2014.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor(a) está convidado(a) para participar da pesquisa “A relação entre o sistema de cuidado, o apoio social e a fragilidade dos idosos cuidadores de forma totalmente **voluntária**.”

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder perguntas é muito importante que o (a) senhor (a) compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Responderemos as suas dúvidas antes que o (a) senhor(a) decida participar. O (a) Senhor (a) tem direito de **desistir** de participar da pesquisa a **qualquer momento**, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenham direito.

1. O **objetivo** desta pesquisa é analisar a relação entre o sistema de cuidado formal e informal nas famílias de idosos cuidadores frágeis e o apoio social.

2. O (a) Senhor (a) foi selecionado por ser usuário de uma Unidade de Saúde da Família do município e ter mais de 60 anos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas com relação a sua idade, escolaridade, quem cuida, quais as atividades que realiza, qual a sua percepção sobre sua saúde, medicamentos, estado de humor, sua cognição e fragilidade física. Além disso deverá apertar um aparelho manual para medirmos a sua força e andar alguns metros para avaliarmos a sua marcha.

3. A participação ao responder às perguntas não oferece risco imediato ao(a) senhor(a), porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter à algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar à um leve cansaço após responder os questionários; ou cansaço físico após a realização do teste de marcha em que precisará caminhar 4,6 metros e o teste de força. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor(a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista e você receberá orientações no próprio local.

Se isso ocorrer, o (a) senhor (a), pode desistir de participar e **retirar seu consentimento**, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Sua **recusa** não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

4. O(a) Senhor(a) terá como benefício a oportunidade de ser avaliado(a) em relação a memória, depressão e fragilidade, além de auxiliar para uma melhor compreensão da situação do cuidado ao idoso pelo familiar também idoso.

5. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

6. Não haverá qualquer despesa decorrente da participação do (a) senhor (a) na pesquisa.

7. Caso seja identificado qualquer problema de saúde, o (a) senhor (a) será encaminhado (a) para o serviço de saúde do município. Caso haja algum desconforto durante a aplicação dos instrumentos, pedimos que nos informe para que possamos corrigi-lo.

8. O(a) Senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou qualquer momento.

Estefani Serafim Rossetti
Pesquisador Responsável
E-mail: tetirossetti@hotmail.com
Telefone: (14)997999964

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 Pesquisas em Seres Humanos na 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-CEP13.565-905-São Carlos-SP-Brasil. Fone (16) 3351-8110.

Endereço Eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Sujeito da pesquisa

São Carlos, ____ de _____ de 2014.

APENDICE B – CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DO CUIDADOR

I. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Data de Nascimento: ____/____/____ (____ anos)	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Estado Civil: (1) Casado (a) ou vive com companheiro(a) (2) Solteiro (a) (3) Divorciado/ separado/ desquitado (4) Viúvo (99) NR	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Trabalha atualmente: (1) Sim O que faz? _____ (0) Não (99) NR	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Aposentado ou pensionista: (1) Sim (2) Não (99) NR	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Escolaridade: Número de anos de estudo: _____ anos (1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos) (2) Curso de alfabetização de adultos (3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série) (4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série) (5) Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico) (6) Curso superior (7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor (99) NR	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Religião: (1) Católico (2) Evangélico (3) Congregação Cristã (4) Adventista (5) Espírita (6) Protestante (7) Budista (8) Umbanda (9) Não possui (99) NR	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Praticante: (1) Sim (0) Não (99) NR	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Se praticante: Quantos anos: (1) Menos de 1 ano (2) 1 a 4 anos (3) 5 a 9 anos (4) Mais de 10 anos (99) Não respondeu	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Após ter de fornecer o cuidado ao idoso, a frequência: (1) aumentou (2) diminuiu (3) sem alteração (99) Não respondeu	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>

