

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Paula Afonso Rodrigues de Carvalho

**IMPACTO DA SOBRECARGA E DA DEPRESSÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS
CUIDADORES DE IDOSOS EM ATENDIMENTO DOMICILIAR**

Juiz de Fora

2023

Paula Afonso Rodrigues de Carvalho

**IMPACTO DA SOBRECARGA E DA DEPRESSÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS
CUIDADORES DE IDOSOS EM ATENDIMENTO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Profa. Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite

Juiz de Fora
2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática
da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

AFONSO RODRIGUES DE CARVALHO, PAULA.
IMPACTO DAS SOBRECARGAS E DA DEPRESSÃO NA
QUALIDADE DE VIDA DOS CUIDADORES DE IDOSOS EM
ATENDIMENTO DOMICILIAR/PAULA AFONSO RODRIGUES DE
CARVALHO. -- 2023.

107 p. : il.

Orientadora: Isabel Cristina Gonçalves Leite

Dissertação (mestrado acadêmico)-Universidade Federal de Juiz de
Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva, 2023.

1. Cuidadores. 2. Qualidade de vida. 3. Depressão. 4. Estresse ocupacional. I.
Cristina Gonçalves Leite, Isabel, orient. II. Título.

Paula Afonso Rodrigues de Carvalho

**IMPACTO DA SOBRECARGA E DA DEPRESSÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS
CUIDADORES DE IDOSOS EM ATENDIMENTO DOMICILIAR**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 03 de abril de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Isabel Cristina Gonçalves Leite - Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Denise Cristina Alves de Moura
Fundação Educacional São Francisco Xavier

Prof.^a Dra. Silvia Lanzotti Azevedo da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Gracieli Prado Elias
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Eliane Ferreira Carvalho Banhato
UniAcademia Centro Universitário

Juiz de Fora, 08 / 03 / 2023.



Documento assinado eletronicamente por **Isabel Cristina Goncalves Leite, Professor(a)**, em 03/04/2023, às 15:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **SILVIA LANZIOTTI AZEVEDO DA SILVA, Professor(a)**, em 03/04/2023, às 15:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Denise Cristina Alves de Moura, Usuário Externo**, em 03/04/2023, às 15:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **PAULA AFONSO RODRIGUES DE CARVALHO, Usuário Externo**, em 11/04/2023, às 20:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1177367** e o código CRC **8BFECFFB**.

DEDICATÓRIA

Dedico este mestrado a Deus, que me iluminou, me guiou e, acima de tudo, me concedeu sabedoria e serenidade para cumprir esta jornada.

À minha mãe, meu amor infinito, exemplo de força e de perseverança. Sua dedicação, cuidado e amor foram combustíveis necessários que me deram forças para lutar e prosseguir, sempre.

À minha família: meu marido, Matheus, meu grande incentivador, e aos meus filhos Lucas e Gabriel, minhas alegrias de todos os dias. Nada disso teria sentido se vocês não existissem na minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Gonçalves Leite, por acreditar em mim, por seus ensinamentos, apoio rigoroso, incentivo, disponibilidade e dedicação no acompanhamento.

Aos funcionários do Departamento de Internação Domiciliar (DID) que fizeram parte deste percurso de aprendizagem, no almejo de proporcionar cuidados de saúde de excelência.

Aos cuidadores de idosos entrevistados, que me receberam em sua casa de modo acolhedor e compartilharam as informações de seu dia a dia.

A todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão deste trabalho, o meu muito obrigada!

*O que eu sou,
Eu sou em par.
Não cheguei sozinho.*
(Lenine Castanho, 2016)

RESUMO

O aumento da prevalência de doenças crônicas incapacitantes na população idosa tem sido um grande desafio para os governos, para os familiares e para a sociedade. Nesse contexto, destaca-se a participação do cuidador, ou seja, o indivíduo responsável por prestar cuidados voltados às necessidades básicas, sociais e de reabilitação em domicílio. O ato de cuidar é uma tarefa complexa, que exige competências e apresenta obstáculos capazes de interferir na qualidade de vida do cuidador. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da sobrecarga e da depressão na qualidade de vida dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar. A pesquisa foi aplicada a 102 cuidadores caracterizados como responsável principal pelos cuidados conferidos ao paciente idoso cadastrado no Programa Melhor em Casa, serviço prestado pelo Departamento de Internação Domiciliar do município de Juiz de Fora. A coleta de dados deu-se através da aplicação de um formulário para análise do perfil sociodemográfico do cuidador, além da utilização da Escala de Zarit, do Inventário de Depressão de Beck e da versão reduzida do questionário da World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-bref). Para análise estatística, utilizou-se o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 20). Na caracterização dos cuidadores de idosos, foram realizadas análises descritivas por meio de medidas de frequência, tendência central e dispersão. A normalidade das variáveis contínuas foi verificada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Para associação entre as variáveis independentes e os escores de qualidade de vida utilizou-se o Teste t de Student ou Mann-Whitney. Todas as variáveis com p-valor $\leq 0,10$ foram incluídas na regressão linear múltipla. O nível de significância adotado foi de 5%. O perfil dos cuidadores de idosos foi mulher, 55,7 ($\pm 11,4$) anos, branca, casada ou em união estável, com ensino médio, não remunerada pelos cuidados prestados, desprovida de cursos de capacitação, com algum grau de parentesco com o doente e oferecendo cuidados sete dias da semana para idosos totalmente dependentes. Observou-se sobrecarga em 69,6% dos cuidadores, além da presença de sintomas sugestivos de depressão em 41,1% da população em estudo. A sobrecarga esteve associada a piora da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e de relação social; enquanto a depressão esteve associada a piora da qualidade de vida nos domínios psicológico e de avaliação geral. Conclui-se que a educação e o apoio do cuidador de idoso,

com vistas à necessidade de capacitação para o exercer seu papel, devem ser incluídos de maneira sistemática e contínua no rol de ofertas de serviços pelo sistema de saúde, a fim de propiciar uma redução da sobrecarga e melhoria da saúde mental desses cuidadores, possibilitando uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave:Cuidadores.Qualidade de vida.Depressão.Estresseocupacional.

ABSTRACT

The increase of disabling chronic diseases in elderly people has been a major challenge for governments, family members and society. In this regard, the participation of the caregiver – the individual responsible for basic, social and rehabilitation needs – stands out. The act of caring is a complex task, which requires skills and presents obstacles that can interfere with the caregiver's quality of life. The objective of this study was to evaluate the impact of overload and depression on the quality of life of caregivers of elderly people in home care. The survey was applied to 102 caregivers characterized as primarily responsible for the care given to elderly patients registered in Melhorem Casa Program, a service provided by the Department of Home Care in the city of Juiz de Fora. Data collection took place through the application of a form for analysis of the sociodemographic profile of the caregiver, in addition to the use of the Zarit Scale, the Beck Depression Inventory and the reduced version of the World Health Organization Quality of Life Assessment questionnaire (WHOQOL-bref). For statistical analysis, the SPSS program (Statistical Package for the Social Sciences, version 20) was used. In the characterization of elderly caregivers, descriptive analyzes were performed using frequency, central tendency and dispersion measures. The normality of continuous variables was verified using the Kolmogorov-Smirnov test. For association between independent variables and quality of life scores, Student's t test or Mann-Whitney were used. All variables with $p\text{-value} \leq 0.10$ were included in the multiple linear regression. The significance level adopted was 5%. The profile of elderly caregivers was female, 55.7 (± 11.4) years old, white, married or in a stable union, with high school education, unpaid for the care provided, without training courses, with some degree of kinship with the sick and offering care seven days a week for totally dependent seniors. Overload was observed in 69.6% of caregivers, in addition to the presence of symptoms suggestive of depression in 41.1% of the study population. Overload was associated with worse quality of life in the physical, psychological and social relationship domains; while depression was associated with worse quality of life in the psychological and general assessment domains. However, it is concluded that education and support for elderly caregivers, with a view to the need for training to exercise their role, should be systematically and continuously included in the list of

services offered by the health system, in order to provide overload reduction as well as improvement of the caregivers` mental health, enabling a better quality of life.

Keywords:Caregivers. Quality of life. Depression. Occupational Stress.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pirâmides etárias absolutas no Brasil.....	20
Figura 2	As cinco fases da transição demográfica.....	21
Figura 3	Fluxograma das bases legais atenção à saúde do idoso no Brasil.....	31
Figura 4	Fluxograma da população do estudo.....	44
Figura 5	Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre a qualidade de vida de cuidadores de idosos.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Principais características dos perfis dos cuidadores.....	37
Quadro 2	Variáveis de características do cuidador e do cuidado.....	45
Quadro 3	Relação de domínios e questões do WHOQOL-BREF.....	47
Quadro 4	Método de conversão de escores por domínios do WHOQOL-REF.....	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Atenção Domiciliar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
COVID-19	Coronavírus Disease 2019
FIBRA	Fragilidade em Idosos Brasileiros
SUS	Sistema Único de Saúde
nº	Número
AD1	Atenção domiciliar 1
AD2)	Atenção domiciliar 2
AD3	Atenção domiciliar 3
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
BDI-I	Inventário de Depressão de Beck primeira versão
BDI-II	Inventário de Depressão de Beck segunda versão
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
<i>et al.</i>	et alii “e outros”
ZBI	<i>Zarit Burden Interview</i>
TCLE	Termos de Consentimento Livre e esclarecido
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ANOVA	AnalysisofVariance

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
=	Igual
α	Alfa
\leq	Menor ou igual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	JUSTIFICATIVA	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DO IDOSO.....	18
3.2	IDOSOS RESTRITOS AO AMBIENTE DOMÉSTICO.....	23
3.3	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DO IDOSO NO BRASIL...	25
3.4	ATENDIMENTO DOMICILIAR.....	32
3.5	O CUIDADOR DO IDOSO.....	35
3.5.1	Sobrecarga, depressão e qualidade de vida do cuidador	38
4	OBJETIVOS	42
4.1	OBJETIVO GERAL.....	42
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	42
5	MATERIAIS E MÉTODOS	43
5.1	POPULAÇÃO E CENÁRIO ESTUDO.....	43
5.2	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	43
5.3	ESTRATÉGIAS DE AÇÃO.....	44
5.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	49
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS	81
	APÊNDICE A	93
	ANEXO A	94
	ANEXO B	95
	ANEXO C	99
	ANEXO D	100
	ANEXO E	101
	ANEXO F	105

1 INTRODUÇÃO

O aumento mundial na longevidade humana e o crescimento proporcional da população idosa são considerados importantes conquistas da sociedade moderna. No entanto, é válido destacar que, em países desenvolvidos, esse processo ocorreu mais precocemente, sendo acompanhado por melhorias constantes na qualidade de vida do idoso; já nos países em desenvolvimento, essa transição é mais recente, ocorrendo de maneira acelerada e sem planejamento adequado para atender às demandas dessa parcela da população (LIMA-COSTA *et al.*, 2018).

É sabido que o processo de envelhecimento dos idosos envolve o surgimento de doenças crônicas capazes de interferir em sua qualidade de vida, podendo causar condições clínicas de dependência e perda de autonomia. Necessita-se, por vezes, do apoio de um cuidador, ou seja, uma pessoa responsável por prestar cuidados voltados às necessidades básicas, sociais e de reabilitação do idoso, que pode ou não ser um familiar (KOBAYASI *et al.*, 2019).

Por entender que o ato de cuidar é intrínseco à natureza humana, muitas vezes o cuidado é encarado, sob uma perspectiva psicológica, como componente essencial numa relação de amor/ajuda e, sob uma perspectiva sociológica, como fenômeno essencial para o crescimento humano. Talvez por isso, geralmente é a família o principal eixo responsável por promover os cuidados aos idosos com doenças incapacitantes. Nessa dinâmica, é importante ressaltar que o cuidador familiar não deve ser considerado um elemento “isolado” na difícil missão de se doar ao outro, sendo de suma relevância que eles recebam capacitação necessária e apoio constante de uma equipe profissional integrada aos cuidados domiciliares (WITTENBERG; KERR; GOLDSMITH, 2021).

No Brasil, culturalmente, o cuidado ao idoso é atribuído a uma rede de suporte informal, sem remuneração e capacitação, cujos integrantes, devido ao convívio direto e pela alta demanda de cuidados, submetem-se a uma longa jornada de trabalho (COUTO; CALDAS; CASTRO, 2019). Conseqüentemente, essa sobrecarga de tarefas aumenta o risco de incapacidade funcional do cuidador, gerando repercussões no trabalho, lazer e autocuidado, impactando negativamente em seu bem-estar físico e mental (MENDES *et al.*, 2019). Para minimizar tal situação, acredita-se que os cuidadores informais, a fim de potencializar suas tarefas, necessitam de capacitação e orientação dos profissionais da saúde, os

quais, por sua vez, também devem estar atentos à dinâmica da prestação dos cuidados, além de promover o bem-estar desses cuidadores. Nesse contexto, destaca-se a participação da equipe multidisciplinar pertencente ao Programa Melhor em Casa, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta, podendo ser agregados outros profissionais de apoio, como assistente social, fonoaudióloga, nutricionista, psicólogo, odontólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional, responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes em atendimento domiciliar (BRASIL, 2011).

A Atenção Domiciliar (AD) tem avançado gradativamente ao longo dos anos, pois sabe-se que o ato de levar equipes multiprofissionais às casas das pessoas que necessitam de assistência, insumos e equipamentos, pode fazer com que os pacientes fiquem menos tempo internados, contribuindo significativamente para a redução do risco de infecção hospitalar, além de promover um contato mais próximo com a família, fator relevante para a recuperação do paciente que se sente “acolhido” (NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019). O Programa Melhor em Casa atende pacientes com diversas comorbidades e necessidades, agrupando-os em três modalidades, a partir das características desses doentes e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar esse cuidado (BRASIL, 2011). A variedade de doenças e dos tipos de cuidados prestados torna o atendimento domiciliar ainda mais complexo, podendo gerar sobrecarga e estresse nos cuidadores.

Vários são os estudos que encontraram, por meio de diferentes instrumentos de medição de qualidade de vida, algum prejuízo na qualidade de vida dos cuidadores domiciliares no Brasil (SAMPAIO *et al.*, 2018; PESSOTTI *et al.*, 2018; SALAZAR-BARAJAS *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2020; GAIDESKI *et al.*, 2021; BIERHALS *et al.*, 2023). No entanto, a variabilidade nas ferramentas usadas para coleta dos dados e a complexidade de muitas delas dificultam a obtenção de informações, além de haver pouca continuidade no tratamento dos dados obtidos para torná-los capazes de orientar e potencializar os cuidados prestados pela equipe de atendimento domiciliar. Além disso, nota-se uma carência de pesquisas voltadas à análise da sobrecarga e da depressão na qualidade de vida dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar.

Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da sobrecarga e da presença dos sintomas sugestivos de depressão na qualidade de vida dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar na cidade de Juiz de Fora.

2JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e do Brasil. Por isso, a demanda de cuidados para com os idosos é crescente, e, na maioria das vezes, ofertada informalmente entre os familiares. As necessidades e experiências de cada paciente são diversas e individuais, bem como sua organização familiar, fazendo com que o cuidador possa se deparar com novas e/ou excessivas situações em que se sente despreparado e sobrecarregado. Apesar dos esforços no contexto de políticas de saúde voltadas para o idoso, o apoio ofertado por parte das equipes de saúde e voluntários geralmente não é suficiente para o pleno atendimento das carências do paciente domiciliado ou de seu cuidador.

Visto isso, é iminente e indispensável a melhora nos serviços prestados para a população que caminha para o envelhecimento e, conseqüentemente, a capacitação de seus cuidadores. O reconhecimento das demandas dos cuidadores familiares se faz crucial para que essa responsabilidade possa ser assumida e oferecida nas condições mais salubres possíveis. Assim, pesquisas como a presente são relevantes porque, além de ajudar na identificação do perfil do cuidador e de suas demandas, auxiliam a encontrar populações específicas que podem estar mais expostas as conseqüências negativas atreladas ao papel de cuidador. Além disso, nota-se uma carência de pesquisas voltados à análise da sobrecarga e da depressão na qualidade de vida dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar.

Este estudo foi realizado com a perspectiva de compreender melhor o perfil do cuidador de idoso que conta com o suporte oferecido pelo Programa Melhor em Casa/SUS e, principalmente, o impacto da atividade de cuidar na qualidade de vida desse cuidador. A partir do conhecimento agregado com essa investigação, será possível propor e adequar medidas que possam ser oferecidas pelo Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), a fim de melhorar a qualidade e a capacidade com que a prestação de cuidados vem sendo ofertada, sendo relevante para a qualidade de vida do cuidador e do paciente idoso domiciliado.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Apesar do desejo de viver 100 anos ser de muitos brasileiros, sabe-se que essa conquista tem sido obtida por poucos cidadãos, já que a expectativa de vida no país é de 76,8 anos de idade, desconsiderando-se a influência da pandemia da COVID-19, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2021).

Há de se destacar que as melhorias sanitárias, a produção de vacinas, a fabricação de novas medicações e a descoberta de tratamento e cura para inúmeras doenças têm resultado em adição de anos para toda a humanidade. Apesar desses avanços técnico-científicos, é notório que os idosos brasileiros ainda necessitam de muitas melhorias em suas condições de saúde, que lhes possibilitem viver mais e, principalmente, com melhor qualidade de vida.

3.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DO IDOSO

A maioria da população acredita que o processo de envelhecimento tem início apenas na vida adulta. Isso faz com que esse assunto seja mais discutido quando os cidadãos se aproximam dos 60 anos de idade e começam a vivenciar a velhice, período em que o desgaste do corpo humano se torna mais evidente, podendo ser acompanhado de significativas perdas psicomotoras, sociais e culturais (NERI, 2001). No entanto, sabe-se que o envelhecimento é um fenômeno natural que atinge todos os seres humanos, desde o nascimento, sendo classificado como um processo dinâmico, progressivo, irreversível e dependente de fatores biológicos, psíquicos e sociais (CASTRO; CAMARGO, 2017).

Birrene Schroots (1996) subdividem o processo de envelhecimento em três fases. O envelhecimento primário, também conhecido como envelhecimento normal ou senescência, atinge todos os indivíduos, sendo inevitável e peculiar à genética humana. Nesse período, o indivíduo está sujeito à concorrente influência de fatores determinantes para o envelhecimento bem sucedido, como exercícios, dieta, estilo de vida, educação e posição social. O envelhecimento secundário ou patológico é aquele decorrente das doenças que não se enquadram no processo normal de

envelhecimento; pode ser reversível ou alvo de uma intervenção preventiva, por exemplo: mudanças nos hábitos de vida; é, portanto, variável entre indivíduos que pertencem a ambientes e contextos diferentes. Embora apresentem causas distintas, entende-se que o envelhecimento primário e o secundário interagem fortemente. Já o envelhecimento terciário ou terminal é caracterizado por profundas perdas físicas e cognitivas, ocasionadas pelo acúmulo dos efeitos do envelhecimento natural e pelas patologias instaladas com o avançar da idade.

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos mais significativos do século XXI. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. A Organização Fundo das Nações estima que, em 2050, essa população seja composta por 2,1 bilhões de pessoas, representando um quinto da população mundial (UNITED NATIONS, 2017).

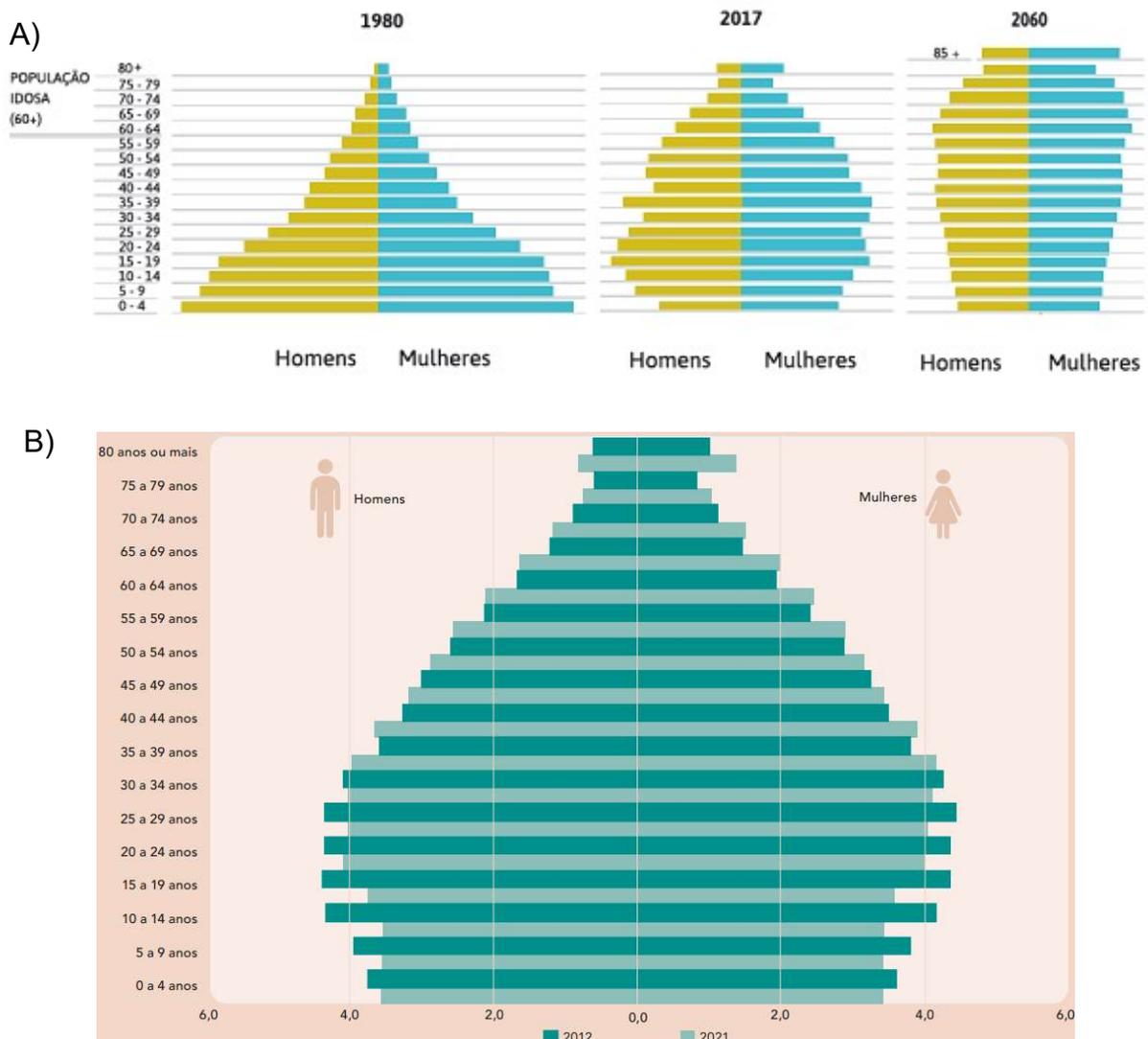
Um fenômeno que acompanha o envelhecimento populacional é a maior proporção de mulheres idosas, especialmente em idades mais avançadas. Estima-se que, em 2050, a expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres; já nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para homens e 86 para mulheres (CALASANTI, 2004). Segundo dados do IBGE (2020), descontando-se a influência da pandemia de COVID-19 na mortalidade da população brasileira, um homem tem esperança de vida ao nascer de 73,3 anos, e, uma mulher, de 80,3 anos.