Raça/ Cor: (1) Branca (2) Preta (3) Mulata/ cabocla/ parda (4) Indígena (5) Amarela/ orientada (99) NR				<input type="text"/>
Renda do cuidador (em reais): _____ (99) NR				<input type="text"/>
Renda familiar mensal (em reais): _____ (99) NR				<input type="text"/>
Considera a renda suficiente? (1) Sim (0) Não (99) NR				<input type="text"/>
Possui plano particular de saúde? (1) Sim (0) Não (99) NR				<input type="text"/>
Número de pessoas que moram na casa: _____ (99) NR				<input type="text"/>
Número de filhos: _____ (99) NR				<input type="text"/>
Com quem mora?	Sim	Não	NR	
Marido/ mulher/ companheiro	(1)	(0)	(99)	<input type="text"/>
Filhos/ enteados	(1)	(0)	(99)	<input type="text"/>
Netos	(1)	(0)	(99)	<input type="text"/>
Bisnetos	(1)	(0)	(99)	<input type="text"/>
Outros parentes	(1)	(0)	(99)	<input type="text"/>
Outros (amigos, empregado)	(1)	(0)	(99)	<input type="text"/>
É proprietário de sua residência? (1) Sim (0) Não (99) NR				<input type="text"/>

APENDICE C – CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO

O Sr(a) está cuidando do seu(a): (1) Cônjuge (2) Pai/mãe (3) Sogro/sogra (4) Irmão/irmã (5) Outro (especificar): _____	<input type="text"/>
Há quanto tempo (meses) o Sr(a) é o cuidador do idoso(a)? _____	<input type="text"/>
Quantas horas por dia o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ horas	<input type="text"/>
Quantos dias na semana o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ dias	<input type="text"/>
Quantos dias no final de semana o Sr(a) se dedica ao cuidado do idoso(a)? _____ dias	<input type="text"/>
Qual o gasto mensal (em reais) relacionado ao cuidado do idoso(a)?	<input type="text"/>
O Sr(a) participou de algum curso/treinamento para cuidar do idoso(a)? (1) Sim (0) Não	<input type="text"/>

Das atividades a seguir, quais o Sr(a) realiza ou ajuda o idoso(a) fazer?						Satisfação
	Não precisa de ajuda	Ajuda a fazer	Outra pessoa ajuda a fazer	Ajuda compartilhada	Resultado	Se recebe ajuda, é suficiente? (1) Sim (0) Não
Higiene	1	2	3	4		
Vestir-se	1	2	3	4		
Eliminações	1	2	3	4		
Movimentação e Transferência	1	2	3	4		
Comer	1	2	3	4		
Preparo da alimentação	1	2	3	4		
Medicação	1	2	3	4		
Levar à consulta médica, à fisioterapia, para fazer exames.	1	2	3	4		
Tarefas domésticas	1	2	3	4		
Manuseio de dinheiro	1	2	3	4		
Atividades terapêuticas (levar a fisioterapia, prática de exercícios)	1	2	3	4		

O Sr(a) recebe ajuda:

Material/ financeira (1) Sim (0) Não (99) NR

Afetiva/emocional (1) Sim (0) Não (99) NR

O Sr(a) recebe ajuda de entidades para o cuidado do idoso(a)?

Grupos religiosos/ Igreja/ Voluntariado (1) Sim (0) Não (99) NR

Instituições de saúde. (1) Sim (0) Não (99) NR

Serviço de assistência social. (1) Sim (0) Não (99) NR

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



Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
Rua 9 de Julho, 754 – São Carlos-SP
CEP: 13560-042– Fone (16) 3371 1716

PARECER N° 68/2013

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado: “**Variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores**”, a ser desenvolvido pela Profª Drª Sofia Cristina Iost Pavarini, tendo como objetivo geral analisar as variáveis associadas à cognição de idosos cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de um município do interior paulista.

Considerando que a metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes, como por exemplo, a preocupação quanto ao sigilo das informações e que a pesquisadora tomará as devidas condutas para minimizá-lo, no sentido de ocultar e não divulgar os nomes dos sujeitos da pesquisa; e que os resultados certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Saúde-Escola em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- Considerando que o Projeto apresentado aponta que a coleta dos dados será realizada nas Unidades de Saúde da Família do município, caso haja necessidade de utilização do espaço da Unidade afeta ao DGCA da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos para o desenvolvimento de alguma das etapas do trabalho, as atividades deverão ser pactuadas de forma a não causar prejuízos ao cotidiano da equipe;
- A pesquisadora deverá se apresentar à Equipe portando cópia deste parecer;
- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado após Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e com a assinatura do Termo Livre e Esclarecido pelos participantes e,
- Após a conclusão do projeto deverão ser enviados os resultados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 20 de Setembro de 2013.

Michelle Miorim Líbero
Diretora do Depto de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Michelli M. Líbero
Diretora do Depto. de
Gestão do Cuidado
Ambulatorial / S.M.S.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS EM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil cognitivo, fragilidade e sobrecarga de cuidadores de idosos em comunidades rurais

Pesquisador: Sofia Cristina Iost Pavarini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26567214.8.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 517.182

Data da Relatoria: 11/02/2014

Apresentação do Projeto:

A transição demográfica, resultante da drástica queda nos níveis de mortalidade e fecundidade e do aumento da esperança de vida, guarda estreita relação com a dinâmica epidemiológica. O crescimento do número de doenças crônicas evidencia a necessidade de cuidados. O cuidador de idoso em comunidades rurais pode estar sobrecarregado e apresentar comprometimentos em sua saúde física e cognitiva. O objetivo desta pesquisa é

analisar a relação entre cognição, fragilidade e sobrecarga de cuidadores de idosos em dois distritos rurais de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e de caráter descritivo-correlacional. Serão entrevistados aproximadamente cem cuidadores primários de pessoas idosas cadastradas em duas Unidades de Saúde da Família (USF) da área rural do Município de São Carlos. A

Secretaria Municipal de Saúde e o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) autorizaram e aprovaram o presente estudo. A coleta de dados será feita no domicílio dos cuidadores, após agendamento prévio. Serão utilizados para a coleta de dados um instrumento de caracterização do cuidador; o Exame Cognitivo de Addenbrooke - versão revisada para avaliação dos domínios cognitivos; os critérios do fenótipo para avaliação da fragilidade proposto por Fried et al (2001) e o Inventário de Sobrecarga de Zarit para avaliação da

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 517.182

sobrecarga do cuidador. Os dados serão descritos e analisados por meio da estatística descritiva, dos testes de confiabilidade dos instrumentos, de normalidade dos dados e de correlação, diferença e regressão entre variáveis. Espera-se que os resultados contribuam para o entendimento da realidade do cuidado e do envelhecimento nas áreas rurais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a relação entre cognição, fragilidade e sobrecarga de cuidadores de idosos em dois distritos rurais de uma cidade do interior do Estado de São Paulo.

Objetivo Secundário:

Descrever os cuidadores de idosos segundo as suas características como idade, sexo, escolaridade, estado civil, etnia, renda, tempo de experiência no cuidado e parentesco com idoso. Avaliar variáveis de cognição, fragilidade e sobrecarga dos cuidadores. Analisar associações entre o perfil cognitivo, os critérios de fragilidade e a sobrecarga dos cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

CEP: 13.565-905

Município: SAO CARLOS

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 766.714

Quanto aos indiretos, a pesquisadora afirma que os resultados poderão ajudar a entender a situação do cuidado ao idoso pelo familiar cuidador que também é idoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O assunto apresentado possui relevância à área em questão. O cronograma foi revisto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto foi adequadamente preenchida e está assinada. Foi apresentada a autorização por parte da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pelo local onde serão recrutados os voluntários desta pesquisa. Foi reapresentado o TCLE, com as correções realizadas.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências resolvidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado.

SAO CARLOS, 27 de Agosto de 2014

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

**ANEXO C- ESCALA DE INDEPENDENCIA EM ATIVIDADES DA VIDA
DIÁRIA – KATZ**

Resultado: _____/06 pontos	
(1)	Muito dependente (2 ou menos pontos)
(2)	Dependência moderada (4 pontos)
(3)	Independente (6 pontos)

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

**ANEXO D - ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA
DE LAWTON**

Resultado: _____/21		
	(1)	Dependência total (7 ou menos pontos)
	(2)	Dependência parcial (entre 7 e 21 pontos)
	(3)	Independência (21 pontos)

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

ANEXO E – AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE

Peso (em Kg): _____ **Altura (em m):** _____ **IMC (Kg/m²):** _____
Circunferência da cintura (em cm): _____ **Circunferência do quadril (em cm):** _____
Circunferência abdominal (em cm): _____ **Pressão arterial (em mmHg):** _____
X