Apesar de viverem mais do que os homens, nota-se que as mulheres possuem pior qualidade de vida devido às relações de gênero que estruturam seu ciclo de vida. Em relação ao envelhecimento dos homens, destaca-se uma preocupação maior com sua aposentadoria, momento em que sua rede de apoio social fica mais limitada, o que os torna mais vulneráveis socialmente (CALASANTI, 2004).

Dadas as diferenças entre homens e mulheres em seus papéis, experiências e oportunidades durante o curso de vida, entende-se que abordagens diferenciadas de gênero são essenciais para a efetivação da proposta política de envelhecimento ativo, reconhecida atualmente como uma das principais estratégias para responder à revolução do envelhecimento populacional (COBOS; ALMENDRO, 2008). Países como o Brasil, que estão em franco processo de transição demográfica, precisam estar preparados para as demandas de uma pirâmide etária invertida (IBGE, 2022). Dados publicados em 2017 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

mostram que o aumento da população idosa tem alterado o formato da pirâmide etária em relação ao ano de 1980 (IBGE, 2017) (Figura 1). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios realizada nesse mesmo ano aponta que 14,6% da população brasileira têm 60 anos ou mais de idade, correspondendo a 30,3 milhões de pessoas. Essa mudança deverá ser ainda mais significativa em 2060, quando aproximadamente 1/3 da população brasileira poderá ser composta de pessoas idosas (IBGE, 2017).

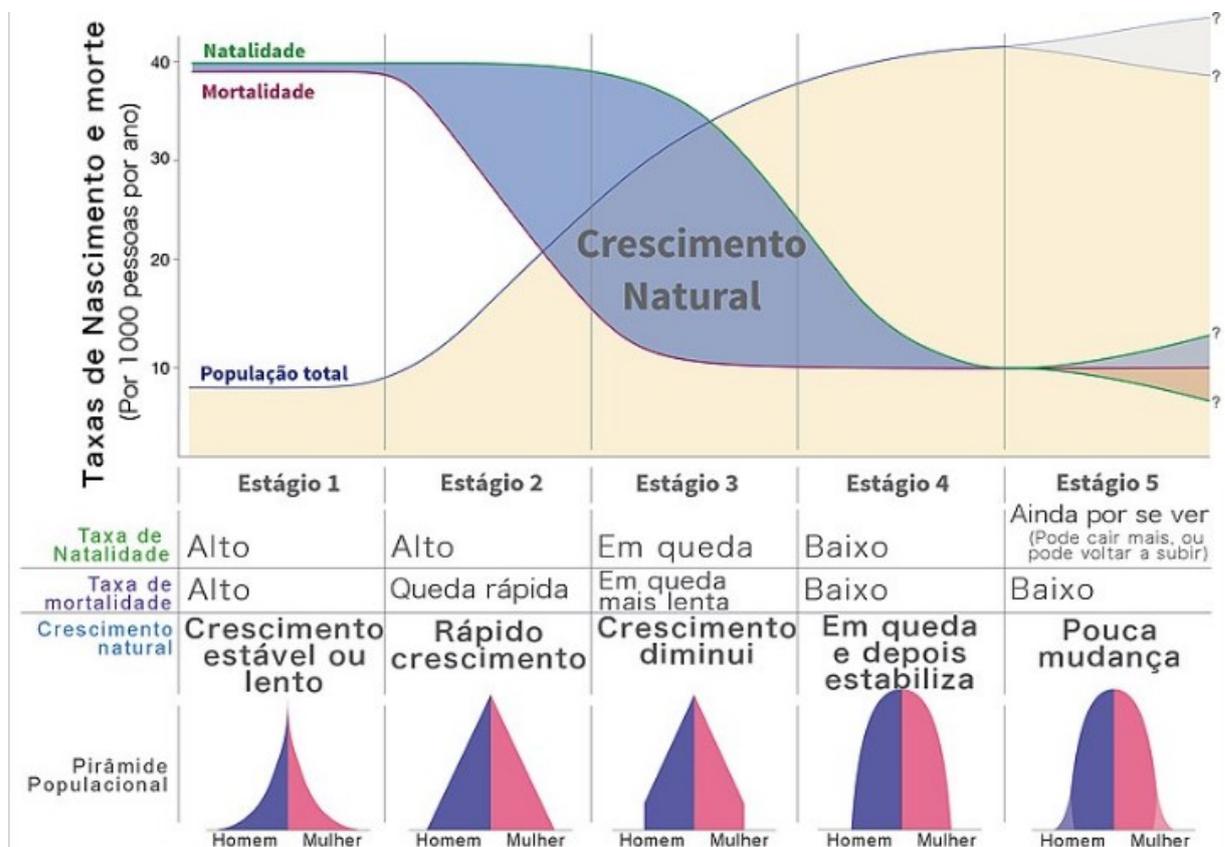
Figura 1 - Pirâmides etárias absolutas no Brasil. A) Pirâmides etárias dos anos de 1980, 2017 e 2060. B) Pirâmide etária construída a partir de dados de 2012 e 2020-2021



Fonte: IBGE, 2017; IBGE, 2022.

O mencionado processo de transição demográfica é ordinariamente descrito em quatro etapas. Na primeira, tem-se a estrutura etária em formato de pirâmide, com muitas crianças e pouca população idosa, uma vez que predominam altas taxas de nascimento e de mortalidade, com conseqüente baixo crescimento populacional. Na segunda etapa, a queda da mortalidade infantil, junto à manutenção de altas taxas de fertilidade, traz como resultado o crescimento populacional. Já na terceira, tem-se a queda na taxa de fertilidade, fato que estreita a base da pirâmide e empurra para cima a média de idade da população. Finalmente, na quarta etapa, tem-se baixas e estáveis taxas de mortalidade e de fertilidade, o crescimento populacional estabiliza-se e transforma-se quase em retangular a estrutura etária, com maior peso da população idosa, marcando o fenômeno do envelhecimento populacional (OLIVEIRA, 2019). Atualmente aceita-se que haja uma quinta fase, já iniciada em países como a Alemanha e o Japão, onde a mortalidade supera a natalidade (Figura 1).

Figura 2- As cinco fases da transição demográfica



Fonte: Roser; Ortiz-Ospina (2018).

Esse contexto remete a uma preocupação social que indaga se esses idosos conquistarão uma vida saudável prolongada ou se os anos adicionais serão vivenciados com muitas doenças, causando um aumento da demanda por saúde e assistência social. Apesar de ainda não haver um consenso na literatura sobre o que vai acontecer nessa nova fase da transição demográfica, é certo que, em algum momento, no decorrer dos anos, esses idosos serão confrontados com inúmeras doenças crônicas. Corroborando essa previsão, observou-se que o aumento de anos vividos com incapacidade nas décadas de transição do século XX para o XXI foi de 55,4% para doenças não transmissíveis, 7,6 % para doenças transmissíveis e 0,3% para lesões (GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2013 COLLABORATORS, 2015).

O termo “doença crônica” é usado para designar patologias persistentes e que necessitam de cuidados permanentes. As doenças crônicas não transmissíveis que mais afetam os idosos são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o Diabetes Mellitus (DM), as doenças cardiovasculares, a osteoartrite, as doenças neurodegenerativas (Doença de Alzheimer e Doença de Parkinson), as pneumopatias crônicas (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC) e o câncer. Algumas doenças transmissíveis também se enquadram no conceito de doenças crônicas, a exemplo da Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) e da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) (MIRSKY; HORN, 2020).

O vertiginoso crescimento mundial das condições crônicas é responsável por mais da metade do ônus decorrente de todas as doenças no mundo. Essas mudanças causam impacto em níveis individuais, sociais e econômicos, uma vez que o doente necessitará alterar hábitos de vida, precisando frequentemente adotar tratamentos medicamentosos, além de conviver com a incapacidade, caso o controle da patologia não seja bem-sucedido. Há grande impacto econômico causado, não só pelos custos diretamente relacionados ao tratamento de saúde, como também por aqueles derivados da diminuição da força laboral devida a óbitos, incapacidade e perda de produtividade (YANG *et al.*, 2020).

Além das doenças crônicas, verificam-se também nos idosos alguns estados de saúde complexos denominados de síndromes geriátricas. Estas são conhecidas como os “7Is”, que se manifestam como incapacidade cognitiva, incapacidade comunicativa, instabilidade postural, incontinência esfinteriana, iatrogenia, imobilidade e insuficiência familiar, sendo maiores preditores de mortalidade do que

as doenças crônicas. Além disso, é válido destacar que é comum o idoso apresentar mais de uma doença crônica e mais de uma síndrome geriátrica (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Todas essas condições clínicas são capazes de interferir na qualidade de vida da população idosa, podendo causar situações de dependência e perda de autonomia, exigindo internações hospitalares e/ou cuidados domiciliares permanentes. Uma boa estratégia para reduzir o índice de hospitalização de idosos é manter um programa de atenção e conscientização da saúde direcionado a todos os beneficiários que completaram 60 anos, mesmo aqueles que apresentam boas condições de saúde (MINAYO, 2019). Entretanto, o modelo de saúde vigente, com poucos recursos e tradicionalmente curativo, acaba se restringindo, na maioria das vezes, à assistência aos problemas de saúde, com enfoque nos idosos que já apresentem alguma patologia limitante. Diante disso, é crescente o número de idosos com limitações que os tornam restritos ao ambiente doméstico, dependentes de cuidadores.

3.2.IDOSOS RESTRITOS AO AMBIENTE DOMÉSTICO

Estima-se que 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade requerem algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa cotidiana como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Cerca de 10% requerem auxílio para realizar tarefas elementares, incluindo o banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar-se e levantar de cadeiras e camas (TRELHA, *et al.*, 2006). Quando ocorre comprometimento da capacidade funcional a ponto de impedir o cuidado de si, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde pode ser muito grande.

As condições de saúde do idoso podem ser resultado de diversas alterações, sejam elas naturais, fruto do processo de envelhecimento, ou causada e agravada por condições patológicas. A limitação da mobilidade, déficits cognitivos e fragilidade são alguns dos problemas que geram a restrição do idoso ao ambiente domiciliar. A restrição ao domicílio parece ser um processo insidioso e dinâmico, modificável ou prevenível se houver ambiente e intervenção adequadas (URSINE; CORDEIRO; MORAES, 2011).

Um estudo americano classificou a restrição domiciliar em três grupos: restrição domiciliar, semirrestrição domiciliar e sem restrição domiciliar. O primeiro caso foi definido como pessoas que nunca ou raramente saem de casa. A semirrestrição refere-se aos casos em que o indivíduo consegue ou precisa de ajuda para sair ou tem dificuldade de sair sozinho (XIANG; CHEN; KIM, 2020; SOONES *et al.*, 2017). Uma pessoa sem restrição domiciliar é aquela que pode sair sem ajuda.

As pessoas que se tornam restritas ao ambiente doméstico sofrem de múltiplos problemas de saúde física bem como problemas de saúde psiquiátricos (QIU *et al.*, 2010). Mais pontualmente, algumas condições já foram elencadas como as mais prevalentes em população restrita ao ambiente doméstico, sendo elas idade avançada, ser do sexo feminino, isolamento social, fumar, ter demência, histórico de quedas, uso de dispositivos auxiliares de locomoção e depressão/ansiedade (YANG *et al.*, 2021).

A restrição domiciliar e a fragilidade do idoso são dois problemas coexistentes e que se amplificam. A perda acelerada de reservas fisiológicas que caracteriza a fragilidade pode levar a uma ampla gama de problemas de saúde comuns, como perda de força, redução da mobilidade e quedas subsequentes, redução do apetite e desnutrição, incontinência, declínio sensorial, depressão e ansiedade. Essa desregulação acumulada em vários sistemas afeta o funcionamento normal, levando a uma falha no retorno a um nível anterior de funcionamento após um evento estressor e maior aceleração do desenvolvimento e progressão da síndrome de fragilidade. Contudo, viver com fragilidade predispõe um indivíduo a uma maior dependência de cuidados de saúde, incluindo o uso de vários medicamentos prescritos, admissões hospitalares de emergência mais frequentes e internações hospitalares prolongadas, uma transição acelerada para cuidados residenciais e, finalmente, taxas mais altas de mortalidade (WOOLFORD *et al.*, 2020).

As doenças que geram alterações cognitivas são outro grupo que podem restringir o indivíduo ao ambiente domiciliar; já as doenças progressivas, como a Doença de Alzheimer e a de Parkinson, reduzem a independência do sujeito progressivamente, tornando-o cada vez mais dependente do cuidado de outros. Pessoas com demência geralmente requerem altos níveis de cuidado, a maioria dos quais é fornecido por cuidadores informais ou familiares. Sem cuidadores, as pessoas com demência teriam uma qualidade de vida pior e precisariam de cuidados institucionais mais cedo – que não se encontra disponível em quantidade e

qualidade suficiente em muitos países. No entanto, esse apoio tem um custo de sofrimento do cuidador e piora da sua qualidade de vida (BRODATY; DONKIN, 2009). As alterações cognitivas, físicas e emocionais associadas à demência têm sido associadas a menor qualidade de vida e aumento da sobrecarga do cuidador (GENTRY *et al.*, 2020).

Para oferecer suporte adequado e completo a um idoso restrito ao domicílio, possivelmente com síndrome da fragilidade, seriam necessários ajustes no *layout* residencial e a formulação de um plano de cuidados individualizado – incluindo visitas médicas, fisioterápicas e de outros profissionais da saúde – condizentes com a capacidade de deslocamento do idoso, bem como treinamento e suporte do cuidador, evitando também seu adoecimento por sobrecarga, isolamento social ou qualquer outra causa (WOOLFORD *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Portanto, diante de tamanha complexidade, entende-se que os desafios para melhoria nas condições de saúde dos idosos são múltiplos e se encontram em diversos setores, como: seguridade social e previdência, saúde, educação, habitação, trabalho e renda, sendo necessário melhor organização, integração e efetivação de políticas públicas voltadas aos cuidados dessa população.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DO IDOSO NO BRASIL

O aumento do número de idosos na população brasileira justifica a maior discussão sobre os modelos teóricos e as práticas em relação à saúde do idoso. Nesse contexto, destaca-se que a vulnerabilidade da pessoa idosa tem sido interesse crescente de pesquisadores, profissionais e estudiosos atuantes da Gerontologia, preocupados em identificar as necessidades emergentes dessa população (CABRAL *et al.*, 2019).

Ao longo dos anos, o termo “vulnerabilidade” foi empregado para representar grupos ou indivíduos que necessitam de maior auxílio para garantia de seus direitos como cidadãos (BARBOSA; OLIVEIRA; FERNADES, 2019). O ser vulnerável é, portanto, aquele que está em desvantagem em relação a critérios de distribuição, como renda, serviços, qualidade de vida, educação e saúde (AYRES *et al.*, 2009).

É sabido que o processo de envelhecimento implica aumento da vulnerabilidade para a maioria dos idosos. O Estudo FIBRA (Fragilidade em Idosos

Brasileiros), conduzido por Rodrigues e Neri (2012), investigou a vulnerabilidade de 688 idosos brasileiros e sua correlação com condições sociais (gênero, idade e renda), individuais (número de doenças, sinais e sintomas, incapacidade funcional, suporte social percebido e saúde percebida) e programáticas (índice de dependência do Sistema Único de Saúde- SUS, índice de vulnerabilidade social e de acesso aos serviços de saúde). Com o cruzamento de dados, os autores encontraram que 48% dos entrevistados utilizavam o SUS e que a maioria dos usuários (52,8%) apresenta alto índice de dependência desse sistema público de saúde.

Apesar de o SUS ter sido criado em 1988 com a Constituição Federal, a qual definiu que é dever do Estado garantir saúde a toda população brasileira (BRASIL, 1988), a efetivação desse sistema de saúde ocorreu apenas em 1990, quando o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080). Essa lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como também sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dando outras providências. Dentre elas, destaca-se o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (BRASIL, 1990), ou seja, de ações e programas na saúde para a população.

A implantação de uma política pública voltada para pessoas idosas no Brasil é recente e se relaciona com o desenvolvimento socioeconômico e cultural, assim como a ação reivindicatória dos movimentos sociais. Nesse contexto, um marco importante dessa trajetória foi a introdução, pela Constituição Federal, do conceito de Seguridade Social, fazendo com que a rede de proteção social alterasse o seu enfoque estritamente assistencialista, passando a ter uma conotação ampliada de cidadania (TORRES *et al.*, 2020).

Em 1994, a Lei 8.842 estabeleceu a Política Nacional do Idoso, que objetiva assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Essa política visa criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, delegando aos órgãos e entidades públicas competências nas áreas de promoção e assistência social, de saúde, de educação, de trabalho e previdência social, de habitação e urbanismo, de justiça e de cultura, esporte e lazer (BRASIL, 1994).

A Lei 8.842, regulamentada pelo Decreto 1.948, em 1996, definiu as competências dos órgãos e entidades públicas na implementação da Política Nacional do Idoso. Esse decreto estabeleceu o fornecimento de medicamentos, órteses e próteses necessários para a reabilitação e a recuperação da saúde do idoso, como competências do Ministério da Saúde na execução dessa política, em articulação com as Secretarias dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 1996).

O Plano Integrado de Ação Governamental foi criado em 1997 para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, visando colocar em prática as ações estabelecidas pela política, com o intuito de desenvolver ações preventivas, curativas e promocionais no âmbito de políticas sociais voltadas à população idosa. Esse Plano de Ação foi elaborado por nove órgãos: Ministério da Previdência e Assistência Social; Educação e Desporto; Justiça; Cultura; Trabalho e Emprego; Saúde; Esporte e Turismo; Planejamento, Orçamento e Gestão e Secretaria de Desenvolvimento Urbano (BRASIL, 1997).

Em 1999, com a Portaria Ministerial nº 1.395, estabelece-se a Política Nacional de Saúde do Idoso, na qual se determina que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999).

A Lei 10.741 institui, em 2003, o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Destaca ainda que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Esse estatuto acaba, portanto, exigindo um redirecionamento de prioridades das linhas de ação das políticas públicas, consolidando os direitos já assegurados na Constituição Federal (BRASIL, 2003).

Em relação à saúde, o Estatuto do Idoso destaca que é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Uma das estratégias de prevenção e manutenção da saúde do idoso é a oferta de atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural (BRASIL, 2003).

Em 2006, a Portaria 399 divulgou o Pacto pela Saúde 2006, que consolida o SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. O Pacto pela Saúde representa um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006a).

No mesmo ano, surgiu a Portaria 2.528, que revisa e atualiza a Política Nacional de Saúde do Idoso estabelecida anteriormente pela Portaria Ministerial nº 1.395, de 1999. Essa reformulação buscava garantir a atenção adequada e digna para a população idosa brasileira, visando sua integração e tendo como proposta basilar permitir um envelhecimento saudável, preservando a capacidade funcional, a autonomia e o nível de qualidade de vida do idoso, em consonância com o SUS que direciona medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006b).

Em 2008, o Ministério da Saúde do Brasil reviu os objetivos e as metas do Pacto pela Vida e, com base nos indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, estabeleceu a atenção ao idoso como uma de suas prioridades (BRASIL, 2008).

Já em 2009, por meio da Portaria 2.669, a atenção à saúde do idoso passou a ser listada como prioridade primeira pelo Ministério da Saúde, que apresenta como objetivo a formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa e, como plano para os anos de 2010 e 2011, a redução em 2% da taxa de internação hospitalar de idosos por fratura de fêmur (BRASIL, 2009b).

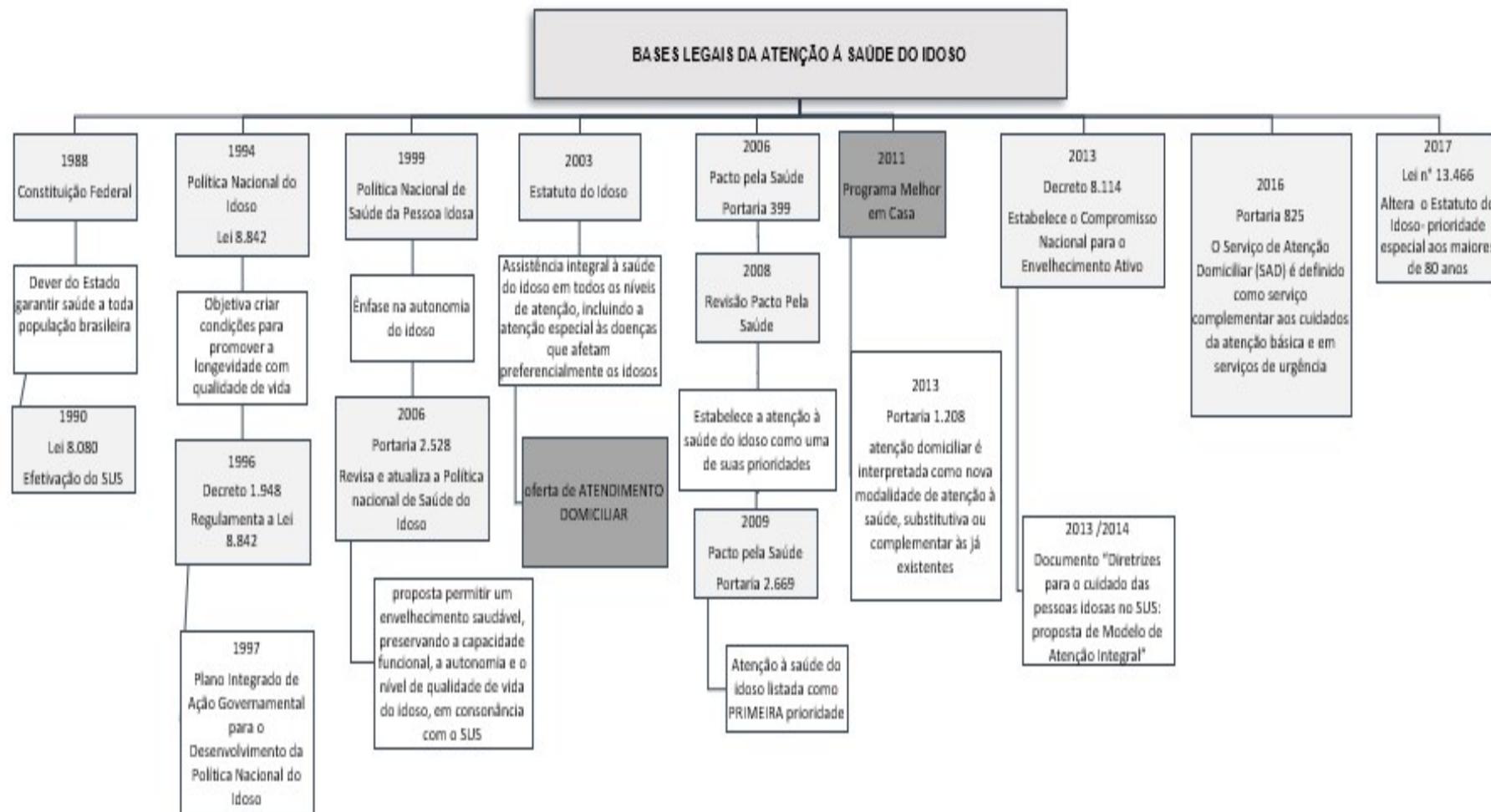
O Ministério da Saúde, em 27 de outubro de 2011, por meio da Portaria nº 2.527, redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde para lançar o Programa Melhor em Casa (BRASIL, 2011).

Em 2013, o Decreto 8.114 veio estabelecer o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, cujo objetivo é promover valorização e garantia de direitos da pessoa idosa, com ações integradas da sociedade, União, Estados, Distrito Federal e Municípios (BRASIL, 2013). Nesse contexto, nos anos de 2013 e 2014, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde publicou o documento “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de Modelo de Atenção Integral”, que potencializa as ações já desenvolvidas e propõe estratégias para fortalecer a articulação, a qualificação do cuidado e a ampliação do acesso da pessoa idosa aos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde, através da orientação da organização do cuidado ofertado à pessoa idosa no âmbito do SUS (BRASIL, 2014).

Com a Portaria nº 825 de 25 de abril de 2016, outro avanço foi dado no cuidado à saúde do idoso ao se redefinir a atenção domiciliar no âmbito do SUS para a modalidade de atenção à saúde integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados. O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) foi então definido como um serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). Com isso, o SAD surge com objetivo de redução da demanda por internação hospitalar, do período de permanência dos usuários internados, de humanização da atenção à saúde, com ampliação da autonomia dos mesmos e desinstitucionalização e otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS. De acordo com a portaria, o serviço é indicado para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade na qual a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador (BRASIL, 2016).

A Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017, alterou o Estatuto do Idoso, assegurando prioridade especial aos maiores de 80 anos dentro o grupo de idosos (BRASIL, 2017). A Figura 3 apresenta o fluxograma das bases legais da atenção à saúde do idoso no Brasil.

Figura 3- Fluxograma das bases legais da atenção à saúde do idoso no Brasil



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Por tudo, diante de leis, portarias e decretos, imagina-se que, no campo legislativo, o idoso esteja assegurado constitucionalmente, uma vez que o Brasil conta com políticas gerais e específicas para a saúde do idoso, nas quais são pactuados compromissos sociais e definidas diretrizes, indicadores e metas (TORRES *et al.*, 2020). Entretanto, ressalta-se que essa legislação não tem sido devidamente aplicada, e isso se deve a vários fatores, que vão desde as contradições dos próprios textos legais, até o desconhecimento de seu conteúdo. Tal dificuldade pode estar relacionada à tradição centralizadora e segmentadora das políticas públicas no Brasil, que provoca a superposição desarticulada de programas e projetos voltados para um mesmo público. A área de amparo ao idoso é um paradigma que exemplifica a necessidade de uma intersetorialidade na ação pública, pois os idosos muitas vezes são vítimas de projetos implantados sem qualquer articulação pelos órgãos de educação, assistência social e de saúde (FERNANDES; SOARES, 2012).

Indo ao encontro dessa informação e atuando de forma unificadora e interprofissional, tem-se o programa Melhor em Casa, criado em 2011; desde então, em franca ampliação no Brasil, objetiva levar atendimento multidisciplinar às casas de pessoas com necessidade de reabilitação motora, idosos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, evitando internações hospitalares desnecessárias e as filas dos serviços de urgência e emergência. As equipes de saúde são formadas, prioritariamente, por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas. Outros profissionais, como fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, odontólogo e farmacêutico, podem também compor as equipes de apoio. Estudo recente concluiu que o programa promoveu redução nas despesas com internação dos grupos de risco e também em situações que elevam as despesas hospitalares, como falta de equipamentos e internações eletivas, principalmente nos grupos com maior vulnerabilidade, mostrando-se eficiente como política pública (NISHIMURA; CARRARA FREITAS, 2019).

3.4 ATENDIMENTO DOMICILIAR

Os primeiros esforços organizados para assistência domiciliar são datados de 1813, quando senhoras ricas norte-americanas, pertencentes à Sociedade

Beneficente de Charleston, desenvolveram programas de caridade visando assistir doentes pobres (BUHLER-WILKERSON, 2001). Em 1885, com o êxito dessa entidade, foi criada a primeira associação de enfermeiras visitadoras, a *Visiting Nurses Association*, a qual congregava várias agências para as quais as famílias mais ricas pagavam taxas pelos serviços recebidos, que, somadas às doações, compunham um fundo para financiar os serviços prestados aos mais pobres (RICE, 2001).

No Brasil, os primeiros relatos de assistência domiciliar no país, voltada à vacinação preventiva da população do Rio de Janeiro contra a Febre Amarela, surgiram em 1919. O século XX destaca-se como um período de alto índice de doenças infectocontagiosas, que contribuíram diretamente para a consolidação da assistência domiciliar (AUGUSTO; FRANCO, 1980).

Com o controle das doenças infectocontagiosas, sobreveio, em nível mundial, um período com notória centralização do atendimento de pacientes com doenças crônicas no ambiente hospitalar. Porém, por volta de 1955, houve o ressurgimento da assistência domiciliar nos Estados Unidos da América, a partir do momento em que se teve conhecimento de que a internação hospitalar desses pacientes é muito onerosa. O transcorrer dos cuidados em domicílio ressaltou, como principal modalidade de assistência domiciliar nos países desenvolvidos, a conhecida como Long-TermCare, modelo que preconiza o retorno do paciente para casa, onde permanece a maior parte do tratamento sob os cuidados da família ou de cuidadores, recebendo visitas periódicas dos profissionais da saúde (FENG, 2019).

A assistência domiciliar brasileira tem avançado gradativamente ao longo dos anos, apoiada na comprovação de que o ato de levar equipes multiprofissionais à casa das pessoas que necessitam de assistência, insumos e equipamentos, pode fazer com que os pacientes fiquem menos tempo internados, além de promover um contato mais próximo com a família, fator relevante para recuperação do paciente, que se sente “acolhido” (NISHIMURA; CARRARA; FREITAS, 2019).

Nesse contexto, consolida-se a atenção domiciliar no SUS, processo sustentado em diversas normatizações ao longo dos últimos 30 anos. No total, somam-se 19 portarias que tratam da organização e efetivação de serviços relacionados à atenção domiciliar: a primeira, em 1998; a mais recente, em 2016. Paralelamente, foram deliberadas outras 70 portarias, as quais tratam especificamente de habilitar e desabilitar Serviços de Atenção Domiciliar em

diversos municípios. Ao longo da criação das referidas portarias, foram organizados quatro manuais instrutivos que, de maneira mais prática, explicitaram a organização atual do processo de trabalho da atenção domiciliar no SUS (RAJÃO; MARTINS, 2020).

Dentre essas ações, em 8 de novembro de 2011, houve a criação do programa Melhor em Casa e, posteriormente, a incorporação da atenção domiciliar ao SUS, como um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Nesse programa, uma equipe multidisciplinar é responsável pelo acompanhamento clínico de pacientes domiciliares, organizados em três modalidades: atenção domiciliar 1 (AD1), atenção domiciliar 2 (AD2) e atenção domiciliar 3 (AD3) (BRASIL, 2014).

A atenção domiciliar 1 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menos recursos de saúde. A prestação da assistência nessa modalidade é de responsabilidade das equipes de atenção básica, incluindo as de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

A atenção domiciliar 2 destina-se aos usuários que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos. A prestação de assistência nessa modalidade é de responsabilidade da EMAD e EMAP. Essas equipes também são responsáveis pela atenção domiciliar 3, destinada aos usuários com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos como para suporte ventilatório não invasivo (BRASIL, 2016).

No município de Juiz de Fora, os pacientes domiciliados são avaliados e classificados em uma das três modalidades da atenção domiciliar pela equipe do Departamento de Internação Domiciliar, responsável pela prestação dos cuidados dos pacientes AD2 e AD3.

Uma das condições necessárias à admissão de usuários nas modalidades de atenção domiciliar 2 e 3 é a presença de um cuidador identificado, que poderá ser ou não um membro da família. O cuidador será a referência para a equipe multidisciplinar repassar as orientações de cuidado, além de contribuir para o aprimoramento das orientações recebidas, uma vez que detém o conhecimento de toda dinâmica e dificuldade das tarefas de cuidado daquele domicílio. O cuidador é

fundamental para instituir hábitos saudáveis de vida, como: alimentação balanceada, prática regular de atividades físicas, convivência social estimulante, atividade ocupacional prazerosa e mecanismos para reduzir o estresse do doente (AKSOYDAN *et al.*, 2019).

3.5 O CUIDADOR DE IDOSO

O conceito de cuidado descrito por Boff (2004) remete a algo que se opõe ao descuido e ao descaso. Traz que o cuidar abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo, indo além de um ato e definindo-se como uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. Esse cuidado surge somente quando a existência de outra pessoa tem importância para o indivíduo que cuida, o qual passa a dedicar-se a essa pessoa e a participar de sua vida, buscando estar junto nos sucessos e sofrimentos.

Onde há uma pessoa sendo cuidada, há um cuidador. Trata-se de um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. Ao perceber as necessidades daquele que recebe suas atenções, o cuidador pode prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade (BRASIL, 2008a).

Os cuidadores correspondem a um grupo amplo e heterogêneo de pessoas responsáveis pela assistência nas atividades da vida diária de indivíduos com limitações em seu funcionamento físico, mental ou cognitivo. Eles se caracterizam por terem diversificadas idades, diferentes graus de relacionamento com a pessoa para quem prestam cuidados; além disso, apresentam variações em seu nível de competência, habilidade e motivação para prestarem a assistência (SCHULZ *et al.* 2020).

Existem duas categorias principais de cuidadores: o informal e o formal. O cuidador informal é caracterizado principalmente como pessoa pertencente à família ou próxima do idoso – como cônjuge, filho, irmão, amigo ou vizinho – que presta os cuidados, geralmente de maneira voluntária e sem que haja qualquer tipo de contrato e pagamento para o fim de cuidar. Já o cuidador formal é designado como pessoa maior de idade, com ensino fundamental e/ou médio completo, com treinamento específico em instituição oficialmente reconhecida para a atividade do cuidar e que recebe remuneração para a atividade (DINIZ *et al.*, 2018). Ainda circundando essas classificações, existe o cuidador principal, o qual se configura

como aquele indivíduo que fica responsável por quase todo o trabalho diário com o idoso dependente (BRASIL, 2008a).

Binjsdorpet *al.* (2020) realizaram um estudo metodológico-Q para definir perfis de cuidadores e, assim, as necessidades de apoio do cuidador familiar. De acordo com o estudo, as necessidades de apoio específicas podem variar entre os cuidadores familiares e ao longo do tempo. Por isso, delineamentos transversais, presentes na maioria dos estudos dessa natureza, podem não refletir exatamente esse comportamento variável. Assim, foram delineados quatro perfis de cuidadores. Mais detalhes sobre cada um desses perfis estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1: Principais características dos perfis de cuidadores

Componente	Perfil 1: Valorização e pessoa de contato	Perfil 2+: Relaciona- mentos de apoio	Perfil 2-: Omissão de relaciona- mentos de apoio	Perfil 3: Orientação, informação e apoio prático/médico	Perfil 4: Mais folga
Necessidade de apoio para permitir que o cuidador preste cuidados (colega de trabalho)	Pessoa de contato designada para coordenar os cuidados	Compartilhar os cuidados e tomada de decisão compartilhada	Compartilhar os cuidados e tomada de decisão compartilhada	Informação e orientação (coordenação de cuidados e trajetória de doença) e apoio prático/médico (gestão de sintomas e medicação)	Mínimo; abstém-se de pedir ajuda
Necessidades de apoio para os próprios cuidadores	Conselho e ouvido atento	Cuide-se à noite	Apoie com seus próprios sentimentos e preocupações e cuide-se à noite	Nenhuma necessidade de suporte expressa	Mais tempo livre
Suporte experiente	Sente-se desvalorizado e quer mais valorização	Positivo. Recebe suporte suficiente de várias fontes	Negativo. Sente-se negligenciado pelos profissionais de saúde	Critico: desejos não são realizados pelos profissionais de saúde	Critico: o envolvimento de mais profissionais ocorre em detrimento da própria privacidade e da qualidade do atendimento
Experiências com cuidado	Prestar cuidados é bom	O cuidado melhora o relacionamento com o familiar	Sente-se sobrecarregado e sozinho	Prestar cuidados é satisfatório, mas nem sempre fácil	O cuidado é exigente e luta para mudar o relacionamento com o parente
Capacidade do cuidador	Consegue lidar bem com os cuidados, mas precisa de capacitação	Consegue lidar bem com os cuidados e administra os cuidados muito bem	Lutando com cuidado por conta própria	Consegue lidar com os cuidados, mas precisa de apoio para continuar cuidando	Difícilmente consegue lidar com os cuidados e sente um fardo pesado

Fonte: Adaptado de BINJSDORP *et al.* (2020).

No Brasil, a ocupação de cuidador está catalogada na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho através do número 5162-10, que

identifica a classe cuidador de idosos ou acompanhante de idosos”. A legislação vigente que regulamenta o trabalho do cuidador de idoso em âmbito residencial é a Lei Complementar nº 150/2015, derivada da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) das domésticas. Apesar de ser uma profissão regulada pela PEC 150, ainda não está regulamentada, pois, embora o Congresso Nacional tenha regulamentado a profissão de cuidador de idosos em 2019, através do Projeto de Lei Complementar 11/2016, este foi vetado pelo Presidente da República.

3.5.1 Sobrecarga, depressão e qualidade de vida do cuidador

Várias questões podem ser abordadas quando se faz uma análise do cuidador de idoso, dentre as quais destaca-se a sua qualidade de vida. Outros fatores relacionados ao cuidador de idoso que também devem receber visibilidade são a sobrecarga e a depressão.

Muitos cuidadores estão imersos em um excesso de tarefas cotidianas. Essa sobrecarga deve ser vista como um conceito multidimensional, o qual abrange a esfera biopsicossocial, resultado da busca de equilíbrio entre as seguintes variáveis: tempo disponível para o cuidado, recursos financeiros, condições psicológicas, físicas e sociais, atribuições e distribuição de papéis (MORAIS *et al.*, 2012). A sobrecarga pode causar problemas físicos, psíquicos e de índole sociofamiliar, sendo o estresse emocional – depressão, ansiedade e insônia, por exemplo – uma das formas de expressão mais comuns (ADELMAN *et al.*, 2014).

Hoenige Hamilton (1966), em seu estudo com pacientes com esquizofrenia, foram os primeiros autores a definir a sobrecarga como uma experiência de “fardo a carregar”. Sob esse novo panorama, a sobrecarga do cuidador pode ser analisada em duas dimensões: a objetiva e a subjetiva. A sobrecarga objetiva é aquela que se refere aos acontecimentos e atividades desempenhadas no cuidar e suas respectivas consequências, logo, são as mudanças observáveis que ocorrem na vida do cuidador, tais como alterações na rotina, consequências na saúde, perturbações gerais e perdas financeiras. Já a sobrecarga subjetiva abrange as percepções, as preocupações, os sentimentos negativos e o incômodo gerados por tornar-se cuidador, ou seja, refere-se aos sentimentos desses cuidadores em relação ao fardo percebido (MAURIN; BOYD, 1990).

Para analisar a sobrecarga do cuidador, uma das ferramentas utilizadas é a escala de Zarit, destacando-se por ser de fácil interpretação, validada em diversos países, aplicada em pacientes com diferentes patologias, sob internação hospitalar ou em assistência domiciliar (BIANCHI *et al.*, 2016; JAMES *et al.*, 2020; LAI *et al.*, 2020; UNSAR; EROL; OZDEMIR, 2021). A escala foi validada no Brasil em 2002, quando foi aplicada para avaliar os cuidadores informais de pessoas com doenças mentais (SCAZUFCA *et al.*, 2002).

Em busca de uma análise totalitária desse cuidador de idoso, busca-se uma avaliação da esfera psíquica no que tange o emocional. Estar emocionalmente bem é uma competência necessária para manter relacionamentos saudáveis e realizar tarefas com zelo. Além disso, contribui para o bem-estar interno, a autoconfiança e uma maior satisfação. Contudo, torna-se importante a avaliação da existência de depressão em cuidadores de idosos, uma vez que afeta diretamente o binômio cuidador-idoso. Em uma comparação de cuidadores com a população mundial geral, os sintomas depressivos aparecem como fator mais decisivo da saúde física dos cuidadores (MEIYAN *et al.*, 2016).

A depressão pode ser classificada como uma doença crônica, caracterizada por uma série de sintomas, por exemplo, desânimo persistente, sentimentos de inutilidade, tristeza, interpretação distorcida e negativa da realidade, perda do interesse em atividades que em momentos anteriores traziam prazer e falta de energia para realização de atividades simples. Afeta anualmente milhões de indivíduos no mundo, sendo considerada, por muitos, como a doença da atualidade (SALARI *et al.*, 2020).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI-I), descrito na atualidade como um dos principais instrumentos para identificação da severidade dos sintomas depressivos, é considerado instrumento importante no diagnóstico, no prognóstico e na evolução da sintomatologia dos pacientes, além de proporcionar a uniformização da comunicação entre profissionais (VON GLISCHINSKI; VON BRACHEL; HIRSCHFELD, 2019).

A primeira versão do Inventário (BDI-I) foi desenvolvida por Beck, Ward, Mendelson, Moch e Erbaugh em 1961. Dada a necessidade de alinhar essa versão aos critérios para os transtornos depressivos fornecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - Quarta Edição, Beck, Steer e Brown desenvolveram a segunda (BDI-II) em 1996.

Outros estudos já utilizaram esse questionário em cuidadores de idosos (GOODARZI *et al.*, 2016), incluindo estudo realizado no Brasil por Felipe *et al.*, em 2020. Suas características e sua fácil aplicabilidade foram os motivos decisivos para a sua utilização nesse estudo. Além disso, evidências mostram que a identificação precoce da depressão propicia o início de múltiplas intervenções, reduzindo a manifestação dos sintomas, bem como suas consequências pessoais, sociais e laborais (ANUNCIAÇÃO; CAREGNATO; SILVA, 2018).

No que tange a qualidade de vida do cuidador, a crescente preocupação com seus quesitos resulta de um movimento dentro da ciência no sentido de que desfechos tradicionais – como o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida – não sejam os únicos aspectos relevantes contemporâneos, havendo a necessidade de valorização de parâmetros mais amplos (FLECK *et al.*, 1999).

Muitos autores referem-se à qualidade de vida como sinônimo de saúde. Outros, porém, apresentam-na como um conceito mais abrangente, em que as condições de saúde seriam um dos aspectos a serem considerados. Contudo, a diferença entre essas duas concepções é que a qualidade de vida não é uma descrição de saúde, mas o retrato da percepção e da reação à saúde aos outros aspectos não médicos da vida (MOONS; BUDTS; DE GEEST, 2006). A OMS define “qualidade de vida” como a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais vive, assim como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994).

Vários estudos encontraram, por meio de diferentes instrumentos de medição, algum prejuízo na qualidade de vida dos cuidadores domiciliares no Brasil (SOUZA *et al.*, 2015; GUERRA *et al.*, 2017; SAMPAIO *et al.*, 2018; HENRIQUES; CABANA; MONTARROYOS, 2018; COUTO; CALDAS; CASTRO, 2019; MENDES *et al.* 2019; SOUZA *et al.*, 2020; SILVA *et al.*, 2020). Uma das ferramentas úteis, nesse caso, é a WHOQOL-Bref, questionário elaborado pela OMS para avaliar qualidade de vida. Originado do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), um questionário composto de cem questões, o WHOQOL-Bref apresenta-se como uma versão abreviada, composta por 26 questões; trata-se, portanto, de um instrumento curto cujo preenchimento demanda pouco tempo, mas tem características psicométricas satisfatórias (WHOQOL GROUP, 1998), além de ser validado em

diversos países para uso em cuidadores domiciliares (KANG *et al.*, 2017; SHILLING *et al.*, 2019; TAVARES *et al.*, 2020), incluindo estudos realizados na população brasileira (SILVA COURA *et al.*, 2015; CARO; COSTA; DA CRUZ, 2018; NOGUEIRA *et al.*, 2019).

4OBJETIVOS

O objetivo geral e os específicos deste estudo serão apresentados na presente seção.

4.1OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da sobrecarga e da presença dos sintomas sugestivos de depressão na qualidade de vida dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as variáveis do perfil do cuidador de idoso em atendimento domiciliar e associação com qualidade de vida;
- Rastrear sintomas sugestivos de depressão no grupo dos cuidadores;
- Classificar a sobrecarga à qual os cuidadores domiciliares de idosos estão submetidos.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo analítico transversal, com coleta dos dados por meio de questionários aplicados aos cuidadores de idosos assistidos pelo Serviço de Atenção Domiciliar através do Programa Melhor em Casa. O período de coleta deu-se de junho a novembro de 2022. O presente estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora através do parecer nº 5.267.944 edo CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética) nº53413421.6.0000.5147 (ANEXO B).

5.1 POPULAÇÃO E CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi aplicada a 102 cuidadores caracterizados como responsável principal pelos cuidados conferidos ao paciente idoso cadastrado no Programa Melhor em Casa, serviço prestado pelo Departamento de Internação Domiciliar (DID) do município de Juiz de Fora. Por ser um serviço dinâmico, com admissões e altas de pacientes, a obtenção da lista de idosos atendidos pelo DID era mensal, ocorrendo a coleta de dados no período de junho de 2022 a novembro de 2022.

A abordagem dos cuidadores foi individual, na residência na qual o idoso recebia o cuidado, mas em cômodo distante do idoso. As informações foram obtidas por intermédio de uma médica, pertencente ao departamento, que fazia a leitura e preenchimento do formulário e dos questionários.