PERDA DE PESO											
Nos últimos doze meses o(a) senhor(a) acha que perdeu peso sem fazer nenhuma dieta? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quantos quilos?.....	Preenche o critério? <input type="checkbox"/> Sim = 1 <input type="checkbox"/> Não = 0										
Avaliação do resultado: Perda de 4,5kg ou 5% do peso corporal.											
FADIGA											
a) Com que frequência na última semana sentiu que que tudo que fez exigiu um grande esforço? (0) Nunca/Raramente (- 1 dia) (1) Poucas vezes (1 a 2 dias) (2) Na maioria das vezes (3 a 4 dias) (3) Sempre (5 a 7 dias)	Preenche o critério? <input type="checkbox"/> Sim = 1 <input type="checkbox"/> Não = 0										
b) Com que frequência, na última semana, sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas? (0) Nunca/Raramente (-1 dia) (1) Poucas vezes (1 a 2 dias) (2) Na maioria das vezes (3 a 4 dias) (3) Sempre (5 a 7 dias)											
Atende o critério quem assinalar alternativa 2 ou 3 em qualquer uma das respostas											
BAIXA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR											
1ª medida de força de preensão:.....Kgf. 2ª medida de força de preensão:.....Kgf. 3ª medida de força de preensão:.....Kgf. Média: $1^a+2^a+3^a/3=$Kgf.	Preenche o critério? <input type="checkbox"/> Sim = 1 <input type="checkbox"/> Não = 0										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: left; padding: 2px;">HOMEM</th> <th style="width: 50%; text-align: left; padding: 2px;">MULHER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 2px;">IMC ≤ 24 Força de preensão ≤ 29</td> <td style="padding: 2px;">IMC ≤ 23 Força de preensão ≤ 17</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">IMC 24.1 – 26 Força de preensão ≤ 30</td> <td style="padding: 2px;">IMC 23.1- 26 Força de preensão ≤ 17.3</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">IMC 26.1 – 28 Força de preensão ≤ 30</td> <td style="padding: 2px;">IMC 26.1 - 29 Força de preensão ≤ 18</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">IMC > 28 Força de preensão ≤ 32</td> <td style="padding: 2px;">IMC > 29 Força de preensão ≤ 21</td> </tr> </tbody> </table>	HOMEM	MULHER	IMC ≤ 24 Força de preensão ≤ 29	IMC ≤ 23 Força de preensão ≤ 17	IMC 24.1 – 26 Força de preensão ≤ 30	IMC 23.1- 26 Força de preensão ≤ 17.3	IMC 26.1 – 28 Força de preensão ≤ 30	IMC 26.1 - 29 Força de preensão ≤ 18	IMC > 28 Força de preensão ≤ 32	IMC > 29 Força de preensão ≤ 21	
HOMEM	MULHER										
IMC ≤ 24 Força de preensão ≤ 29	IMC ≤ 23 Força de preensão ≤ 17										
IMC 24.1 – 26 Força de preensão ≤ 30	IMC 23.1- 26 Força de preensão ≤ 17.3										
IMC 26.1 – 28 Força de preensão ≤ 30	IMC 26.1 - 29 Força de preensão ≤ 18										
IMC > 28 Força de preensão ≤ 32	IMC > 29 Força de preensão ≤ 21										
DIMINUIÇÃO NA VELOCIDADE DA MARCHA											

Três medidas consecutivas do tempo para caminhar 4,6m no plano.		Preenche o critério? () Sim = 1 () Não = 0
1ª medida de velocidade da marcha:.....centésimos de segundo.		
2ª medida de velocidade da marcha:..... centésimos de segundo.		
3ª medida de velocidade da marcha:..... centésimos de segundo.		
Média: $1^a + 2^a + 3^a / 3 =$ centésimos de segundo.		
HOMEM	MULHER	
Altura \leq 173 cm Tempo \geq 7 segundos	Altura \leq 159 cm Tempo \geq 7 segundos	
Altura $>$ 173 cm Tempo \geq 6 segundos	Altura $>$ 159 cm Tempo \geq 6 segundos	
BAIXA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS		
O(a) senhor(a) acha que faz menos atividades físicas do que há doze meses atrás?		Preenche o critério? () Sim = 1 () Não = 0
() Não () Sim		
TOTAL: _____ /5		
1. Frágil (3, 4 ou 5)		
2. Pré frágil (1 ou 2)		
3. Não frágil (0)		

ANEXO F – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

Resultado: _____/15		
	(1)	Depressão severa (11 a 15)
	(2)	Depressão leve (6 a 10)
	(3)	Normal (0 a 5)

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

ANEXO G -EXAME COGNITIVO DE ADDENBROOKE -REVISADO (ACE-R)

ORIENTAÇÃO							A T E N Ç A O E O R I E N T A Ç A O
➤ Perguntar: Qual é	Dia da semana	O dia do mês	O mês	O ano	A hora aproximada	[Escore 0-5] <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
➤ Perguntar: Qual é	Local específico	Local genérico	Bairro ou rua próxima	Cidade	Estado	[Escore 0-5] <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
REGISTRO							
➤ Diga: "Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo "(Dar um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas. Registre o número de tentativas:						[Escore 0-3] <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
ATENÇÃO & CONCENTRAÇÃO							
➤ Subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere um ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinando espontaneamente se corrigir. Pare após 5 subtrações (93, 86, 79, 72, 65):						[Escore 0-5] <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
MEMÓRIA - Recordação							
➤ Pergunte quais as palavras que o indivíduo acabara de repetir. Dar um ponto para cada. 						[Escore 0-3] <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
MEMÓRIA - Memória anterógrada							
➤ Diga: " Eu vou lhe dar um nome e um endereço e eu gostaria que você repetisse depois de mim. Nós vamos fazer isso três vezes, assim você terá a possibilidade de aprendê-los. Eu vou lhe perguntar mais tarde." Pontuar apenas a terceira tentativa:						[Escore 0-7] <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
	1ª Tentativa	2ª Tentativa	3ª Tentativa				
Renato Moreira	.....	.....	.....	
Rua Bela Vista 73	.....	.....	.....	
Santarém	.....	.....	.....	
Pará	.....	.....	.....	
MEMÓRIA - Memória Retrógrada							
➤ Nome do atual presidente da República..... ➤ Nome do presidente que construiu Brasília..... ➤ Nome do presidente dos EUA..... ➤ Nome do presidente dos EUA que foi assassinado nos anos 60.....						[Escore 0-4] <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

FLUÊNCIA VERBAL – Letra “P” e Animais

➤ **Letras**

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

[Escore 0-7]

0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg
----------	-----------	-----------	-----------

>17	7
14-17	6
11-13	5
8-10	4
6-7	3
4-5	2
2-3	1
<2	0
total	acertos

➤ **Animais**

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

[Escore 0-7]

0-15 seg	16-30 seg	31-45 seg	46-60 seg
----------	-----------	-----------	-----------

>21	7
17-21	6
14-16	5
11-13	4
9-10	3
7-8	2
5-6	1
<5	0
total	acertos

LINGUAGEM - Compreensão

➤ Mostrar a instrução escrita e pedir ao indivíduo para fazer o que está sendo mandado (não auxilie se ele pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando):

[Escore 0-1]

Feche os olhos

➤ **Comando :**

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

Dar um ponto para cada acerto. Se o indivíduo pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

[Escore 0-3]

LINGUAGEM - Escrita

➤ Peça ao indivíduo para escrever uma frase: Se não compreender o significado, ajude com: *alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer.* Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. Dar um ponto.

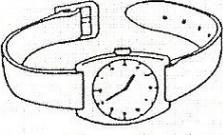
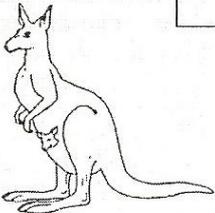
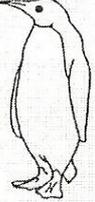
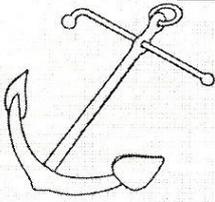
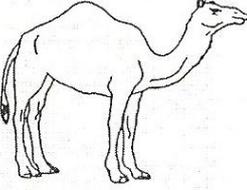
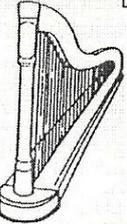
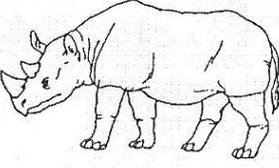
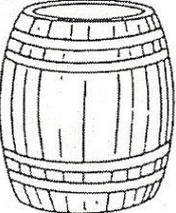
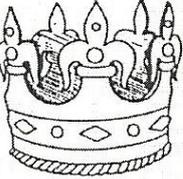
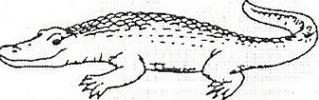
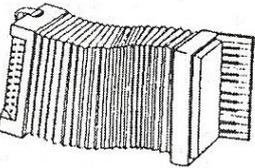
[Escore 0-1]