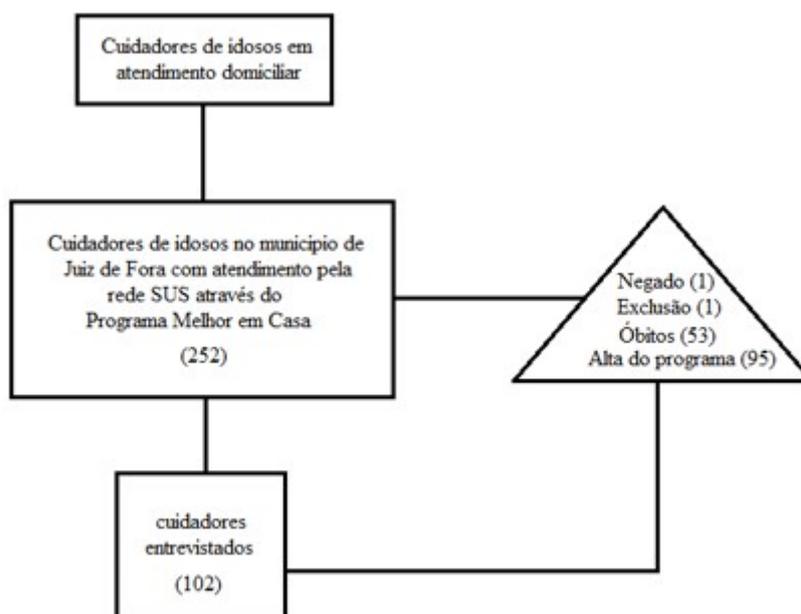
O estudo abrangeu cuidadores de todas as regiões da cidade mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C).

5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: cuidador, de caráter familiar ou não, com idade superior a 18 anos, caracterizado como responsável principal pelos cuidados conferidos ao paciente idoso (com 60 anos ou mais) no Programa Melhor em Casa, serviço prestado pelo DID do município de Juiz de Fora, cadastrados no período de junho de 2022 a novembro de 2022.

Como critério de exclusão estabeleceu-se déficit cognitivo por parte do cuidador, segundo o Miniexame do Estado Mental, sugerido por Bruckiet *al.* (2003). A perda do grupo amostral se deu pela recusa do cuidador de idoso a participar da pesquisa. As exclusões de cuidadores ocorreram devido ao falecimento ou alta do idoso a quem prestava cuidado, antes do convite para participação na pesquisa.

Figura 4- Fluxograma da população de estudo



Fonte: Elaborada pela autora (2023).

5.3 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram o formulário de caracterização do cuidador (APÊNDICE A), a Escala de Zarit (ANEXO D), o Inventário de Depressão de Beck (ANEXO E) e o questionário WHOQOL-bref (ANEXO F).

O formulário de caracterização do cuidador foi elaborado pela equipe desta pesquisa, objetivando a caracterização dos participantes do estudo. Optou-se por dividi-lo em duas partes. A primeira tinha o objetivo de avaliar o perfil sociodemográfico do cuidador, analisando variáveis como idade, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade, situação laboral, remuneração, grau de parentesco com o idoso, presença de capacitação para função, número de dias e horas dedicadas ao

idoso e suporte de outras pessoas para o cuidado. A segunda parte abordava variáveis relacionadas às características do cuidado com o idoso, como: tipo de doença do idoso que desencadeou o cuidado, utilização de oxigenioterapia, via de administração da alimentação, presença de traqueostomia e de sonda vesical de demora, além de cuidados devido a presença de lesões por pressão em pele (Quadro 2).

Quadro 2 – Variáveis de características do cuidador e do cuidado

VARIÁVEL	FORMA DE COLETA	FORMA DE ANÁLISE DICOTOMIZADA
IDADE	ANOS COMPLETOS	18 A 59 ANOS 60 ANOS OU MAIS (utilizou-se a divisão OMS dos indivíduos adultos em idosos e não idosos)
COR/RAÇA	BRANCO/PARDO/PRETO/AMARELO/ÍNDIO	BRANCOS/NEGROS (cor autodeclarada negros: pretos e pardos) Não houve indivíduos que se autodeclararam amarelo ou índio
ESTADO CIVIL	CASADO OU UNIÃO ESTÁVEL/SOLTEIRO/DESQUITADO OU DIVORCIADO/VIÚVO	CASADOS NÃO CASADOS
ESCOLARIDADE	ANALFABETO/1 A 4 ANOS/5 A 8 ANOS 9 A 11 ANOS/12 ANOS OU MAIS	0 A 8 ANOS (ensino fundamental) 9 ANOS OU MAIS (ensino médio ou superior)
OUTRO TRABALHO ALÉM DO ATO DE CUIDAR	ATIVO/DESEMPREGADO/AFASTADO APOSENTADO/DO LAR	ATIVO NÃO ATIVO
REMUNERAÇÃO	NÃO PAGO/PAGO	NÃO PAGO/PAGO
PARENTESCO	FILHO/OUTRO FAMILIAR/NÃO FAMILIAR	FAMILIAR NÃO FAMILIAR
CAPACITAÇÃO	TEM CURSO DE CUIDADOR/ NÃO TEM CURSO DE CUIDADOR	TEM CURSO DE CUIDADOR/ NÃO TEM CURSO DE CUIDADOR
DOENÇA DO IDOSO QUE DESENCADEOU O CUIDADO	DISCURSO LIVRE	CLASSIFICAÇÃO EM GRUPOS SEGUNDO O CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID10)
DIAS POR SEMANA DEDICADOS AO IDOSO	1 DIA/2 DIAS/3 DIAS/4 DIAS/5 DIAS/ 6 DIAS 7 DIAS	1 A 6 DIAS 7 DIAS (TODOS OS DIAS) (para divisão binária utilizou-se a média)
HORAS POR DIA DEDICADAS AO IDOSO	ATÉ 6 HORAS/ATÉ 12 HORAS/ATÉ 18 HORAS ATÉ 24 HORAS	ATÉ 18 HORAS 18 A 24 HORAS (para divisão binária utilizou-se a média)
SUPORTE DE OUTRAS PESSOAS PARA O CUIDADO	SIM/NÃO	SIM/NÃO
ÍNDICE DE KATZ – Independência em atividades básicas de vida diária	INDEPENDENTE/DEPENDENTE PARCIAL DEPENDENTE TOTAL	INDEPENDENTE DEPENDENTE
UTILIZAÇÃO DE OXIGENOTERAPIA	SIM/NÃO	SIM/NÃO
ADMINISTRAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO	VIA ORAL/GASTROSTOMIA SONDA NASOENTERAL	VIA ORAL SONDA
CUIDADOS COM TRAQUEOSTOMIA	SIM/NÃO	SIM/NÃO
CUIDADOS COM SONDA VESICAL DE DEMORA	SIM/NÃO	SIM/NÃO
CUIDADOS DEVIDO A LESÃO POR PRESSÃO EM PELE GRAU III E IV	SIM/NÃO	SIM/NÃO
ADAPTAÇÃO NO DOMICÍLIO PARA O CUIDADO	SIM/NÃO (se sim, discurso livre sobre qual tipo)	SIM/NÃO
SOBRECARGA LABORAL	AUSENTE/LEVE A MODERADA MODERADA A SEVERA/SEVERA	SEM SOBRECARGA SOBRECARGA
SINTOMAS SUGESTIVOS DE	MÍNIMA OU AUSENTE/LEVE/MODERADA	SEM DEPRESSÃO

DEPRESSÃO	SEVERA	DEPRESSÃO
-----------	--------	-----------

Fonte: Elaborada pela autora (2023).

Para a análise da sobrecarga dos cuidadores dos idosos foi utilizada a Escala de *ZaritBurden Interview* (ZBI), que tem por objetivo avaliar a sobrecarga de cuidadores de indivíduos com incapacidades mental ou física por meio de um questionário formado por 22 itens. É dividida em áreas que englobam saúde, vida social e pessoal, situação financeira, bem-estar emocional e relacionamento interpessoal. Sua versão validada no Brasil apresenta boa consistência interna, com um alpha de Cronbach igual a 0,87 (SCAZUFCA, 2002). Em sua escala, a cada afirmativa o cuidador deve indicar a frequência que se sente em relação ao que foi perguntado, recebendo os seguintes escores (0=nunca 1=raramente 2= algumas vezes 3=frequentemente 4=sempre). A exceção é o último item da escala, no qual é perguntado ao cuidador se está se sentindo sobrecarregado no papel de cuidador e as respostas possíveis são: 0=nem um pouco, 1=um pouco 2=moderadamente 3=frequentemente e 4=sempre. Todas as 22 perguntas são pontuadas, sendo que o escore total se deu pelo somatório das perguntas e pode variar de 0 a 88, em que as maiores pontuações obtidas correspondem a maior sobrecarga do cuidador. Apresenta os seguintes pontos de corte segundo estudo internacional (HÉBERT; BRAVO; PRÉVILLE, 2000) e nacional (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006): 0-20, ausência de sobrecarga; 21-40, sobrecarga leve a moderada; 41-60, sobrecarga moderada a severa; e 61-88, sobrecarga severa.

Para avaliar a presença e gravidade de sintomas depressivos foi utilizado o Beck Depression Inventory (BDI-II), validado no Brasil em 2012, constitui-se de 21 conjuntos de afirmações sobre os sintomas depressivos nos últimos 15 dias. As respostas são classificadas em uma escala ordinal de 0 a 3, resultando em escores totais que variam de 0 a 63. Utiliza-se a seguinte categorização para avaliar os sintomas de depressão: escores de 0 a 13, como “depressão mínima” ou “ausência de depressão”; de 14 a 19, como “depressão leve”; de 20 a 28, como “depressão moderada”; e valores de 29 a 63, como “depressão severa”. Apresenta boa consistência interna, com um alpha de Cronbach igual a 0,93, sensibilidade de 70% e especificidade de 87% para detectar depressão (GOMES-OLIVEIRA *et al.*, 2012).

O WHOQOL-bref apresenta 26 facetas, das quais as duas primeiras compreendem questões gerais de qualidade de vida, que tratam respectivamente da percepção que o indivíduo tem de sua qualidade de vida e de sua saúde. As outras

24 facetas agrupam-se de forma a compor quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada faceta é avaliada por uma questão. Nos domínios, as questões apresentam-se distribuídas da seguinte forma:

- Domínio físico: compõe-se de sete questões que abordam dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, uso de medicamentos e capacidade para o trabalho;
- Domínio psicológico: contém seis questões que tratam sobre sentimentos positivos, sentimentos negativos, pensar e aprender, memória e concentração, imagem corporal e espiritualidade;
- Domínio relações sociais: apresenta três questões que abordam relações pessoais, suporte social e atividade sexual;
- Domínio meio ambiente: abrange oito questões que abordam segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, atividades de lazer, ambiente físico e transporte.

A relação dessas questões que compõem cada domínio é apresentada a seguir (Quadro 2):

Quadro3 - Relação de domínios e questões do WHOQOL-BREF

DOMÍNIOS	QUESTÕES
Domínio 1- físico (7 facetas)	Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18
Domínio 2 – psicológico (6 facetas)	Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26
Domínio 3 – relações sociais (3 facetas)	Q20,Q21,Q22
Domínio 4- meio ambiente (8 facetas)	Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25

Fonte: Adaptação da versão WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programme on Mental Health. Whoqol-bref: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Geneva: WHO, 1996.

As respostas do WHOQOL-bref seguem uma escala de Likert de 1 a 5, cujos números maiores representam uma melhor qualidade de vida, sendo invertidos

unicamente nas questões 3, 4 e 26, nas quais 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1. As perguntas 1 e 2 são calculadas de forma independente dos outros domínios. Os domínios não possuem o mesmo formato de pontuação e classificação, portanto é necessária a conversão dos escores encontrados em cada domínio, a qual se dá seguindo a tabela de conversão da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), conforme se apresenta no quadro abaixo:

Quadro4 - Método de conversão de escores por domínios do WHOQOL-BREF

Domínio 1			Domínio 2			Domínio 3			Domínio 4		
Escore encontrado	Escore transformado										
	4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100		4-20	0-100
7	4	0	6	4	0	3	4	0	8	4	0
8	5	6	7	5	6	4	5	6	9	5	6
9	5	6	8	5	6	5	7	19	10	5	6
10	6	13	9	6	13	6	8	25	11	6	13
11	6	13	10	7	19	7	9	31	12	6	13
12	7	19	11	7	19	8	11	44	13	7	19
13	7	19	12	8	25	9	12	50	14	7	19
14	8	25	13	9	31	10	13	56	15	8	25
15	9	31	14	9	31	11	15	69	16	8	25
16	9	31	15	10	38	12	16	75	17	9	31
17	10	38	16	11	44	13	17	81	18	9	31
18	10	38	17	11	44	14	19	94	19	10	38
19	11	44	18	12	50	15	20	100	20	10	38
20	11	44	19	13	56				21	11	44
21	12	50	20	13	56				22	11	44
22	13	56	21	14	63				23	12	50
23	13	56	22	15	69				24	12	50
24	14	63	23	15	69				25	13	56
25	14	63	24	16	75				26	13	56
26	15	69	25	17	81				27	14	63
27	15	69	26	17	81				28	14	63
28	16	75	27	18	88				29	15	69
29	17	81	28	19	94				30	15	69
30	17	81	29	19	94				31	16	75
31	18	88	30	20	100				32	16	75
32	18	88							33	17	81
33	19	94							34	17	81
34	19	94							35	18	88
35	20	100							36	18	88
									37	19	94
									38	19	94
									39	20	100
									40	20	100

Fonte: Adaptação da versão WORLD HEALTH ORGANIZATION. Programme On Mental Health. Whoqol-bref: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. Geneva: WHO, 1996.

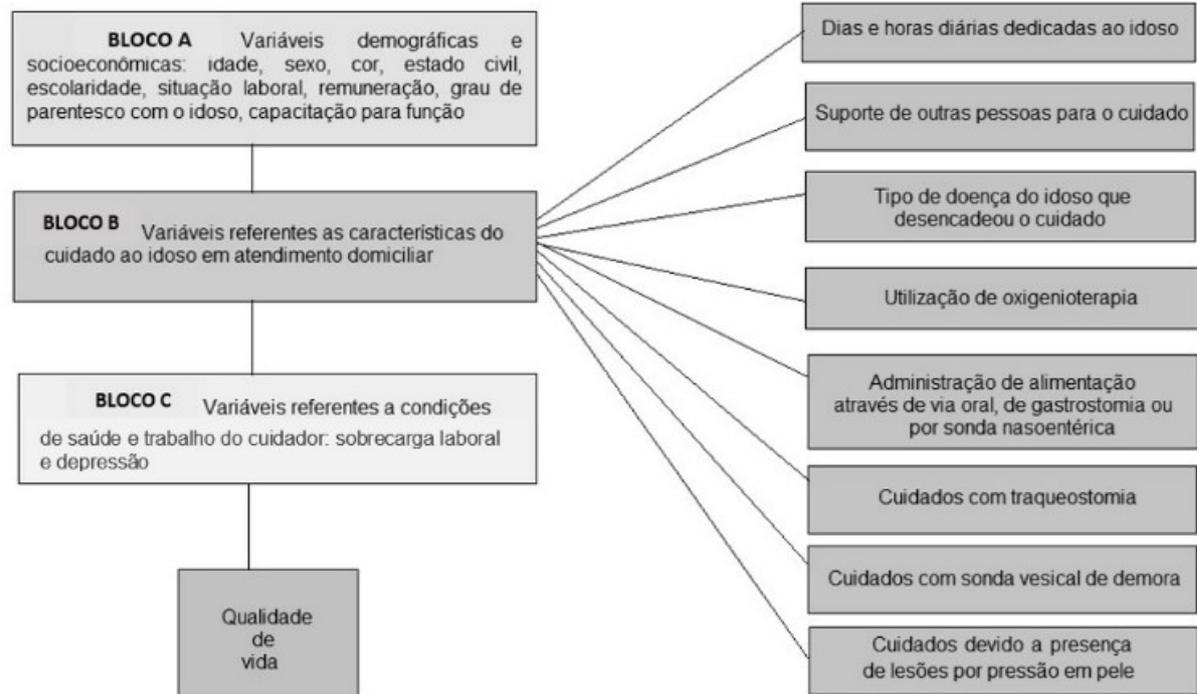
Quanto maiores as pontuações, mais positivas são as percepções de qualidade de vida. A consistência interna do WHOQOL-bref medida pelo coeficiente α de Cronbach é boa, quer se tomem as 26 questões (0,91), os 4 domínios (0,77) ou

cada um dos domínios (físico 0,84; psicológico 0,79; relações sociais 0,69; meio ambiente 0,71). O Instrumento mostrou características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste quando aplicada sua versão em português/Brasil. (FLECK *et al.*, 2000).

5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada através da codificação das variáveis, digitação dos dados no Microsoft Excel e posterior análise utilizando o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 20). No formulário de caracterização sociodemográfico foram realizadas análises descritivas por meio de medidas de frequência, tendência central e dispersão. A normalidade das variáveis foi verificada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Para associação entre as variáveis independentes com os escores de qualidade de vida foram utilizados Teste t de Student (domínios físico e ambiente) ou Mann-Whitney (domínios psicológico, relações sociais, geral e autoavaliação). A Figura 5 apresenta o modelo teórico desse estudo. Todas as variáveis com p-valor $\leq 0,10$ foram incluídas na regressão linear múltipla. O nível de significância adotado foi de 5%.

Figura5- Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre a qualidade de vida de cuidadores de idosos



Fonte: dados da pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão referentes a esta dissertação encontram-se apresentados no artigo¹, apresentado a seguir.

Título do artigo: “Impacto da sobrecarga e da depressão na qualidade de vida dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar: um estudo transversal

¹O artigo se apresenta de acordo com as normas para publicação da revista a que foi submetido.

**IMPACTO DA SOBRECARGA E DA DEPRESSÃO NA QUALIDADE DE VIDA DOS
CUIDADORES DE IDOSOS EM ATENDIMENTO DOMICILIAR:
UM ESTUDO TRANSVERSAL**

**IMPACT OF OVERLOAD AND DEPRESSION ON THE QUALITY OF LIFE OF
ELDERLY CARRIERS IN HOME CARE: A CROSS SECTIONAL STUDY**

**IMPACTO DE LA SOBRECARGA Y DEPRESIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS
CUIDADORES DE ANCIANOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA:
UN ESTUDIO TRANSVERSAL**

RESUMO

O aumento das doenças crônicas incapacitantes em idosos é um grande desafio para governos, familiares e sociedade. Nesse contexto, destaca-se a participação do cuidador, indivíduo responsável pelos cuidados às necessidades básicas, sociais e de reabilitação em domicílio. O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto da sobrecarga e da depressão na qualidade de vida de 102 cuidadores de idosos em atendimento domiciliar através da aplicação de formulário sociodemográfico, da Escala de Zarit, do Inventário de Depressão de Beck e WHOQOL-bref. O perfil dos cuidadores de idosos foi mulher, 55,7 ($\pm 11,4$) anos, branca, casada ou em união estável, com ensino médio, não remunerada pelos cuidados prestados, desprovida de cursos de capacitação, com algum grau de parentesco com o doente e oferecendo cuidados sete dias da semana para idosos totalmente dependentes. Observou-se sobrecarga em 69,6% dos cuidadores, além da presença de sintomas sugestivos de depressão em 41,1% da população em estudo. A sobrecarga esteve associada a piora da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e de relação social; enquanto a depressão esteve associada a piora da qualidade de vida nos domínios psicológico e de avaliação geral.

Palavras-chave: Cuidadores. Qualidade de vida. Depressão. Estresse ocupacional.

ABSTRACT

The increase in disabling chronic diseases in the elderly is a major challenge for governments, families and society. In this regard, the participation of the caregiver – individual responsible for basic, social and home rehabilitation needs – stands out. The objective of this study was to evaluate the impact of overload and depression on the quality of life of 102 caregivers of elderly people in home care through the application of a sociodemographic form, the Zarit Scale, the Beck Depression Inventory and the WHOQOL-bref. The profile of elderly caregivers was female, 55.7 (± 11.4) years old, white, married or in a stable marriage, with high school education, unpaid for the care provided, no training courses, with some degree of kinship with the sick and offering care seven days a week for totally dependent seniors. Overload was observed in 69.6% of the caregivers, in addition to the presence of symptoms suggestive of depression in 41.1% of the study population. Burden was associated with worse quality of life in the physical, psychological and social relationship domains, while depression was associated with worsening quality of life in the psychological and general assessment domains.

Keywords: Caregivers. Quality of life. Depression. Occupational stress.

RESUMEN

El aumento de las enfermedades crónicas incapacitantes en los ancianos es un gran desafío para los gobiernos, familias y sociedad. En este contexto, destaca la participación del cuidador, individuo responsable del cuidado de las necesidades básicas, sociales y de rehabilitación en el hogar. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de la sobrecarga y la depresión en la calidad de vida de 102 cuidadores de ancianos que reciben atención domiciliar mediante la aplicación de un formulario sociodemográfico, Escala de Zarit, Inventario de Depresión de Beck y WHOQOL-bref. El perfil de los cuidadores fue sexo

femenino, 55,7 ($\pm 11,4$) años, raza blanca, casada o en unión estable, con instrucción media, no remunerada por los cuidados, sin cursos de capacitación, con parentesco con el enfermo y ofreciendo atención los siete días de la semana a ancianos totalmente dependientes. Se observó sobrecarga en 69,6% de los cuidadores y presencia de síntomas sugestivos de depresión en 41,1% de la población de estudio. La sobrecarga se asoció con una peor calidad de vida en los dominios físico, psicológico y relaciones sociales; mientras que la depresión se asoció con una peor calidad de vida en los dominios de evaluación psicológica y general.

Palabras clave: Cuidadores. Calidad de vida. Depresión. Estrés laboral

INTRODUÇÃO

O aumento mundial da longevidade humana e o consequente crescimento proporcional da população idosa são considerados importantes conquistas da sociedade moderna. No entanto, deve-se destacar que, em países desenvolvidos, esse processo ocorreu de maneira gradual, acompanhado por melhorias constantes na qualidade de vida do idoso; já nos países em desenvolvimento, essa transição foi mais recente, acelerada e, em sua maioria, sem planejamento adequado (Lima-Costa *et al.*, 2018).

É sabido que o envelhecimento da população está associado ao surgimento de doenças crônicas, caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração, capazes de gerar incapacidades ao doente (Ministério da Saúde, 2013). Diante dessas condições, torna-se necessário o apoio de um cuidador, que pode ou não ser um familiar, o qual se apresenta como pessoa responsável por prestar cuidados voltados às necessidades básicas, sociais e de reabilitação do doente (Kobayasi *et al.*, 2019).