L
I
N
G
U
A
G
E
M

LINGUAGEM - Repetição

<p>➤ Peça ao indivíduo para repetir: “hipopótamo” ; “excentricidade” ; “ininteligível” ; “estatístico”. Diga uma palavra por vez e peça ao indivíduo para repetir imediatamente depois de você. Pontue 2, se todas forem corretas; 1, se 3 forem corretas; 0, se 2 ou menos forem corretas.</p>	[Escore 0-2] <input type="text"/>	
<p>➤ Peça ao indivíduo que repita: “Acima, além e abaixo”</p>	[Escore 0-1] <input type="text"/>	
<p>➤ Peça ao indivíduo que repita: “ Nem aqui, nem ali, nem lá”</p>	[Escore 0-1] <input type="text"/> <input type="text"/>	

LINGUAGEM - Nomeação

<p>➤ Peça ao indivíduo para nomear as figuras a seguir:</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>_____ <input type="text"/></p>  </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>_____ <input type="text"/></p>  </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>_____ <input type="text"/></p>  </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>_____ <input type="text"/></p>  </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>_____ <input type="text"/></p>  </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>_____ <input type="text"/></p>  </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>_____ <input type="text"/></p>  </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>_____ <input type="text"/></p>  </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>_____ <input type="text"/></p>  </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>_____ <input type="text"/></p>  </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>_____ <input type="text"/></p>  </div> <div style="width: 33%; text-align: center;"> <p>_____ <input type="text"/></p>  </div> </div>	[Escore 0-2] caneta + relógio <input type="text"/> <input type="text"/> [Escore 0-10] <input type="text"/>	M E G A U G N I L
---	---	---

LINGUAGEM - Compreensão

<p>➤ Utilizando as figuras acima, peça ao indivíduo para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apontar para aquela que está associada com a monarquia _____ • Apontar para aquela que é encontrada no Pantanal _____ • Apontar para aquela que é encontrada na Antártica _____ • Apontar para aquela que tem uma relação náutica _____ 	[Escore 0-4] <input type="text"/>	
--	--------------------------------------	--

LINGUAGEM - Leitura

- Peça ao indivíduo para ler as seguintes palavras: [Pontuar com 1, se todas estiverem corretas]

táxi
testa
saxofone
fixar
ballet

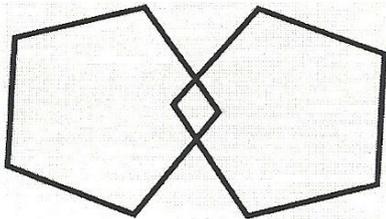
[Escore 0-1]

L I N G U A G E M

HABILIDADES VISUAIS - ESPACIAIS

- **Pentágonos sobrepostos:** Peça ao indivíduo para copiar o desenho e para fazer o melhor possível.

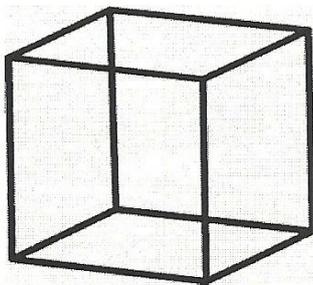
[Escore 0-1]

L
I
N
G
U
A
G
E
M

V
I
S
U
A
L
-
E
S
P
A
C
I
A
L

- **Cubo:** Peça ao indivíduo para copiar este desenho (para pontuar, veja guia de instruções)

[Escore 0-2]



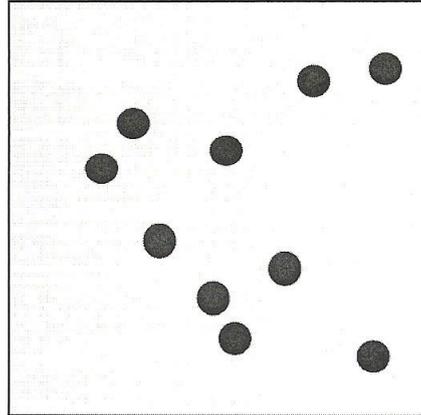
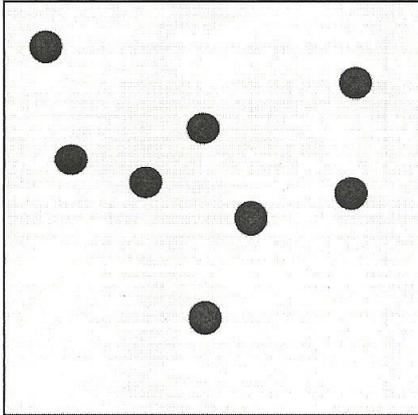
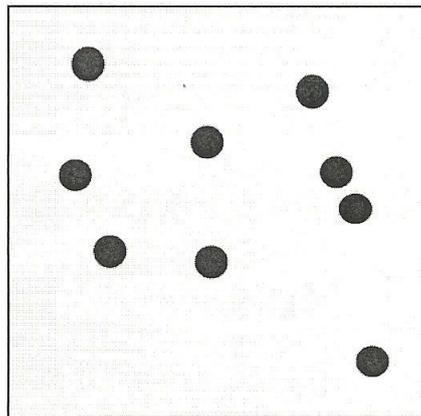
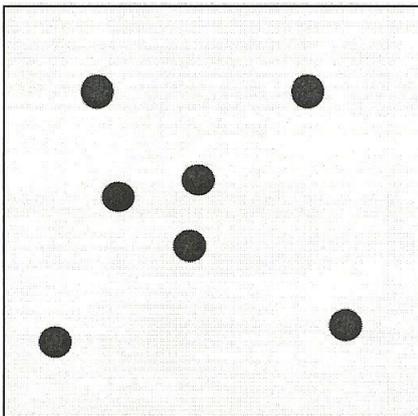
- **Relógio:** Peça ao indivíduo para desenhar o mostrador de um relógio com os números dentro e os ponteiros marcando 5:10 h. (para pontuar veja o manual de instruções: círculo = 1; números = 2; ponteiros = 2, se todos corretos)

[Escore 0-5]

HABILIDADES PERCEPTIVAS

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

[Escore 0-4]

V I S U A L - E S P A C I A L

HABILIDADES PERCEPTIVAS																						
> Peça ao indivíduo para identificar as letras:		[Escore 0-4] <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	V I S U A L - E S P A C I A L																			
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																					
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																					
<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																					
RECORDAÇÃO & RECONHECIMENTO																						
> Peça "Agora você vai me dizer o que você se lembra daquele nome e endereço que nós repetimos no começo".																						
Renato Moreira Rua Bela Vista 73 Santarém Pará	[Escore 0-7] <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	M E M Ó R I A																			
> Este teste deve ser realizado caso o indivíduo não consiga se recordar de um ou mais itens. Se todos os itens forem recordados, salte este teste e pontue 5. Se apenas parte for recordada, assinale os itens lembrados na coluna sombreada do lado direito. A seguir, teste os itens que não foram recordados dizendo " Bom, eu vou lhe dar algumas dicas: O nome / endereço era X, Y ou Z? " e assim por diante. Cada item reconhecido vale um ponto que é adicionado aos pontos obtidos pela recordação.		[Escore 0-5] <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Ricardo Moreira</td> <td style="width: 20%; background-color: #e0e0e0;">Renato Moreira</td> <td style="width: 20%; background-color: #e0e0e0;">Renato Nogueira</td> <td style="width: 40%;">Recordação</td> </tr> <tr> <td>Bela Vida</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">Boa Vista</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">Bela Vista</td> <td>Recordação</td> </tr> <tr> <td>37</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">73</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">76</td> <td>Recordação</td> </tr> <tr> <td>Santana</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">Santarém</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">Belém</td> <td>Recordação</td> </tr> <tr> <td>Pará</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">Ceará</td> <td style="background-color: #e0e0e0;">Paraíba</td> <td>Recordação</td> </tr> </table>	Ricardo Moreira	Renato Moreira		Renato Nogueira	Recordação	Bela Vida	Boa Vista	Bela Vista	Recordação	37	73	76	Recordação	Santana	Santarém	Belém	Recordação	Pará	Ceará	Paraíba	Recordação	
Ricardo Moreira	Renato Moreira	Renato Nogueira	Recordação																			
Bela Vida	Boa Vista	Bela Vista	Recordação																			
37	73	76	Recordação																			
Santana	Santarém	Belém	Recordação																			
Pará	Ceará	Paraíba	Recordação																			
Escores Gerais																						
		MEEM	/30																			
		ACE-R	/100																			
Subtotais																						
		Atenção e Orientação	/18																			
		Memória	/26																			
		Fluência	/14																			
		Linguagem	/26																			
		Visual-espacial	/16																			
E S C O R E S																						