Ao entender que o ato de cuidar é intrínseco à natureza humana, muitas vezes o cuidado deve ser encarado, sob uma perspectiva psicológica, como componente essencial numa relação de amor/ajuda e, sob uma perspectiva sociológica, como fenômeno essencial

para o crescimento humano. Talvez por isso, de uma forma geral, a família tem sido a principal responsável por promover os cuidados aos idosos com doenças incapacitantes. No entanto, deve-se ressaltar que o cuidador familiar não deve ser considerado um elemento isolado na difícil missão de se doar ao outro. Por isso, é de suma relevância que eles recebam capacitação e apoio constante de uma equipe profissional que esteja integrada aos cuidados domiciliares (Wittenberg; Kerr; Goldsmith, 2021).

No Brasil, culturalmente, o cuidado ao idoso é atribuído a uma rede de suporte informal, não remunerada, sem capacitação, a qual se submete a uma longa jornada de trabalho (Couto; Caldas; Castro, 2019). Conseqüentemente, todas essas dificuldades são capazes de aumentar o risco de incapacidade funcional do cuidador, gerando repercussões em sua profissão, no lazer e em seu autocuidado, impactando negativamente seu bem-estar físico e mental (Mendes *et al.*, 2019). Para minimizar tal situação, acredita-se que os cuidadores informais necessitem de capacitação e orientação dos demais profissionais da saúde a fim de potencializar suas tarefas, além de promover o bem-estar desses cuidadores. Nesse contexto, destaca-se a participação da equipe multidisciplinar pertencente ao Programa Melhor em Casa, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta, podendo ser agregados outros profissionais de apoio, como assistente social, fonoaudióloga, nutricionista, psicólogo, odontólogo, farmacêutico e terapeuta ocupacional, responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes em atendimento domiciliar (Brasil, 2011).

A Atenção Domiciliar tem avançado gradativamente ao longo dos anos, pois sabe-se que o ato de levar equipes multiprofissionais às casas das pessoas que necessitam de assistência, insumos e equipamentos pode fazer com que os pacientes fiquem menos tempo internados, contribuindo significativamente para a redução do risco de infecção hospitalar, além de promover um contato mais próximo com a família, fator relevante para a recuperação do paciente que se sente “acolhido” (Nishimura; Carrara; Freitas, 2019). O Programa Melhor

em Casa atende pacientes com diversas comorbidades e necessidades, agrupando-os em três modalidades, a partir das características desses doentes e do tipo de atenção e procedimentos utilizados para realizar esse cuidado (Brasil, 2011). Essa variedade de doenças e dos tipos de cuidados prestados torna o atendimento domiciliar ainda mais complexo, podendo gerar sobrecarga e estresse nos cuidadores.

A revisão de literatura aponta uma grande variedade de estudos que encontraram, por meio de diferentes instrumentos de medição de qualidade de vida, algum prejuízo na qualidade de vida dos cuidadores domiciliares no Brasil (Sampaio *et al.*, 2018; Pessottiet *al.*, 2018; Salazar-Barajas *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2020; Gaideskiet *al.*, 2021; Bierhalset *al.*, 2023). Por outro lado, nota-se uma carência de pesquisas voltadas à análise da sobrecarga e da depressão na qualidade de vida dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar.

O objetivo deste estudo é avaliar o impacto da sobrecarga e da presença dos sintomas sugestivos de depressão na qualidade de vida de cuidadores de idosos do atendimento domiciliar na cidade de Juiz de Fora.

METODOLOGIA

A pesquisa foi resultado de dissertação de Mestrado, não financiada, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o parecer nº 5.267.944. Trata-se de um estudo analítico transversal, utilizando uma abordagem quantitativa para a coleta e análise dos dados, obtidos entre junho e novembro de 2022. Os critérios de inclusão foram: ser cuidador, com idade superior a 18 anos, responsável principal pelos cuidados conferidos ao paciente idoso (com 60 anos ou mais) cadastrado no Programa Melhor em Casa, serviço prestado pelo Departamento de Internação Domiciliar (DID) do município de Juiz de Fora, Minas Gerais. Como critério de exclusão, estabeleceu-se déficit cognitivo por parte do cuidador, segundo o Miniexame do Estado Mental, sugerido por

Bruckiet al. (2003). As perdas do grupo amostral se deram pela recusa do cuidador de idoso em participar da pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados pessoais foram obtidos por meio de um formulário de caracterização do cuidador, elaborado pelos pesquisadores, contendo perguntas sobre o perfil do cuidador: idade, sexo, raça/cor, estado civil, escolaridade, situação laboral, remuneração, grau de parentesco com o idoso, presença de capacitação para função, número de dias e horas dedicadas ao idoso e suporte de outras pessoas para o cuidado. O formulário compreendia também perguntas sobre o tipo de cuidado prestado e de doença do idoso que desencadeou o cuidado, assim como a presença de necessidades de cuidados domiciliares de média ou alta complexidade e grau de dependência do idoso. Ademais, foram utilizados questionários já validados para avaliar o grau de sobrecarga, de depressão e a qualidade de vida dos cuidadores de idosos.

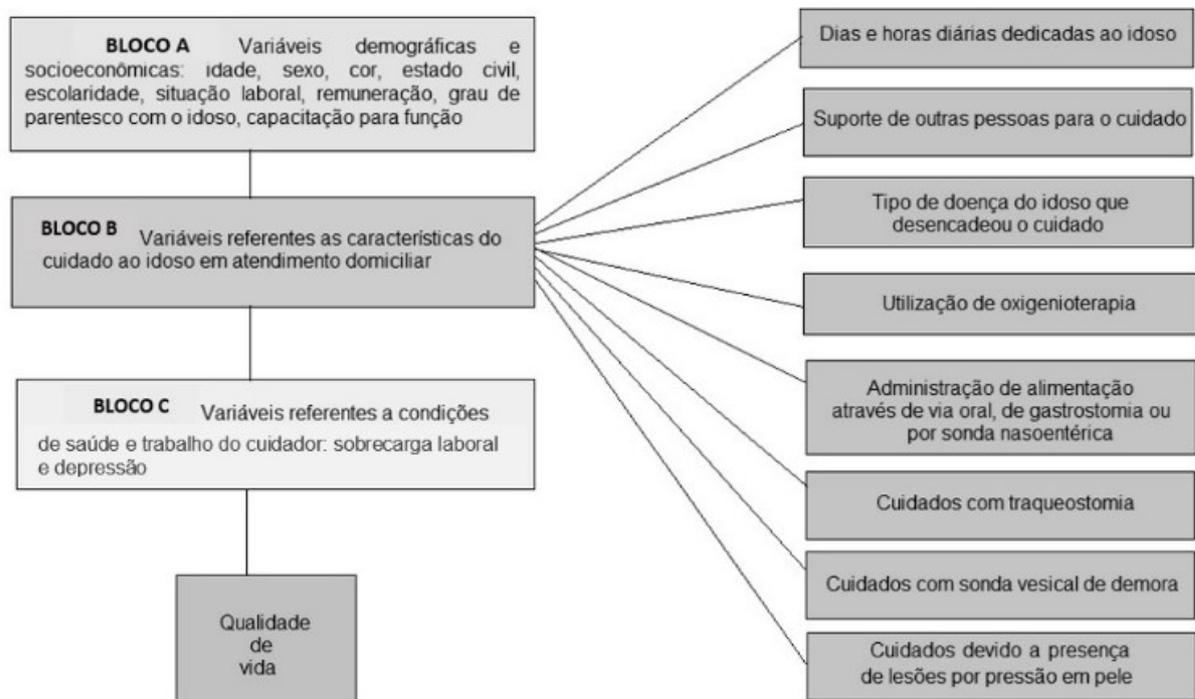
Para análise da sobrecarga dos cuidadores foi utilizada a versão traduzida da *ZaritBurden Interview* (ZBI), previamente validada no Brasil (Scazufca, 2002). As avaliações respeitaram os pontos de cortes recomendados por estudos internacionais (Hébert; Bravo; Prévile, 2000) e nacionais (Luzardo; Gorini; Silva, 2006), sendo: 0-20, ausência de sobrecarga; 21-40, sobrecarga leve a moderada; 41-60, sobrecarga moderada a severa; e 61-88, sobrecarga severa.

Para avaliar a presença e gravidade de sintomas depressivos, foi utilizada a versão traduzida da segunda edição da Beck DepressionInventory (BDI-II), na qual adotou-se a seguinte categorização para avaliar os sintomas de depressão: escores de 0 a 13, como “depressão mínima” ou “ausência de depressão”; de 14 a 19, como “depressão leve”; de 20 a 28, como “depressão moderada”; e valores de 29 a 63, como “depressão severa (Gomes-Oliveira et al., 2012).

Por último, foi utilizada a versão reduzida e traduzida do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). O WHOQOL-bref apresenta 26 facetas. As 2 primeiras facetas compreendem questões gerais de qualidade de vida, que trataram respectivamente da percepção que o indivíduo tem sobre sua qualidade de vida e de sua saúde. As outras 24 facetas agrupam-se de forma a compor quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Quanto maiores as pontuações, mais positivas são as percepções de qualidade de vida (Fleck *et al.*, 2000).

O modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis na pesquisa (Figura 1) apresenta a sobrecarga e a depressão como variáveis independentes, tendo como variáveis de controle as socioeconômicas e as ligadas ao cuidado.

Figura 1 - Modelo teórico de investigação dos efeitos das variáveis independentes sobre a qualidade de vida de cuidadores de idosos



Fonte: Os autores.

A abordagem dos cuidadores foi individual, na residência na qual o idoso recebia o cuidado, mas em cômodo distante do idoso, respeitando-se o seguinte protocolo: obtenção

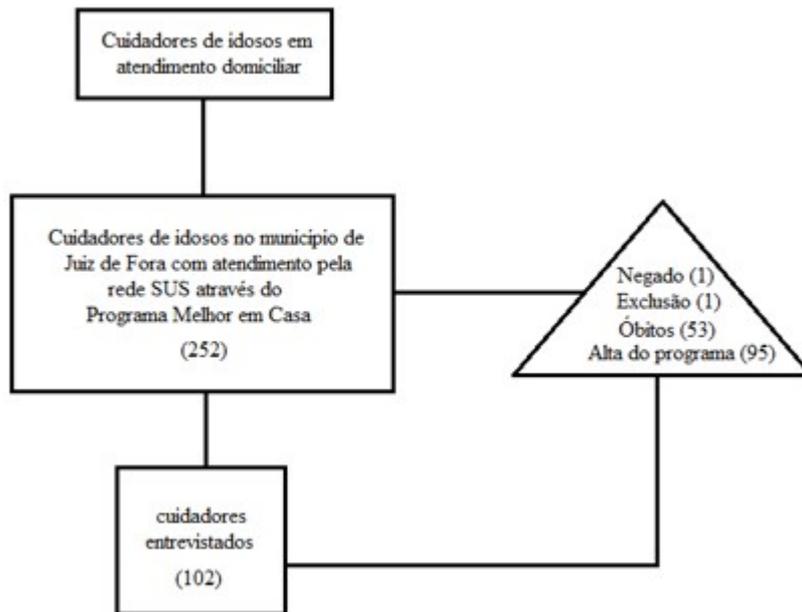
mensal da lista de idosos atendidos pelo Departamento de Internação Domiciliar (DID) no município de Juiz de Fora; exposição dos objetivos da pesquisa; solicitação do preenchimento do termo de consentimento para realização da pesquisa; aplicação do formulário e questionários aos cuidadores com intermédio de uma médica.

Para a análise estatística, realizou-se codificação das variáveis, digitação dos dados no Microsoft Excel e posterior análise utilizando o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 20). No formulário de caracterização sociodemográfico, foram realizadas análises descritivas por meio de medidas de frequência, tendência central e dispersão. A normalidade das variáveis foi verificada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Para associação entre as variáveis independentes com os escores de qualidade de vida, foram utilizados Teste t de Student ou Mann-Whitney. Todas as variáveis com p-valor $\leq 0,10$ foram incluídas na regressão linear múltipla. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

A revisão mensal da lista de idosos cadastrados no Programa Melhor em Casa e atendidos pelo Departamento de Internação Domiciliar no município de Juiz de Fora identificou 252 cuidadores. Desses, 53 foram perdidos da amostra inicial devido ao falecimento do idoso a quem prestavam cuidados, antes do convite para participação na pesquisa. Situação semelhante ocorreu com 95 cuidadores, uma vez que os idosos sob seus cuidados receberam alta antes da visita domiciliar dos pesquisadores. Apenas 1 cuidador se negou a participar da pesquisa e 1 cuidador foi excluído da amostra inicial após ser submetido ao Miniexame do Estado Mental. Sendo assim, obtivemos o consentimento de 102 cuidadores de idosos, conforme Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma de participantes



Fonte: Os autores.

O bloco A da Tabela 1 caracteriza que, dentre os 102 participantes da pesquisa, a maioria dos cuidadores apresentava entre 18 a 59 anos (59,8%), com idade média de 55,7 ($\pm 11,4$) anos, eram do sexo feminino (83,3%), de cor autodeclarada branca (63,7%), casado ou em união estável (61,8%), escolaridade ensino médio (34,3%), não ativo em outro trabalho além de cuidar do idoso (76,5%), não remunerado por essa atividade (85,3%), com relação de parentesco com o idoso (90,2%) e não tendo feito curso de capacitação para exercer os cuidados domiciliares (89,2%). O bloco B da Tabela 1 aponta que os principais grupos de doenças que desencadearam o cuidado do idoso no domicílio foram Doenças do Sistema Nervoso (35,3%), seguidas por Doenças do Aparelho Circulatório (24,5%), Doenças do Aparelho Respiratório (20,6%), Transtornos Mentais e Comportamentais (6,9%) e Neoplasias

(4,9%). Observamos ainda que a maioria dos cuidadores se dedicava sete dias da semana ao cuidado do idoso (77,4%), por período de até 24 horas por dia (68,7%), recebendo apoio de outras pessoas para a tarefa (83,3%). A maioria dos idosos apresentava dependência total (73,5%) segundo índice de Katz, mas não apresentava necessidades especiais de cuidados como oxigenioterapia, alimentação por sondas, traqueostomia, sonda vesical e feridas em pele. A maioria também não contava com adaptações estruturais do domicílio (52,9%). O bloco C mostra que a maioria dos cuidadores apresentava algum grau de sobrecarga (69,6%), enquanto 41,1% apresentavam sinais sugestivos de depressão (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas dos cuidadores de idosos em atendimento pelo Departamento de Internação Domiciliar na cidade de Juiz de Fora, MG. (N=102)

Variável	n	%
Bloco A: Variáveis socioeconômicas e demográficas		
Idade		
18 a 59 anos	61	59,8
60 anos ou mais	41	40,2
Sexo		
Feminino	85	83,3
Masculino	17	16,7
Raça/Cor autodeclarada		
Branco	65	63,7
Pardo	22	21,6
Preto	15	14,7
Estado civil		
Casado ou união estável	63	61,8
Solteiro	26	25,5
Desquitado ou divorciado	8	7,8
Viúvo	5	4,9
Escolaridade		
Analfabeto	1	1
1 a 4 anos	15	14,7
5 a 8 anos	22	21,6
9 a 11 anos	35	34,3
12 anos ou mais	29	28,4
Outro trabalho além do ato de cuidar		
Ativo	24	23,5
Desempregado	21	20,6
Afastado	5	4,9
Aposentado	39	38,3
Do lar	13	12,7
Remuneração		
Não pago	87	85,3
Pago	15	14,7

Parentesco			
Filho		50	49
Outro familiar			42
Não familiar			10
			9,8
Capacitação			
Tem curso de cuidador			11
Não tem curso de cuidador			91
			10,8
			89,2

Bloco B: Variáveis referentes as características do cuidado ao idoso em atendimento domiciliar

Doença do idoso que desencadeou o cuidado			
Sistema Nervoso		36	35,2
Aparelho Circulatório		25	24,5
Aparelho Respiratório		21	20,6
Transtornos mentais e comportamentais		7	6,9
Neoplasias		5	4,9
Infecto-parasitárias		4	3,9
Aparelho Geniturinário		1	1
Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo		1	1
Endócrinas, nutricionais e metabólicas		1	1
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas		1	1
Dias por semana dedicados ao idoso			
1 a 3 dias		2	2
4 a 6 dias		21	20,6
7 dias (todos os dias)		79	77,4
Horas por dia dedicadas ao idoso			
Até 6 horas		5	4,9
Até 12 horas		18	17,6
Até 18 horas		9	8,8
Até 24 horas		70	68,7
Suporte de outras pessoas para o cuidado			
Sim		85	83,3
Não		17	16,7
Índice de Katz – independência em atividades básicas de vida diária			
Independente		11	10,8
Dependente parcial		16	15,7
Dependente total		75	73,5
Utilização de oxigenoterapia			
Sim		42	41,2
Não		60	58,8
Administração de alimentação			
Via oral		64	62,7
Gastrostomia		33	32,4
Sonda nasoenteral		5	4,9
Cuidados com traqueostomia			
Sim		10	9,8
Não		92	90,2
Cuidados com sonda vesical de demora			
Sim		7	6,9
Não		95	93,1

Cuidados devido a lesão por pressão em pele		
Sim	28	27,5
Não	74	72,5
Adaptação no domicílio para o cuidado*		
Sim	48	47,1
Não	54	52,9

Bloco C: Variáveis referentes as condições de saúde e trabalho do cuidador

Sobrecarga laboral		
Ausente	31	30,4
Leve a moderada	59	57,8
Moderada a severa	10	9,8
Severa	2	2
Sintomas sugestivos de Depressão		
Mínima ou ausente	60	58,9
Leve	18	17,6
Moderada	15	14,7
Severa	9	8,8

* Adaptação no domicílio para o cuidado: colocação de barras de apoio, retirada do box do banheiro e instalação de rampas na casa.

Fonte: os autores.

Durante a análise bivariada, entre as características sociodemográficas dos cuidadores e a influência em sua qualidade de vida (bloco A da Tabela 2), nota-se que a idade interferiu nos domínios físico ($p=0,058$) e geral ($p=0,066$). A raça/cor autodeclarada influenciou os domínios psicológico ($p=0,030$), ambiente ($p=0,089$) e geral ($p=0,010$). O estado civil foi capaz de interferir no domínio ambiente ($p=0,060$) e autoavaliação ($p=0,030$), enquanto a escolaridade interferiu apenas no domínio ambiente ($p=0,073$). Quanto à remuneração, cuidadores não pagos apresentavam o domínio psicológico desfavorável comparado ao dos remunerados ($p=0,072$). O fato de não ter um parentesco familiar com o idoso favoreceu a condição psicológica dos cuidadores ($p=0,072$). Não ter capacitação específica para cuidador foi associado a piores condições no domínio físico ($p=0,049$), psicológico ($p=0,005$), geral ($p=0,010$) e na autoavaliação ($p=0,056$) dos cuidadores. O bloco B da Tabela 2 demonstra que aqueles que se dedicavam sete dias da semana ao cuidado do idoso apresentavam qualidade de vida desfavorável nos domínios físico ($p=0,018$), psicológico ($p=0,030$), ambiente

($p=0,065$) e geral ($p=0,035$) A quantidade de horas por dia também interferiu nos domínios físico ($p=0,027$) e ambiente ($p=0,018$). Contar com o suporte de outras pessoas ($p=0,065$) e o fato do idoso ser independente ($p=0,092$) tiveram implicação positiva no domínio psicológico do cuidador. Por fim, o bloco C mostra que tanto a sobrecarga laboral como a depressão influenciavam quase todos os domínios da qualidade de vida.

Tabela 2: Associação entre as características dos cuidadores e qualidade de vida segundo o questionário WHOQOL-bref com especificação por domínios (físico, psicológico, relações sociais, ambiente e autoavaliação).

Variáveis	Físico μ (σ)	Psicológico md (IQ)	Relações Sociais md (IQ)	Ambiente μ (σ)	GERAL md (IQ)	Autoavaliação md (IQ)
Bloco A: Variáveis socioeconômicas e demográficas						
Idade¹						
18 a 59 anos	64,67 (18,81)	67,00 (21,00)	67,00 (25,00)	57,57 (16,47)	62,00 (23,00)	62,00 (25,00)
60 anos ou mais	71,83 (14,09) *p 0,058	75,00 (21,00) p 0,115	67,00 (33,00) p 0,514	63,39 (13,12) p 0,566	69,00 (18,00) *p 0,066	75,00 (25,00) p 0,595
Sexo						
Feminino	66,80 (17,75)	67,00 (25,00)	67,00 (25,00)	58,87 (14,97)	64,00 (23,00)	75,00 (25,00)
Masculino	71,29 (15,14) p 0,247	75,00 (15,00) p 0,201	67,00 (38,00) p 0,437	65,12 (16,98) p 0,329	67,00 (17,00) p 0,432	75,00 (25,00) p 0,827
Raça/cor autodeclarada						
Brancos	70,68 (17,41)	71,00 (23,00)	67,00 (25,00)	62,82 (16,75)	69,00 (21,00)	75,00 (25,00)
Negros ²	62,05 (16,06) p 0,938	67,00 (21,00) *p 0,030	67,00 (25,00) p 0,711	54,81 (11,21) *p 0,089	62,00 (20,00) *p 0,010	62,00 (25,00) p 0,610
Estado civil						
Casado ou união estável	68,59 (16,63)	71,00 (25,00)	67,00 (25,00)	62,06 (13,29)	64,00 (19,00)	75,00 (13,00)
Não casados ³	65,87 (18,58) p 0,122	67,00 (17,00) p 0,745	67,00 (25,00) p 0,805	56,44 (17,98) *p 0,060	62,00 (25,00) p 0,360	62,00 (25,00) *p 0,030
Escolaridade*						
Até Ensino Fundamental	66,89 (17,40)	71,00 (21,00)	67,00 (25,00)	56,39 (13,02)	63,50 (17,00)	75,00 (25,00)
Ensino Médio ou Superior	67,94 (17,46) p 0,910	69,00 (25,00) p 0,723	67,00 (25,00) p 0,551	62,00 (16,41) *p 0,073	64,00 (23,00) p 0,714	62,00 (25,00) p 0,342

Variáveis	Físico μ (σ)	Psicológico md (IQ)	Relações Sociais md (IQ)	Ambiente μ (σ)	GERAL md (IQ)	Autoavaliação md (IQ)
Outro trabalho além do ato de cuidar						
Ativo	72,46 (18,65)	69,00 (19,00)	67,00 (21,00)	61,00 (11,92)	65,50 (20,00)	75,00 (25,00)
não ativo	66,04 (16,78) p 0,881	71,00 (25,00) p 0,303	67,00 (25,00) p 0,851	59,58 (16,39) p 0,114	63,50 (23,00) p 0,407	68,50 (25,00) p 0,763
Remuneração						
Não pago	65,77 (17,35)	67,00 (25,00)	67,00 (25,00)	59,67 (15,26)	63,00 (23,00)	75,00 (25,00)
Pago	77,87 (13,81) p 0,186	79,00 (12,00) *p 0,072	75,00 (33,00) p 0,247	61,33 (16,72) p 0,544	69,00 (23,00) p 0,110	62,00 (25,00) p 0,654
Parentesco						
Familiar	66,30 (17,46)	67,00 (25,00)	67,00 (25,00)	59,52 (15,80)	63,00 (23,00)	68,50 (25,00)
Não familiar	79,00 (11,65) p 0,126	75,00 (14,00) *p 0,072	67,00 (29,00) p 0,711	63,50 (11,13) p 0,322	69,00 (20,00) *p 0,105	75,00 (16,00) p 0,671
Capacitação						
Tem curso de cuidador	80,55 (9,69)	79,00 (12,00)	75,00 (33,00)	67,73 (10,52)	76,00 (19,00)	75,00 (26,00)
Não tem curso de cuidador	65,98 (17,45) *p 0,049	67,00 (25,00) *p 0,005	67,00 (25,00) p 0,275	58,97 (15,68) p 0,394	63,00 (22,00) *p 0,010	62,00 (25,00) *p 0,056

Bloco B: Variáveis referentes as características do cuidado ao idoso em atendimento domiciliar

Dias por semana dedicados ao idoso⁴

1 a 6 dias	73,70 (11,74)	79,00 (12,00)	67,00 (25,00)	61,96 (11,60)	69,00 (13,00)	75,00 (13,00)
Todos os dias	65,76 (18,35) *p 0,018	67,00 (25,00) *p 0,030	67,00 (25,00) p 0,379	59,32 (16,37) *p 0,065	62,00 (24,00) *p 0,035	62,00 (25,00) p 0,131

Horas por dia dedicadas ao idoso⁴

Até 18h	71,34 (14,21)	71,00 (16,00)	67,00 (17,00)	62,41 (10,84)	67,50 (13,00)	75,00 (25,00)
18 a 24 horas	65,81 (18,45) *p 0,027	69,00 (26,00) p 0,129	67,00 (27,00) p 0,521	58,77 (17,05) *p 0,018	62,50 (24,00) p 0,184	62,00 (25,00) p 0,461

Suporte de outras pessoas para o cuidado

Sim	67,88 (16,72)	71,00 (21,00)	67,00 (25,00)	60,16 (15,15)	64,00 (19,00)	75,00 (25,00)
Não	65,88 (20,76) p 0,114	58,00 (34,00) *p 0,065	58,00 (34,00) p 0,191	58,65 (17,10) p 0,531	62,00 (27,00) p 0,247	62,00 (25,00) p 0,711

Índice de Katz – independência em atividades básicas de vida diária

Independente	70,45 (18,51)	79,00 (17,00)	58,00 (33,00)	64,45 (12,91)	67,00 (22,00)	75,00 (25,00)
Dependente	67,20 (17,29) p 0,870	67,00 (25,00) *p 0,092	67,00 (25,00) p 0,793	59,36 (15,66) p 0,546	63,00 (22,00) p 0,403	75,00 (25,00) p 0,854

Utilização de oxigenoterapia

Sim						
Não	68,38 (17,49)	71,00 (22,00)	58,00 (17,00)	59,79 (12,70)	63,00 (17,00)	68,50 (25,00)
	66,97 (17,39) p 0,926	69,00 (24,00) p 0,741	67,00 (33,00) *p 0,087	60,00 (17,16) p 0,134	64,50 (24,00) p 0,873	75,00 (22,00) p 0,432

Administração de

alimentação						
Via oral	67,45 (18,24)	71,00 (21,00)	67,00 (17,00)	59,22 (13,40)	63,50 (21,00)	68,50 (25,00)
Sonda ⁵	67,71 (16,01) p 0,421	69,00 (26,00) p 0,667	67,00 (33,00) *p 0,057	61,08 (18,45) *p 0,080	65,00 (23,00) p 0,640	75,00 (16,00) p 0,710
Cuidados com traqueostomia						
Sim	61,40 (15,51)	69,00 (19,00)	62,50 (33,00)	62,30 (17,65)	62,50 (20,00)	68,50 (16,00)
Não	68,22 (17,49) p 0,720	71,00 (21,00) p 0,765	67,00 (25,00) p 0,612	59,65 (15,23) p 0,729	64,50 (22,00) p 0,731	75,00 (25,00) p 0,754
Cuidados com sonda vesical de demora						
Sim	59,57 (16,67)	71,00 (29,00)	67,00 (0,00)	51,86 (13,10)	61,00 (30,00)	75,00 (37,00)
Não	68,14 (17,35) p 0,896	71,00 (21,00) p 0,391	67,00 (25,00) p 0,768	60,51 (15,46) p 0,791	64,00 (21,00) p 0,175	75,00 (25,00) p 0,843
Cuidados devido a lesão por pressão em pele⁶						
Sim	66,04 (15,36)	69,00 (20,00)	67,00 (23,00)	57,04 (14,42)	63,50 (18,00)	62,00 (25,00)
Não	68,12 (18,12) p 0,217	71,00 (22,00) p 0,496	67,00 (25,00) p 0,274	61,00 (15,72) p 0,914	64,50 (22,00) p 0,392	75,00 (25,00) p 0,612
Adaptação no domicílio para o cuidado						
Sim	67,02 (17,92)	67,00 (25,00)	67,00 (25,00)	58,54 (15,09)	62,50 (23,00)	75,00 (25,00)
Não	68,02 (17,00) p 0,399	71,00 (21,00) p 0,567	67,00 (33,00) p 0,755	61,13 (15,73) p 0,528	67,00 (19,00) p 0,376	62,00 (25,00) p 0,463

Bloco C: Variáveis referentes as condições de saúde e trabalho do cuidador

Sobrecarga laboral

Sem sobrecarga	79,87 (10,63)	79,00 (17,00)	67,00 (25,00)	69,16 (11,83)	76,00 (14,00)	75,00 (13,00)
Sobrecarga	62,17 (17,02) *p 0,006	62,00 (21,00) *p <0,001	67,00 (25,00) *p 0,005	55,87 (15,11) p 0,370	61,00 (18,00) *p <0,001	62,00 (25,00) *p 0,020

Sintomas sugestivos de Depressão

Sem sintomas depressão	75,35 (14,08)	75,00 (16,00)	67,00 (31,00)	63,52 (14,54)	72,00 (18,00)	75,00 (22,00)
Com sintomas depressão	56,40 (15,52) p 0,264	54,00 (22,00) *p <0,001	58,00 (25,00) *p 0,014	54,76 (15,31) p 0,609	55,00 (17,00) *p <0,001	62,00 (28,00) *p 0,035

¹idade: utilizou-se a divisão OMS dos indivíduos adultos em idosos e não idosos

²cor autodeclarada negros: pretos e pardos

³estado civil não casados: solteiro, desquitado/divorciado, viúvo

⁴dias por semana e horas por dia dedicados ao idoso: para divisão binária utilizou-se a média

⁵sonda: sonda nasointestinal e sonda de gastrostomia

⁶cuidados devido a lesão por pressão em pele: considerada as lesões grau III e grau IV

μ - média; σ- desvio padrão; md- mediana; IQ: intervalo interquartil

Fonte: Os autores.

Na análise múltipla, com exceção da variável idade, todas as variáveis de controle e independentes investigadas apresentaram associação negativa com os domínios para os quais foram testadas, ou seja, por meio do coeficiente (β) estipulado, foi possível demonstrar o quanto a sua presença diminuiu o escore predito de qualidade de vida de cada domínio. No domínio físico, as variáveis que apresentaram maior influência foram idade ($\beta = 6,999$ e $p\text{-valor} = 0,026$) e sobrecarga laboral ($\beta = -15,457$ e $p\text{-valor} < 0,001$). No domínio psicológico, as maiores influências foram a dedicação aos cuidados do idoso durante sete dias da semana ($\beta = -9,566$ e $p\text{-valor} < 0,014$), a sobrecarga laboral ($\beta = -7,907$ e $p\text{-valor} < 0,029$) e os sintomas sugestivos de depressão ($\beta = -18,900$ e $p\text{-valor} < 0,001$). A sobrecarga laboral também apresentou relevância no domínio relações sociais ($\beta = -8,906$ e $p\text{-valor} < 0,047$). Para o domínio meio ambiente, foi a variável cor negra – parda ou preta autodeclarada – que se mostrou relevante ($\beta = -6,443$ e $p\text{-valor} < 0,049$). Por fim, a Tabela 3 demonstra que, na avaliação geral, as variáveis mais relevantes foram os sete dias da semana dedicados ao idoso ($\beta = -46,036$ e $p\text{-valor} < 0,008$) e os sintomas sugestivos de depressão ($\beta = -39,918$ e $p\text{-valor} < 0,012$); enquanto na autoavaliação, destacou-se o estado civil não casado ($\beta = -9,458$ e $p\text{-valor} < 0,016$).

Tabela 3: Coeficientes e respectivas significâncias dos modelos de regressão linear múltipla para os desfechos de qualidade de vida em seus diferentes domínios.

	Físico			Psicológico			Relações Sociais			Ambiente			GERAL			Autoavaliação		
r² ajustado	0,29			0,48			0,15			0,12			0,12			0,12		
Variáveis	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p	β	IC 95%	p
Idade idoso	6,999	0,837; 13,161	*0,026										-6,397	-32,968; 20,175	0,634			
Raça/Cor autodeclarada negros pardos e pretos				-2,596	-8,442; 3,251	0,380				-6,443	-12,869; -0,017	*0,049	13,658	-13,857; 41,174	0,327			
Estado civil não casados										-5,933	-12,104; 0,238	0,059				-9,458	-17,096; -1,821	*0,016
Escolaridade 9 anos ou mais										3,660	-2,779; 10,100	0,262						
Remuneração não pago				-3,170	-14,467; 8,126	0,579												
Parentesco familiar				-1,178	-15,841; 13,484	0,874							-28,201	-81,766; 25,364	0,299			
Capacitação Sem curso	-6,464	-16,815; 3,887	0,218	-0,927	-11,879; 10,024	0,867							12,267	-38,252; 62,786	0,631	-9,232	-21,694; 3,230	0,145
Dias por semana dedicados ao idoso 7 dias		-12,139; 3,760	0,298	-9,566	-17,121; -2,011	*0,014				-1,505	-9,406; 6,396	0,706	-46,036	-79,843; 12,229	*0,008			
Horas por dia dedicadas ao idoso	-2,464	-9,881; 4,954	0,511							-3,193	-10,259; 3,873	0,372						

Tabela 3: Coeficientes e respectivas significâncias dos modelos de regressão linear múltipla para os desfechos de qualidade de vida em seus diferentes domínios.

	Físico		Psicológico		Relações Sociais		Ambiente		GERAL		Autoavaliação							
18-24 horas																		
Suporte de outras pessoas para o cuidado Não tem			-5,931	-13,764; 1,902	0,136													
Índice de Katz dependente			-0,919	-10,350; 8,512	0,847													
Utilização de oxigenoterapia sim						2,825	-5,038; 10,689	0,478										
Administração de alimentação Via oral						6,493	-1,571; 14,557	0,113										
Sobrecarga laboral Com sobrecarga	-15,457	-22,090; -8,825	*<0,001	-7,907	-14,971; -0,843	*0,029	-8,906	-17,686; -0,126	*0,047	2,112	-4,149; 8,374	0,505	8,538	-23,898; 40,975	0,602	-4,495	-13,628; 4,637	0,331
Sintomas sugestivos de Depressão Com sintomas Depressão			-18,900	-25,567; -12,232	*<0,001	-6,712	-14,948; 1,523	0,109				-39,918	-70,727; 9,109	- *0,012	-4,823	-13,412; 3,766	0,268	

Fonte: Os autores

DISCUSSÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, há no Brasil mais de 30,3 milhões de pessoas idosas (acima de 60 anos) que correspondem a cerca de 14,6% da população (IBGE, 2017). Conforme estimativa, os idosos farão parte de um grupo maior do que as crianças de até 14 anos, em 2030 (Dardengo; Mafra, 2018). Quando o envelhecimento é bem-sucedido, tem-se a manutenção da autonomia e a presença de uma boa autopercepção de saúde. Para tanto, torna-se necessário prevenir as doenças crônicas e/ou evitar que elas evoluam muito rapidamente.

As doenças crônicas constituem um problema de saúde de grande magnitude, sendo responsável por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo (Ministério da Saúde, 2013). No presente estudo, os três principais grupos de doenças que desencadearam o cuidado do idoso em domicílio foram as Doenças do Sistema Nervoso, do Aparelho Circulatório e do Aparelho Respiratório. Ao realizar uma pesquisa com 535 idosos brasileiros atendidos pelo Programa Acompanhante de Idosos (PAI), Andrade *et al.* (2020) encontraram que a média de idade alvo de cuidados especiais foi 76,2±8 anos. Nessa fase, 51% dos idosos apresentavam três ou mais doenças crônicas, sendo que 60% já faziam uso de polifarmácia e 68,4% necessitavam de ajuda para realizar, pelo menos, uma atividade diária. Esse panorama se faz relevante para o entendimento das tarefas e responsabilidades atribuídas aos cuidadores, indivíduos heterogêneos, em múltiplas dimensões, responsáveis por prestar um serviço extremamente valioso à sociedade (Schulz *et al.*, 2020).

Essa pesquisa apresentou que a maioria dos cuidadores de idosos são mulheres (83,3%), com faixa etária de 18 a 59 anos (59,8%) e idade média de 55,7 (±11,4) anos, casadas ou em união estável (61,8%), com ensino médio, e que apresentava algum grau de parentesco com o idoso (90,2%). Bjinsdorpet *al.* (2020), ao caracterizarem uma amostra de cuidadores domiciliares, encontraram um perfil semelhante, sendo a maioria do sexo feminino (85,4%),

com média de idade de $61,1 \pm 12,5$ anos e pertencente a uma faixa etária entre 26 e 81 anos. No mesmo estudo, predominaram cuidadores que possuíam nível educacional superior (58,5%). É possível inferir que essa diferença na escolaridade tem relação com o país de realização do estudo, a Holanda, onde a taxa de analfabetismo é menor que 1%, enquanto no Brasil é de cerca de 7% (UNESCO, 2020; IBGE, 2019).

Ainda sobre a idade, nota-se, no presente estudo, que cuidadores com mais de 60 anos apresentaram escores estatisticamente favoráveis para a qualidade de vida no domínio físico. Esse achado pode ser justificado pelo fato da maioria dos jovens exercerem uma pluralidade de funções sob sua responsabilidade como cuidado com filhos, cônjuge, casa, trabalho, além do idoso assistido por eles (Oliveira *et al.*, 2019; Fhonet *et al.*, 2016). Paralelamente, quando os cuidadores são da mesma geração do idoso, apesar de apresentarem habilidades físicas e cognitivas mais limitadas, apresentam maiores níveis de comprometimento com o cuidado se comparados aos mais jovens, o que os “protege” de interferências desfavoráveis em sua qualidade de vida (Schulz *et al.*, 2020). De acordo com Schulz *et al.* (2012), 60% dos cuidadores de seus cônjuges afirmaram não ter escolhido o papel. Eles tendem a considerar o cuidado do companheiro como uma obrigação, enquanto os filhos demonstraram mais liberdade de escolha (Schulz *et al.*, 2020). É válido destacar que um cuidador idoso tem grandes chances de já ter colaborado nos cuidados de seus pais, filhos e outros parentes, o que pode lhe dar mais preparo em diversas esferas. Pessoas que ainda não exerceram o papel de cuidador raramente estão preparadas para assumir todas as responsabilidades que lhes são atribuídas (Jesus; Orlandi; Zazzeta, 2018).

Apesar da predominância da mulher na função de cuidadora domiciliar, nota-se que o sexo não interferiu na qualidade de vida. Porém, um estudo brasileiro realizado por Silva *et al.* (2021) revelou o sexo feminino como um dos fatores relacionados à sobrecarga do cuidador, podendo assim interferir na piora da sua qualidade de vida. Zwar, König e Hajek

(2023) também relataram menor qualidade de vida e maior nível de estresse entre os cuidadores do sexo feminino. Meira *et al.* (2017) afirmaram que, em uma sociedade ainda machista, a necessidade de cuidar de um ente da família costuma ser atribuída como responsabilidade das filhas, as quais, além de atender às necessidades do paciente, assumem outras responsabilidades dentro da família.

Augusto, Silva e Ventura (2009) destacam que, quando o cuidador é filho único e solteiro, a situação pode ser ainda mais extenuante por não ter mais ninguém para dividir essa responsabilidade. Isso corrobora o achado do presente estudo, em que o estado civil apresentou influência na autoavaliação do cuidador e não ser casado inferiu piores escores de qualidade de vida. Uma revisão sistemática concluiu que o estado civil foi uma característica que produziu resultados contraditórios sobre a qualidade de vida do cuidador em decorrência das grandes diferenças culturais, familiares e individuais no desenvolvimento do relacionamento (Alshammari *et al.*, 2021).

A raça/cor negra esteve associada a uma menor qualidade de vida no domínio ambiente. O grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (1998) defende que a avaliação do ambiente para qualidade de vida inclui questões como oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, recursos financeiros e ambiente do lar. No Brasil, a taxa de analfabetismo entre pessoas com mais de 15 anos negras é em torno de 2,5 vezes maior do que entre brancos (IBGE, 2019). Quando se observa a distribuição percentual da população de acordo com a renda e a cor, 75,2% dos negros estão entre os 10% com menores rendimentos. Ainda, 44,5% dos pretos ou pardos vivem em residência com pelo menos uma deficiência (ausência de coleta direta ou indireta de lixo, de abastecimento de água por rede geral ou de esgotamento sanitário por rede coletora ou pluvial), enquanto essa taxa para brancos cai para 27,9% (IBGE, 2018). Diante do exposto, é considerável que a vivência com um idoso com

limitações seja ainda mais desafiadora para pretos e pardos no Brasil em um domicílio com carências básicas.

Em relação às variáveis referentes às características do cuidado ao idoso que se encontra em atendimento domiciliar, observa-se que o fato de se dedicar todos os sete dias da semana ao cuidado do idoso apresentou interferência significativa no domínio psicológico e geral do cuidador. Nesse domínio, o grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (1998) alega que devem ser considerados os sentimentos positivos e negativos do entrevistado, espiritualidade/crenças pessoais, aprendizado/memória/concentração, aceitação da imagem corporal e aparência, autoestima. A falta de tempo para atividades que agreguem bem-estar e elevem a autoestima, como a prática de uma atividade física regular ou, mais basicamente, horas suficientes de sono, são exemplos de como o domínio psicológico do cuidador pode ser drasticamente afetado (Aljuaidet *et al.*, 2022).

A maioria dos idosos do presente estudo apresentavam dependência total (73,5%) dos cuidadores, segundo o índice de Katz. Ainda assim, não houve interferência dessa variável na qualidade de vida dos cuidadores. Essa falta de associação pode ter ocorrido pelo fato de a maioria dos idosos não exigirem cuidados especiais como oxigenioterapia domiciliar, alimentação por sondas, traqueostomia, sonda vesical, feridas em pele e adaptações estruturais do domicílio. Sabe-se que o manuseio desses cuidados exige maior domínio cognitivo dos cuidadores, tornando-se imprescindível o suporte por parte das equipes de atendimento domiciliar.

O estudo de Agnelli *et al.* (2012) sobre acessibilidade do idoso em sua residência encontrou: estreitamentos menores do que 60cm na área de circulação, em 80% das residências visitadas; irregularidades no piso (10%); desníveis, especialmente no quintal (75%); e outros obstáculos em geral, como tapetes (100%) e vasos (40%). Também foi constatada a existência de facilitadores, como barras de apoio no banheiro (25%), luminária

perto da cama (35%), entre outros. Em 45% dos casos houve história de queda na residência atual, a maioria delas por causas relacionadas a fatores ambientais. No presente estudo, 52,9% dos domicílios não apresentavam adaptação estrutural para os cuidados, porém, entre os que apresentavam, as adaptações mais comuns foram colocação de barras de apoio, retirada do box do banheiro e instalação de rampas na casa. Sabe-se que a presença ou não de obstáculos ou de facilitadores para os idosos é capaz de dificultar ou ajudar a ação dos cuidadores. Ainda assim, não houve relação estatística entre a adaptação do domicílio e a qualidade de vida dos cuidadores.

O presente estudo identificou algum grau de sobrecarga em 69,6% dos cuidadores, estando fortemente associada a piora da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e de relações sociais. Nesse contexto, Mendes *et al.* (2019) reforçam que sentir-se sobrecarregado pode estar associado à perda de controle da própria vida.

Em um cenário no qual o cuidador, na maioria das vezes informal, passa a dedicar-se ao cuidado de um idoso, somando o excesso de dias envolvidos no cuidado e presença de sobrecarga, é razoável pensar em algum grau de prejuízo para a sua saúde mental. Desse modo, pode-se constatar a presença de sinais sugestivos de depressão em 41,1% da população do presente estudo, estando fortemente associada à piora da qualidade de vida nos domínios psicológico e de avaliação geral. Esses resultados são condizentes com os relatados em uma revisão realizada por Lacerda *et al.* (2019) que indicou uma variação de 6-64% na prevalência de sintomas depressivos entre cuidadores. Assim como no presente estudo, Slusarska *et al.* (2019) relataram que a depressão afetou consideravelmente a qualidade de vida de cuidadores de idosos. De fato, o papel de cuidador foi descrito como capaz de levar a depressão, sofrimento psicológico, autocuidado ruim e piora da percepção de saúde autorrelatada (Aljuaidet *et al.*, 2022).

Algumas pesquisas trazem as variáveis sobrecarga e depressão sob uma perspectiva de causa e consequência. Esse achado talvez explique a marcante significância da sobrecarga e da depressão na qualidade de vida dos cuidadores deste estudo. A pesquisa de Nahet *al.* (2022) aponta esse nexos ao relatarem que a sobrecarga é capaz de afetar a esfera psicológica, levando a sintomas como tristeza crônica, estresse, baixa estima e depressão. Já em seu estudo, Perpina-Galván *et al.* (2019) destacaram a presença de ansiedade e depressão como problema clínico frequente em cuidadores de pacientes em cuidados paliativos, alto escore médio de fadiga e elevada prevalência de sobrecarga intensa. Assim, as variáveis ansiedade e depressão foram vistas como preditivas de sobrecarga, a qual foi associada à piora da saúde do cuidador.