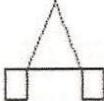
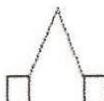
ANEXO H – INVENTÁRIO DE SOBRECARGA DE ZARIT

Avaliação dos resultados					
A pontuação obtida varia de 0 a 88 pontos sendo que					
0 a 20 pontos: pequena sobrecarga					
21 a 40: moderada sobrecarga					
41 a 60: de moderada a severa sobrecarga					
61 a 88: sobrecarga severa					
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	Resultado
0	1	2	3	4	
O Sr/Sra. Sente que o S* pede mais ajuda do que ele /(ela) necessita?					
O Sr/Sra sente que por causa do tempo o Sr/Sra, gasta com S*, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo?					
O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
O Sr/Sra se sente envergonhado com o comportamento de S*?					
O Sr/Sra se sente irritado (a) com quando S* está por perto?					
O Sr/Sra sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
O Sr/Sra sente receio pelo futuro?					
O Sr/Sra sente que S* depende do Sr/Sra?					
O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S* esta por perto?					
O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S*?					
O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S*?					
O Sr/Sra. Sente que o Sr/Sra que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S*?					
O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S*?					
O Sr/Sra sente que S* espera que o Sr/Sra cuide dele/dela como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?					
O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S*, somando-se as suas outras despesas?					
O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S* por muito mais tempo?					
O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S*?					
O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S*?					
O Sr/Sra sente que tem dúvida sobre o que fazer por S*?					
O Sr/Sra se sente que deveria estar fazendo mais por S*?					
O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S*?					
De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?					
TOTAL					
* No contexto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistador usa o nome desta pessoa.					
** Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.					

ANEXO I – FUNCIONALIDADE FAMILIAR: APGAR DE FAMÍLIA

Resultado: _____/20					
	(1)	Elevada disfunção familiar (1-8)			
	(2)	Moderada disfunção familiar (9-12)			
	(3)	Boa funcionalidade familiar (13-20)			
	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Quase sempre	Sempre
	0	1	2	3	4
a- Estou satisfeito(a) pois posso recorrer à minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.	()	()	()	()	()
b- Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos e compartilhamos os problemas.	()	()	()	()	()
c- Estou satisfeito(a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.	()	()	()	()	()
d- Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.	()	()	()	()	()
e- Estou satisfeito(a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.	()	()	()	()	()

ANEXO J – GENOGRAMA

	Homem		Ligação normal		Pessoas no mesmo lar
	Homem índice: utilizado para pessoas do sexo masculino no qual estão sendo entrevistadas		Ligação próxima		Adoção
	Mulher		Ligação muito próxima		Gravidez: utilizado quando a mulher estiver grávida
	Mulher índice: utilizado para pessoas do sexo feminino no qual estão sendo entrevistadas		Ligação conflituosa		Gêmeos idênticos
	Aborto sexo indefinido		Separação		Gêmeos
	Aborto sexo definido		Casal com filhos		
	Ligação distante		Óbito: utilizado quando a pessoa já for falecida		

ANEXO K – ECOMAPA

1. Avalia as relações da família com o meio em que a mesma habita.