Uma limitação desta pesquisa foi tratar-se de um estudo transversal e por isso não trazer conotação de causalidade para os achados. Além disso, este estudo pode não ter explorado algumas variáveis, particularmente ligadas ao cuidador, que também poderiam ter interferido na sua qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Observou-se sobrecarga em 69,6% dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar, além da presença de sintomas sugestivos de depressão em 41,1% dessa população. A sobrecarga esteve associada à piora da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e de relação social; já a depressão esteve associada a piora da qualidade de vida nos domínios psicológico e de avaliação geral.

A partir dos dados apresentados torna-se possível propor ações, no âmbito dos serviços prestados pelas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar e Equipes Multiprofissionais de Apoio, para a redução da sobrecarga - através da oferta, de modo sistemático, de apoio e de educação, com vistas à capacitação para exercer o papel de

cuidador – e a melhoria da saúde mental desses cuidadores, estreitando o valioso elo formado pelo trinômio profissional de saúde-cuidador-paciente.

REFERÊNCIAS

- AGNELLI, Luciana B. *Avaliação da acessibilidade do idoso em sua residência*. 2012. 115f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade de São Carlos, São Carlos, 2012.
- ALJUAID, Mohamed *et al.* Quality of life among caregivers of patients diagnosed with major chronic disease during COVID-19 in Saudi Arabia. *Healthcare (Basel)*, v. 10, n. 3, p. 523, 2022.
- ALSHAMMARI, Bushret *al.* Factors associated with burden in caregivers of patients with end-stage kidney disease (a systematic review). *Healthcare*, v.9, p. 1212, 2021.
- ANDRADE, Samantha C. V. *et al.* Health profile of older adults assisted by the Elderly Caregiver Program of Health Care Network of the city of São Paulo. *Einstein*, v. 18, eAO5263, 2020.
- AUGUSTO, Fernanda M.; SILVA, Ivanete P.; VENTURA, Maurício M. Child caregivers: choice, changes and challenge. *Rev Kairos Gerontol.*, n. 12, v. 2, p.103–118, 2009.
- BIERHALS, Carla C. B. K.*et al.* Cuidadores. Qualidade de vida. Depressão. Estresse ocupacional. *RevLat Am Enfermagem: 31: e3657, 2023.*
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.1: il.
- BRASIL. Portaria n. 2527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília (DF), 28 out. 2011: seção1:1.
- BRUCKI, Sonia M. D. *et al.* Sugestões para o uso do miniexame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuropsiquiatr*, 2003, v. 61(3B).
- BIJNSDORP, Femmy M. *et al.* Profiles of family caregivers of patients at the end of life at home: a Q-methodological study into family caregivers' support needs. *BMG PalliativeCare*, v. 19, p. 1-13, 2020
- COUTO, Alcimar M.; CALDAS, Célia P.; CASTRO, Edna A. B. Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional. *RevPesqui: Cuid. Fundam.*, 2019, v. 11, n. 4, p. 944-50.
- DARDENGO, Cássia F.; MAFRA, Simone C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? *Revista de Ciências Humanas*, n. 2, 2018.

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Revista de Saúde Pública*, 2000, v. 34, n. 2, p. 178-183.

FHON, Jack R. S. *et al.* Overburden and quality of life of the primary elderly caregiver. *Av. Enferm.*, v. 34, n. 3, p. 251–258, 2016.

GAIDESKI, Fernanda *et al.* Impacto da cognição, funcionalidade e força de indivíduos com doença de Alzheimer sobre a qualidade de vida do cuidador. *Acta Fisiátr.*, 31 mar. 2021, v. 28, n. 1, p. 22-9. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/176043>. Acesso em: 14 fev. 2013.

GOMES-OLIVEIRA, Marcio H. *et al.* Validation of the Brazilian portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr.*, 2012, v. 34, n. 4, p. 389-94.

HÉBERT, Réjean.; BRAVO, Gina; PRÉVILLE, Michel. Reliability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian Journal of Aging*, 2000, v. 19, n. 4, p. 494-507.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 02 abr. 2021.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: características gerais dos domicílios e dos moradores 2017*. Rio de Janeiro: IBGE, 2018a. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf. Acesso em: jan. 2022.

IBGE. Estatísticas. Sociais. População. *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?edicao=25845&t=resultados>. Acesso em: 30 jan. 2023.

IBGE. Brasil. Panorama. *Educação*, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em: 20 jan. 2022.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua*. 2º trimestre. Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por cor ou raça e grupo de idade. 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7125#resultado>. Acesso em: 30 jan. 2023.

JESUS, Isabela T. M.; ORLANDI, Ariene A. S.; ZAZZETA, Marisa S. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, v. 21, n. 2, p. 194–204, 2018.

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

LACERDA, Marianna S.; PRADO, Patrícia R. do; BARROS, Alba L. B. L. de; LOPES, Juliana L. Sintomas depressivos em cuidadores familiares de pacientes com insuficiência cardíaca: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 40, 2019.

- LIMA-COSTA, Maria Fernanda *et al.* The Brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil): objectives and design. *Am J Epidemiol.*, 1 jul. 2018, v. 187, n. 7, p.1345-1353. doi: 10.1093/aje/kwx387.
- LUZARDO, Adriana R.; GORINI, Maria Izabel P. C.; SILVA, Ana Paula S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto e Contexto de Enfermagem*, 2006, v. 15, n. 4, p. 587-594.
- MEIRA, Edmeia C. *et al.* Women's experiences in terms of the care provided to dependent elderly: gender orientation for care. *Esc. Anna Nery*, v. 21, n. 2, e20170046, 2017.
- MENDES, Polyana N. *et al.* Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paul Enferm.*, 2019, v. 32, n. 1, p. 87-94.
- NAH, Suyong; MARTIRE, Lynn M.; ZHAOYANG, Ruixue. Perceived Gratitude, Role Overload, and Mental Health Among Spousal Caregivers of Older Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* v. 77, n. 2, p. 295-299, 2022.
- NISHIMURA, Fabio; CARRARA, Aniela F.; FREITAS, Carlos Eduardo. Effect of the melhor em casa program on hospital costs. *Revista de Saúde Pública*, 22 nov. 2019. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/164359>
- OLIVEIRA, Anderson S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 15, n. 32, p. 69-79, 1 nov. 2019.
- PESSOTTI, Carla Fabiana C. *et al.* Cuidador familiar de idosos com demência: relação entre religiosidade, resiliência, qualidade de vida e sobrecarga. *Dement. Neuropsychol.*, v. 12, n. 4, p. 408-414, out.-dez., 2018.
- PERPIÑÁ-GALVAÑ, Juana *et al.* Level of Burden and Health-Related Quality of Life in Caregivers of Palliative Care Patients. *Int J Environ Res Public Health*, v. 16, n. 23, p. 4806, 2019.
- SALAZAR-BARAJAS, Martha E. Funcionamento familiar, sobrecarga e qualidade de vida no cuidador do idoso com dependência funcional. *Enferm.univ*; v. 16, n. 4, p. 362-373, out.-dez. 2019.
- SAMPAIO, Lucas S. *et al.* Qualidade de vida e depressão em cuidadores de idosos dependentes. *Rev APS [Internet]*. 2018.
- SCAZUFCA, M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Braz. J. Psychiatry*, n. 24, p. 1, mar 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>. Acesso em: mar. 2. 022.
- SCHULZ, Richard *et al.* Predictors and consequences of perceived lack of choice in becoming an informal caregiver. *Aging Mental Health*, 2012, n. 16, p. 712-21.
- SCHULZ, Richard *et al.* *Annu Rev Psychol.* 4 jan. 2020, n. 71, p. 635-659.

SILVA, Aline M. *et al.* Relação entre sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores informais de idosos: um estudo transversal em atendimento ambulatorial. *Online braz. j. nurs.*, v. 19, n. 1, mar. 2020.

SILVA, Alice R. F. *et al.* Caregiver overload and factors associated with care provided to patients under palliative care. *InvestEducEnferm.*, v. 39, n. 1, e10, 2021.

ŚLUSARSKA, Barbara *et al.* Quality of life predictors in informal caregivers of seniors with a functional performance deficit - an example of home care in Poland. *Clin Interv Aging*, v. 14, p. 889-903, 2019.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization. WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment 1998. *Psychol Med*, 1998, n. 28, p. 551-8.

WITTENBERG, Elaine; KERR, A. M.; GOLDSMITH, J. Exploring family caregiver communication difficulties and caregiver quality of life and anxiety. *Am J Hosp Palliat Care*, fev. 2021, v. 38, n. 2, p.147-153. doi: 10.1177/1049909120935371, Epub 2020 Jun 26.

ZWAR, Larissa; KÖNIG, Hans-Helmut; HAJEK, Andre. Gender differences in mental health, quality of life, and caregiver burden among informal caregivers during the second wave of the COVID-19 pandemic in Germany: a representative, population-based study. *Gerontology*, v. 69, n. 2, p.149-162, 2023.

UNESCO. *Netherlands – Education and Literacy*, 2020. Disponível em: <https://uis.unesco.org/en/country/nl>. Acesso em: 20 jan. 2022.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, observou-se sobrecarga em 69,6% dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar, além da presença de sintomas sugestivos de depressão em 41,1% dessa população. A sobrecarga esteve associada a piora da qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e de relação social; enquanto a depressão esteve associada a piora da qualidade de vida nos domínios psicológico e de avaliação geral.

Às vistas disso, tem-se a educação e o apoio do cuidador de idoso, atendendo à necessidade de capacitação para o exercer seu papel, como serviço fundamental e que, portanto, deve ser incluído de maneira sistemática e contínua no rol de ofertas de serviços pelo sistema de saúde. Essa oferta pode ser uma medida eficaz para evitar a transferência às famílias de procedimentos e cuidados especializados, aos quais teriam direito assegurado, mas acabam gerando angústia e sobrecarga, propiciando uma alteração da qualidade de vida desses cuidadores.

Pesquisas no âmbito de políticas e serviços de atenção domiciliar são necessárias para melhor se entender e contemplar as demandas dos cuidadores de idosos.

REFERÊNCIAS

- ADELMAN, R. D.; TMANOVA, L. L.; DELGADO, D.; DION, S.; LACHS, M. S. Caregiverburden: a clinical review. **JAMA**, 2014, v. 311, n. 10, p.1052-60. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>. Acesso em: jul. 2021.
- AGNELLI, L. B. **Avaliação da acessibilidade do idoso em sua residência**. 2012. 115f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional, Universidade de São Carlos, São Carlos, 2012.
- ALJUAID, M.; ILYAS, N.; ALTUWAIJRI, E.; ALBEDAWI, H.; ALANAZI, O.; SHAHID, D.; ALONAZI, W. Quality of life among caregivers of patients diagnosed with major chronic disease during COVID-19 in Saudi Arabia. **Healthcare (Basel)**, v. 10, n. 3, p. 523, 2022.
- AKSOYDAN, E.; AYTAR, A.; BLAZEVICIENE, A.; VAN BRUCHEM-VISSER, R. L.; VASKELYTE, A.; MATTACE-RASO, F.; ACAR, S.; ALTINTAS, A.; AKGUN-CITAK, E.; ATTEPE-OZDEN, S.; BASKICI, C.; KAV, S.; KIZILTAN, G. Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review. **Arch GerontolGeriatr.**, jul./ago. 2019, n. 83, p. 66-74,doi: 10.1016/j.archger.2019.02.006. Epub 2019 Mar 25. PMID: 30953963.
- ALSHAMMARI, B.; NOBLE, H.; MCANENEY, H.; ALSHAMMARI, F.; O'HALLORAN, P. Factors associated with burden in caregivers of patients with end-stage kidney disease (a systematic review). **Healthcare**, v.9, p. 1212, 2021.
- ANDRADE, S. C. V.; MARCUCCI, R. M. B.; FARIA, L. F. C.; PASCHOAL, S. M.P.; REBUSTINI, F.; MELO, R. C. Health profile of older adults assisted by the Elderly Caregiver Program of Health Care Network of the City of São Paulo. **Einstein**, v. 18, eAO5263, 2020.
- ANUNCIAÇÃO, Luís; MARICY CAREGNATO Flávio; SOARES, Correa da Silva. Aspectos psicométricos do Inventário Beck de Depressão-II e do Beck Atenção Primária em usuários do Facebook. **J. Bras. Psiquiatr.**,v. 68, n. 2, abr.-jun. 2019.
- AUGUSTO, F. M.; SILVA, I. P.; VENTURA, M. M. Child caregivers: choice, changes and challenge. **Rev.KairosGerontol.**, n. 12, v. 2, p.103-118, 2009.
- AUGUSTO, I.; FRANCO, L. H. R. O. Aspectos históricos da assistência de enfermagem domiciliar. **Rev. LAES/HAES**, 1980, n. 1, p. 50-2.
- AYRES, J. R.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BARBOSA, K. T. F.; OLIVEIRA, F. M. R. L.; FERNANDES, M. G. M. Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. **RevBrasEnferm**, 2019, n. 72(Supl 2), p. 337-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>.

BECK *et al.* An inventory for measuring depression. **Arch Gen Psychiatry**. 1961, n. 4, p. 561-571.

BECK, A. T.; STEER, R.A.; BROWN, G. K. **Manual para o inventário de depressão de Beck-II**. San Antonio, TX: Corporação Psicológica, 1996.

BIANCHI, M.; FLESCHL, L. D.; ALVES, E. V. C.; BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L. Indicadores psicométricos da ZaritBurden Interview aplicada a idosos cuidadores de outros idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2016, n. 24, e. 2835.

BIERHALS, Carla Cristiane Becker Kottwitz; DAL PIZZOL, Fernanda Laís Fengler; LOW, Gail; DAY, Carolina Baltar; SANTOS, Naiana Oliveira Dos; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi. Quality of life in caregivers of aged stroke survivors in southern Brazil: a randomized clinical trial. **Rev Lat Am Enfermagem**, n. 31, e3657, 2023.

BIRREN, J.; SCHROOTS, J. History, concepts, and theory in the psychology of aging. *In*: J. Birren & Schaie (eds.). **Handbook of the psychology of aging**. 4. ed. San Diego: Academic Press, 1996.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília, 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1994. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 julho 1996. p. 12277.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprovar a Política Nacional de Saúde do Idoso. Disponível em: <http://www.bvseps.ict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2173>. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741h. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Disponível em: http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_51/articulacao_federativa_de_servicos_sociais_no_brasil.pdf. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006b. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Portaria no 325, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 fev. 2008.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. **Cuidar melhor e evitar a violência**: manual do cuidador da pessoa idosa, Brasília, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 nov. 2009b.

BRASIL. Portaria n. 2527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 28 out. 2011: seção1:1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.208, de 18 de junho de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de monitoramento e avaliação do Programa Melhor em Casa**. Brasília: MS, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 25 abr. 2016. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/abril2016/dia26/portaria825.pdf>. Acesso em: jul. 2021.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Lei n. 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera os Arts. 3º, 15 e 71 da Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jul. 2017.

BRODATY H.;DONKIN, M. Family caregivers of people with dementia. **Dialogues Clin Neurosci**. 2009, v. 11, n. 2, p. 217-28. doi: 10.31887/DCNS.2009.11.2/hbrodaty.PMID: 19585957; PMCID: PMC3181916.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do miniexame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr**, 2003, v. 61(3B).

BUHLER-WILKERSON, K. **No place like home: a history of nursing and home care in United States**. Baltimore: John Hopkins University Press, 2001.

CABRAL, J. F.; SILVA, A. M. C. D.; MATTOS, I. E.; NEVES, Á. Q.; LUZ, L. L.; FERREIRA, D. B.; SANTIAGO, L. M.; CARMO, C. N. D. Vulnerability and associated factors among older people using the Family Health Strategy. **Cien Saude Colet.**, 9 set. 2019, v. 24, n. 9, p.3227-3236. doi: 10.1590/1413-81232018249.22962017.

CALASANTI, T. Feminist gerontology and old men. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, 2004, n. 59, p. 305-14.

CARO, C. C.; COSTA, J. D.; CRUZ, D. M.C. da. Burden and quality of life of family caregivers of stroke patients. **Occup Ther Health Care**, abr. 2018, v. 32, n. 2, p.154-171,doi: 10.1080/07380577.2018.1449046. Epub 2018 Mar 26.

CASTRO, A.; CAMARGO, B. V. Representações sociais da velhice e do envelhecimento na era digital: revisão da literatura. **Psicol. rev.**, v. 23, n. 3, p. 10-15, 2017.

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C. de; BORGES, C. L. Fatores sociais e clínicos que causam limitação da mobilidade de idosos. **Acta paul enferm.**, v. 27, n. 3, 2014.

COBOS, F. M.; ALMENDRO, J. M. E. Envejecimiento activo y desigualdades de género. **AtenPrim**, 2008, n. 40, p. 305-9.

COUTO, A. M.; CALDAS, C. P.; CASTRO, E. A. B. Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional. **RevPesqui: Cuid. Fundam.**, 2019, v. 11, n. 4, p. 944-50.

DARDENGO, C. F.; MAFRA, S. C. T. Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? **Revista de Ciências Humanas**, n. 2, 2018.

DE KLERK, M.; DE BOER, A.; PLAISIER, I.; SCHYNS, P. Voorelkaar? **Stand van de informele hulpem 2016**. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2017.

DINIZ, M. A. A.; MELO, B. R. S.; NERI, K. H.; CASEMIRO, F. G.; FIGUEIREDO, L. C.; GAIOLI, C. C. L. O.; GRATÃO, A. C. M. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. **Ciênc. saúde colet.**, 2018. v. 23, n. 11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>. Acesso em: ago. 2021.

FELIPE, S. G. B.; OLIVEIRA, C. E. S.; SILVA, C. R. D. T.; MENDES, P. N.; CARVALHO, K. M.; LOPES SILVA-JÚNIOR, F.; FIGUEIREDO, M. D. L. F. Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study. **Rev Bras Enferm**. 2020 Sep 21;73Suppl 1(Suppl 1):e20190851. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0851. eCollection 2020.

FENG, Z. Global convergence: aging and long-term care policy challenges in the developing world. **J Aging Soc Policy**, jul.-set. 2019, v. 31, n. 4, p. 91-297, doi: 10.1080/08959420.2019.1626205. Epub 2019 Jun 2.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, 2012, v. 46, n. 6, p. 1494-1502.

FHON, J. R. S.; GONZALES, J. J. T.; HUAMAN, T.; MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P. Overburden and quality of life of the primary elderly caregiver. **Av. Enferm.**, v. 34, n. 3, p. 251-258, 2016.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, 1999, v.33, n.2, p.198-205.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, 2000, v. 34, n. 2, p. 178-183.

GAIDESKI, F.; SOCHA, S. R.; TSINGOSRAMOS, A. A.; TAKEDA, S. Y. M. Impacto da cognição, funcionalidade e força de indivíduos com doença de Alzheimer sobre a qualidade de vida do cuidador. **Acta Fisiatr.** [Internet], 31 mar. 2021; v. 28, n.1, p. 22-9. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/176043>.

GENTRY, M. T.; LAPID, M. I.; SYRJANEN, J.; CALVERT, K.; HUGHES, S.; BRUSHABER, D. et al. Quality of life and caregiver burden in familial frontotemporal lobar degeneration: Analyses of symptomatic and asymptomatic individuals within the LEFFTDS cohort. **Alzheimers Dement.**, v. 16, n. 8, p. 1115-1124, 2020.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE STUDY 2013 COLLABORATORS. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **Lancet**, v. 389, n. 9995, p. 743–800, 2015.

GOMES-OLIVEIRA, M. H.; GORENSTEIN, C.; LOTUFO NETO, F.; ANDRADE, L. H.; WANG, Y. P. Validation of the Brazilian portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. **Rev Bras Psiquiatr.**, 2012, v. 34, n. 4, p. 389-94.

GOODARZI, Z.; MRKLAS, K. J.; ROBERTS, D. J.; JETTE, N.; PRINGSHEIM, T.; HOLROYD-LEDUC, J. Detecting depression in Parkinson disease: a systematic review and meta-analysis. **Neurology**, jul. 2016, v. 26, n. 87(4), p. 426-37, doi: 10.1212/WNL.0000000000002898. Epub 2016 Jun 29.

GUERRA, H. S.; ALMEIDA, N. A. M.; SOUZA, M. R.; MINAMISAVA, R. A sobrecarga do cuidador domiciliar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 2, abr.-jun. 2017, p. 179-186.

HÉBERT, R.; BRAVO, G.; PRÉVILLE, M. Reliability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. **Canadian Journal of Aging**, 2000, v. 19, n. 4, p. 494-507.

HOENIG, J.; HAMILTON, M. W. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 12, n. 3, p. 165-176, 1966.

HUDSON, P.; PAYNE, S. Family caregivers and palliative care: current status and agenda for the future. **Journal of Palliative Medicine**, v. 14, n. 7, p. 864–869, 2011.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Características gerais dos moradores 2020-2021. **PNAD Contínua**, 2022, 8p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf. Acesso em: 29 dez. 2022.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. Características gerais dos moradores 2020-2021. **PNAD Contínua**, 2022, 8p. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101957_informativo.pdf. Acesso em: 29 dez. 2022.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9171-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios-continua-mensal.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 02 abr. 2021.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: características gerais dos domicílios e dos moradores 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2018a. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf. Acesso em: jan. 2022.

IBGE. **Tábuas completas de mortalidade** -tabelas 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html?edicao=32297&t=resultados>. Acesso em: 29 dez. 2022.

IBGE. Estatísticas. Sociais. População. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil**. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html?edicao=25845&t=resultados>. Acesso em: 30 jan. 2023.

IBGE. Brasil. Panorama. **Educação**, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>. Acesso em: 20 jan. 2022.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**. 2º trimestre. Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por cor ou raça e grupo de idade. 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/7125#resultado>. Acesso em: 30 jan. 2023.

JAMES, K.; CHIN-BAILEY, C.; HOLDER-NEVINS, D.; THOMPSON, C.; DONALDSON-DAVIS, K.; ELDEMIRE-SHEARER, D. Zarit burden interview among caregivers of community-dwelling older adults in a Caribbean setting (Jamaica):

Reliability and factor structure. **Health Soc Care Community**, nov. 2020, doi: 10.1111/hsc.13244; online ahead of print.

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A. S.; ZAZZETA, M. S. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. **Rev Bras GeriatrGerontol.**, v. 21, n. 2, p. 194–204, 2018.

KANG, S. G.; NA, K. S.; KANG, J. M.; YEON, B. K.; LEE, J. Y.; CHO, S. J. Dementia care by healthy elderly caregivers is associated with improvement of patients' memory and the caregivers' quality of life: a before and after study. **Psychiatry Investig.**, jul. 2017, v. 14, n. 4, p. 458-462, doi: 10.4306/pi.2017.14.4.458. Epub 2017 Jul 11.

KOBAYASI, D. Y.; RODRIGUES, R. A. P.; FHON, J. R. S.; SILVA, L. M.; SOUZA, A. C.; CHAYAMITI, E. M. P. C. Sobrecarga, rede de apoio social e estresse emocional do cuidador do idoso. **AvEnferm**, 2019, v. 37, n.2, p.140-148.

LACERDA, M. S.; PRADO, P. R. do; BARROS, A. L. B. L. de; LIMA LOPES, J de. Sintomas depressivos em cuidadores familiares de pacientes com insuficiência cardíaca: uma revisão integrativa . **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 40, 2019.

LAI, F. H.; YAN, E. W.; YU, K. K.; TSUI, W. S.; CHAN, D. T.; YEE, BK. The protective impact of telemedicine on persons with dementia and their caregivers during the COVID-19 pandemic. **Am J Geriatr Psychiatry**, nov. 2020, v. 28, n. 11, p.1175-1184, doi: 10.1016/j.jagp.2020.07.019. Epub 2020.

LIMA-COSTA, M. F.; ANDRADE, F. B. de; SOUZA Jr., P. R. B. de; NERI, A. L.; DUARTE, Y. A. O.; CASTRO-COSTA, E.; OLIVEIRA, C. de. The Brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil): objectives and design. **Am J Epidemiol.**, 1 jul. 2018, v. 187, n. 7, p.1345-1353. doi: 10.1093/aje/kwx387.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P. C.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto e Contexto de Enfermagem**, 2006, v.15, n. 4, p. 587-594.

MAURIN, J. T.; BOYD, C.B. Burden of mental illness on the family: a critical review. **Archives of Psychiatric Nursing**, 1990, v. 4, n., p. 99-107.

MEIRA, E. C.; REIS, L. A.; GONÇALVES, L. H. T.; RODRIGUES, V. P. P.; PHILIPP, R. R. Women's experiences in terms of the care provided to dependent elderly: gender orientation for care. **Esc. Anna Nery.**, v. 21, n. 2, e20170046, 2017.

MEIRELES, V. C.; MATSUDA, L. M.; COIMBRA, J. H. A.; MATHIAS, T. A. F. Characteristics of elderly people in an area assisted by the Family Health Program in the northwest of Paraná: contributions to nursing care management. **Saúde Soc.**, v. 16, n. 1, p. 69-80.

MEIYAN, W.; BIN, H.; YUHUAN, W.; FUCHEN, W.; XUEFENG, C.; WENTING, W. *et al.* Depression among low-income female muslimuyghur and kazakh informal caregivers of disabled elders in far western China: influence on the caregivers' burden and the disabled elders' quality of life. **PlosOne**, maio 2016. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0156382>. Acesso em: ago. 2021.

MENDES, P. N.; FIGUEIREDO, M. D. L. F.; SANTOS, A. M. R.; FERNANDES, M. A.; FONSECA, R. S. B. Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. **Acta Paul Enferm.**, 2019, v. 32, n. 1, p. 87-94.

MENG, L.; LIU, Y.; FENG, X.; ZHAI, Y.; LIU, K. The mediating role of depression on the relationship between housebound status and cognitive function among the elderly in rural communities: a cross-sectional study. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, v. 78, p.58-63, 2018.

MINAYO, M. C. S. The imperative of caring for the dependent elderly person. **Cien.SaúdeColetiva**, 2019, v. 24, n. 1, p. 247-52.

MIRSKY, J. B.; HORN, D. M. Chronic disease management in the COVID-19 era. **Am J Manag Care**, ago. 2020. v. 26, n. 8, p.329-330. doi: 10.37765/ajmc.2020.43838.

MOLLENKOPF, H.; MARCELLINI, F.; RUOPPILA, I.; SZEMAN, Z.; TACKEN, M.; WAHL, H. Social and behavioural science perspectives on out-of-home mobility in later life: findings from the Europe. **Eur J Ageing.**, v. 1, n. 1, p. 45-53, 2004.

MOONS, P.; BUDTS, W.; De GEEST, S. Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. **Int J Nurs Stud.**, 2006, v. 43, n. 7, p. 891-901.

MORAES, E. M.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, 2010, v. 20, n. 1, p. 54-66.

MORAIS, H. C. C.; SOARES, A. M. G.; OLIVEIRA, A. R. S.; CARVALHO, C. M. L.; SILVA, M. J.; ARAUJO, T. L. Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. **Rev Lat Am Enfermagem**, set. - out. 2012, v. 20, n. 5, p. 944-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000500017>. PMID:23174840.

NAH, S.; MARTIRE, L. M.; ZHAOYANG, R. Perceived gratitude, role overload, and mental health among spousal caregivers of older adults. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.**, v. 77, n. 2, p. 295-299, 2022.

NERI, A. Velhice e qualidade de vida na mulher. *In*:Neri, A. L. (org.). **Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

NISHIMURA, F.; CARRARA, A. F.; FREITAS, C.E. Effectofthe Melhor em Casa programon hospital costs. **Rev Saúde Pública**, dez. 2019, v. 2, n. 53, p. 104.

NOGUEIRA, D. J.; MINAMISAVA, R.; TELES, S. A.; SOUZA, S. M. B.; CORDEIRO, J. A. B. L.; CIRQUEIRA, D. S.; BRASIL, V. V.; SOUZA, A. L. R.; CAETANO, K. A. A.; OLIVEIRA, L. M. A. C.; LAGO, D. M. S. K.; BARBOSA, M. A. Factors associated with marital satisfaction and quality of life in family caregivers of patients with mental disorders. **Int J Environ Res Saúde Pública**, 8 ago. 2019, v. 16, n. 16, p. 2825, doi: 10.3390 / ijerph16162825.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 1 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Divisão de Saúde Mental, 1996. **WHOQOL-BREF**: introdução, administração, pontuação e versão genérica da avaliação: versão de teste de campo, dezembro de 1996.

PESSOTTI, Carla Fabiana Carletti; FONSECA, Lineu Corrêa; TEDRUS, Gloria Maria de Almeida Souza; LALONI, Diana Tosello. Cuidador familiar de idosos com demência: relação entre religiosidade, resiliência, qualidade de vida e sobrecarga. **Dement. Neuropsychol**, v.12, n. 4, p. 408-414, out.-dez. 2018.

QIU, W. Q.; DEAN, M.; LIU, T.; GEORGE, L.; GANN, M.; COHEN, J.; BRUCE, M. L. Physical and mental health of homebound older adults: An overlooked population. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 58, p. 2423–2428, 2010.

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Home care in Brazil: an exploratory study on the construction process and service use in the Brazilian Health System. **Ciência&SaúdeColetiva**, v. 25, n. 5, p.1863-1876, 2020.

RICE, R. **Home care nursing practice**: concepts and application. St. Louis: Mosby, 2001. Home care nursing practice: historical perspective and philosophy of care, p. 3-14.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Social, individual and programmatic vulnerability among the elderly in the community: data from the FIBRA study conducted in Campinas, São Paulo, Brazil. **Cien. Saúde Coletiva**, ago. 2012, v. 17, n. 8, p. 2129-39. doi: 10.1590/s1413-81232012000800023.

ROSER, M; ORTIZ-OSPINA, E. **World population growth**. 2018. Disponível em:<https://ourworldindata.org/world-population-growth>. Acesso em: ago. 2021.

SALARI, N.; HOSSEINIAN-FAR, A.; JALALI, R.; VAISI-RAYGANI, A.; RASOULPOOR, S.; MOHAMMADI, M.; RASOULPOOR, S.; KHALEDI-PAVEH, B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. **Global Health**, 6 jul. 2020, v. 16, n. 1, p. 57, doi: 10.1186/s12992-020-00589-w.

SALAZAR-BARAJAS, M. E.; GARZA-SARMIENTO, E. G.; GARCÍA-RODRÍGUEZ, S. N.; JUÁREZ-VÁZQUEZ, P. Y.; HERRERA-HERRERA, J. L.; DURAN-BADILLO, T. Funcionamento familiar, sobrecarga e qualidade de vida no cuidador do idoso com dependência funcional. **Enferm. Univ.**, v. 16, n. 4, p. 362-373, out-dez. 2019.

SAMPAIO, L. S.; SANTOS, S. P.; SILVA, M. V.; SAMPAIO, T. S. O.; REIS, L. A. Qualidade de vida e depressão em cuidadores de idosos dependentes. **Rev APS [Internet]**. 2018.

SCAZUFCA, M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. **Braz. J. Psychiatry**, n. 24, p. 1, mar 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>. Acesso em: mar. 2022.

SCHULZ, Richard; BEACH, Scott R.; CZAJA, Sara J.; MARTIRE, Lynn M.; MONIN, Oan K. **Annu Rev Psychol.** 4 jan. 2020, n.71, p. 635-659.

SHILLING, V.; STARKINGS, R.; JENKINS, V.; CELLA, D.; FALLOWFIELD, L. Development and validation of the caregiver roles and responsibilities scale in cancer caregivers. **Qual Life Res.**, jun. 2019, v. 28, n. 6, p.1655-1668, doi: 10.1007/s11136-019-02154-4. Epub 2019 Mar 18.

SILVA, A. M.; NUNES, D. P.; GRAZZIANO, E. S.; JESUS, I. T. M.; BRITO, T. R. P.; SANTOS-ORLANDI, A. A. Relação entre sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores informais de idosos: um estudo transversal em atendimento ambulatorial. **Onlinebraz. j. nurs.**, v. 19, n. 1, mar. 2020.

SILVA, A. R. F.; FHON, J. R. S.; RODRIGUES, R. A. P.; LEITE, M. T. P. Caregiver overload and factors associated with care provided to patients under palliative care. **Invest Educ Enferm.**, v. 39, n. 1, e10, 2021.

SILVA COURA, A.; ALVES NOGUEIRA, C.; ALVES, F. P.; SILVA ARAGÃO, J. da; FRANÇA, I. S. X. de; SILVA MEDEIROS, K. K. A. Quality of life of caregivers of octogenarians: a study using the WHOQOL-BREF. **Invest Educ Enferm.**, dez. 2015, v. 33, n. 3, p. 529-538, doi: 10.17533/udea.iee.v33n3a17.

ŚLUSARSKA, B.; BARTOSZEK, A.; KOCKA, K.; DELUGA, A.; CHRZAN-RODAK, A.; NOWICKI, G. Quality of life predictors in informal caregivers of seniors with a functional performance deficit - an example of home care in Poland. **Clin Interv Aging**, v. 14, p. 889-903, 2019.

SOONES, T.; FEDERMAN, A.; LEFF, B.; SIU, A. L.; ORNSTEIN, K. Two-year mortality in homebound older adults: an analysis of the National Health and Aging Trends Study. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 65, p. 123–129, 2017.

SOUZA, L. R.; HANUS, J. S.; LIBERA, L. B. D.; SILVA, V. M.; MANGILI, E. M.; SIMÕES, P. W. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. **Cad Saúde Colet**, 2015, v. 23, n. 2, p. 140-9. Disponível em: DOI: <http://doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>. Acesso em: ago. 2021.

TAVARES, M. L. O.; PIMENTA, A. M.; GARCÍA-VIVAR, C.; BEINNER, M. A.; MONTENEGRO, L. C. Relationship between level of care dependency and quality of life of family caregivers of care-dependent patients. **J Fam Nurs**, fev. 2020, v. 26, n. 1, p. 65-76, doi: 10.1177/1074840719885220. Epub 2019 Nov 29.

TEIXEIRA, D. K. da S.; ANDRADE, L. M.; SANTOS, J. L. P.; CAIRES, E. S. Falls among the elderly: environmental limitations and functional losses. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 3, 2019.

THE WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument. *In*: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (eds). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer Verlag, 1994. p. 41-60.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization. WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment 1998. **Psychol Med**, 1998, n. 28, p. 551-8.

TORRES, K. R. B. O.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. K.; CALDAS, C. P. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e300113, 2020.

TRELHA, C. S.; REVALDAVES, E. J.; YUSSEF, S. M.; DELLAROZA, M. S. G.; CABRERA, M. A. S.; YAMADA, K. N. et al. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, n.1, p.20-7, 2006.

UNITED NATIONS. **World population prospects: key findings and advance tables. The 2017 revision.** New York: United Nations; 2017.

UNRAR, S.; EROL, O.; OZDEMIR, O. Caregiving burden, depression, and anxiety in family caregivers of patients with cancer. **Eur J Oncol Nurs**, fev. 2021, n. 50, p. 101882, doi: 10.1016/j.ejon.2020.101882. Epub 2020 Dec 4.

URSINE, P. G. S.; CORDEIRO, H. de A.; MORAES, C. L. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). **Ciêncsaúdecoletiva**, v. 16, n. 6, 2011.

VON GLISCHINSKI, M.; VON BRACHEL, R.; HIRSCHFELD, G. How depressed is "depressed"? A systematic review and diagnostic meta-analysis of optimal cut points for the Beck Depression Inventory revised (BDI-II). **Qual Life Res.**, maio 2019, v. 28, n. 5, p.1111-1118, doi: 10.1007/s11136-018-2050-x. Epub 2018 Nov 19.

WITTENBERG, E.; KERR, A. M.; GOLDSMITH, J. Exploring family caregiver communication difficulties and caregiver quality of life and anxiety. **Am J Hosp Palliat Care**, fev. 2021, v. 38, n. 2, p.147-153. doi: 10.1177/1049909120935371, Epub 2020 Jun 26.

WOOLFORD, S. J.; SOHAN, O.; DENNISON, E. M.; COOPER, C.; PATEL, H. P. Approaches to the diagnosis and prevention of frailty. **Aging Clin Exp Res.**, v. 32, n. 9. P. 1629-37, 2020.

XIANG, X.; CHEN, J.; KIM, M. Trajectories of Homebound Status in Medicare Beneficiaries Aged 65 and Older. **Gerontologist**, v. 60, p.101–111, 2020.

YANG, J.; BAUER, B. A.; LINDEEN, A. S.; PERLMAN, A. I.; ABU DABRH, A. M.; BOEHMER, K. R.; SALINAS, M.; CUTSHALL, S. M. Current trends in health coaching for chronic conditions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Medicine**, Baltimore, v. 99, n. 30, e. 21080, 24 jul. 2020.

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

ZWAR, L.; KÖNIG, H. H.; HAJEK, A. Gender differences in mental health, quality of life, and caregiver burden among informal caregivers during the second wave of the COVID-19 pandemic in Germany: a representative, population-based study. **Gerontology**, v. 69, n. 2, p.149-162, 2023.

APÊNDICEA –FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADOR

Nome: _____ Data: ___/___/_____

Parte A- Perfil do cuidador

Idade: _____ Data de nascimento: ___/___/_____

Sexo: ()Feminino ()Masculino Cor:()Branco()Pardo ()Preto()Amarelo ()Índio

Estado civil: ()Solteiro ()Casado/Amasiado ()desquitado/divorciado()Viúvo

Escolaridade:()analfabeto()1 a 4 anos ()5 a 8 anos ()9 a 11 anos () 12 ou mais anos

Outro trabalho além do cuidar: ()ativo ()desempregado()afastado ()aposentado ()cuidando do lar

Remuneraçãodo cuidador: () não pago () pago R\$ _____

Qual o grau de parentesco com o idoso: ()filho ()outro familiar ()cuidador não familiar

Capacitação para cuidar: ()tem curso de cuidador () não tem curso

Quantos dias por semana dedicados ao idoso? () 1 dia/semana () 2 dias/semana

() 3 dias/semana () 4 dias/semana () 5 dias/semana () 6 dias/semana () 7 dias/semana

Quantos horas por dia dedicadas ao idoso? () até 6h () até 12h () até 18h () 24h

Recebe suporte de outras pessoas para o cuidado ao idoso () sim () não

Parte B- Perfil do cuidado prestado ao idoso domiciliado

Qual a doença do idoso que desencadeou o cuidado?

Utiliza oxigenioterapia?() sim () não

Administração de alimentação () via oral () sonda de gastrostomia() sonda nasoentérica

Tem traqueostomia?() sim () não

Utiliza sonda vesical de demora? () sim () não

Presença de lesão por pressão Grau III e IV? () sim () não

Domicílio é adaptado () não () sim, qual tipo? _____

Índice de Katz () independente () dependente parcial () dependente total

ANEXO A – MINIEXAME DE SAÚDE MENTAL PROPOSTO POR BRUCKI et al (2003)

Nome: _____ Data: ___/___/_____

Orientação temporal

Que dia é hoje? ____
 Em que mês estamos? ____
 Em que ano estamos? ____
 Em que dia da semana estamos? ____
 Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora) ____
 (1 ponto para cada resposta correta) **Total de pontos:** ____

Orientação espacial

Em que local nós estamos? (apontando para o chão: consultório, dormitório, sala) ____
 Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa) ____
 Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? ____
 Em que cidade nós estamos? ____
 Em que estado nós estamos? ____
 (1 ponto para cada resposta correta) **Total de pontos:** ____

Memória imediata

Vou lhe dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir (OBS: use palavras não relacionadas): ____; ____; ____
 (1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1 vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). **Total de pontos:** ____

Cálculo

Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:
 100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7: ____; ____; ____; ____; ____.
 (1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige). **Total de pontos:** ____

Evocação das palavras

Há alguns minutos, o Sr (a) repetiu uma série de três palavras.
 Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra. ____; ____; ____ (1 ponto para cada) **Total de pontos:** ____

Nomeação

Aponte para dois objetos e peça pra nomeá-los. ____; ____
 (1 ponto para cada) **Total de pontos:** ____

Repetição

Repita a frase que eu vou lhe dizer (pronunciar em voz alta, bem articulada e lentamente) “NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ”. Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto) **Total de pontos:** ____

Comando

Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto).
 Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas. ____; ____; ____ **Total de pontos:** ____

Leitura

Dê ao entrevistado uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: “FECHE OS OLHOS”.
 Diga-lhe: leia este papel e faça o que está escrito (1 ponto). Não auxilie, se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando. **Total de pontos:** ____

Frase

Pedir ao entrevistado que escreva uma frase em um papel em branco. 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 (1 ponto). Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos. **Total de pontos:** ____

Cópia do desenho

Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto) **Total de pontos:** ____

PONTUAÇÃO TOTAL:

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto da sobrecarga e da depressão na qualidade de vida dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar

Pesquisador: Paula Afonso Rodrigues de Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53413421.6.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.267.944

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

O aumento da prevalência de doenças crônicas incapacitantes na população idosa têm sido um grande desafio para os governos, para os familiares e para a sociedade. Nesse contexto, destaca-se a participação do cuidador, ou seja, o indivíduo responsável por prestar cuidados voltados às necessidades básicas, sociais e de reabilitação em domicílio. O ato de cuidar é uma tarefa complexa, que exige competências e que apresenta obstáculos capazes de interferir na qualidade de vida do cuidador. **Objetivo:** Avaliar o impacto da sobrecarga e da depressão na qualidade de vida dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar. **Métodos:** A coleta de dados será realizada através da aplicação de um formulário para análise do perfil sociodemográfico do cuidador, além da utilização da Escala de Zarit, do Inventário de Depressão de Beck e da versão reduzida do questionário da World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL-bref). Para análise estatística será utilizado o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 20). Na caracterização dos cuidadores de idosos serão realizadas análises descritivas por meio de medidas de frequência, tendência central e dispersão. A normalidade das variáveis contínuas será verificada pelo teste Kolmogorov-Smirnov. Para associação entre as variáveis independentes com os escores de qualidade de vida se utilizará a ANOVA (Analysis of Variance), o Teste T de Student e testes não paramétricos. Para análise multivariada será utilizada

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br



UFJF - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA -
MG



Continuação do Parecer: 5.267.944

a regressão linear. Resultados: Espera-se estabelecer o perfil e as demandas na qualidade de vida dos cuidadores.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto da sobrecarga e da presença dos sintomas sugestivos de depressão na qualidade de vida dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar.

Objetivo Secundário:

- Analisar as variáveis do perfil do cuidador de idoso em atendimento domiciliar, que apresentam maior correlação com prevalência de sobrecarga e de sintomas sugestivos de depressão;
- Rastrear sintomas sugestivos de depressão no grupo dos cuidadores;
- Quantificar a sobrecarga a qual os cuidadores domiciliares de idosos estão submetidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos mínimos já que o preenchimento dos questionários apresenta risco de ordem biopsicossocial. Em relação análise de dados, será resguardado o sigilo sobre a identificação e as informações referentes ao participante, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. A participação para resposta dos questionários será voluntária, com possibilidade de interrupção ou cancelamento da entrevista em qualquer momento, sem prejuízo da assistência domiciliar prestada.

Benefícios:

Há benefícios diretos aos participantes ao se fazer o rastreio de sintomas sugestivos de depressão no cuidador, pois o emprego do Inventário de Depressão de Beck traz como vantagem a triagem e a avaliação da intensidade do quadro.

- Os dados do rastreio de sintomas sugestivos de depressão no cuidador servirão de subsídio para propor uma política de intervenção precoce; - Estimular a criação de ações complementares visando a capacitação e melhorias na qualidade de vida desses cuidadores.

Riscos e benefícios descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e benefícios esperados estão adequadamente descritos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução

CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.267.944

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentação do protocolo de pesquisa se apresente em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos obrigatórios são apresentados, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 e na Resolução CNS 466 de 2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 30/01/2023.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1836833.pdf	09/02/2022 23:10:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_fev22.docx	09/02/2022 23:09:24	Paula Afonso Rodrigues de Carvalho	Aceito
Outros	Questionarios_CEP_fev22.docx	09/02/2022 23:06:47	Paula Afonso Rodrigues de Carvalho	Aceito
Outros	Termo_confabilidade_e_sigilo.pdf	18/11/2021 10:12:45	Paula Afonso Rodrigues de Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_CEPfinal.docx	18/11/2021 10:06:24	Paula Afonso Rodrigues de	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER SN
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32) 102-3788 **E-mail:** cep.propp@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 5.267.944

Justificativa de Ausência	TCLE_CEPfinal.docx	18/11/2021 10:06:24	Carvalho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_infraestrututura.pdf	15/10/2021 23:53:56	Paula Afonso Rodrigues de Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rostoassinada.pdf	15/10/2021 23:50:25	Paula Afonso Rodrigues de Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 01 de Março de 2022

Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32) 102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.edu.br

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa "Impacto da sobrecarga e da depressão na qualidade de vida dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar". O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é reconhecer que ato de cuidar de pacientes idosos dependentes em atendimento em casa é um trabalho difícil e que apresenta obstáculos capazes de interferir na qualidade de vida do cuidador. Nesta pesquisa pretendemos conhecer o perfil dos cuidadores da cidade de Juiz de Fora e identificar a interferência da sobrecarga e da depressão na qualidade de vida desses indivíduos.

Caso você concorde em participar, será necessário responder a um questionário para caracterização do cuidador e do paciente, além de 3 questionários com "marcação de x", sendo 1 de avaliação de sobrecarga (22 perguntas), 1 de avaliação de depressão (21 perguntas) e 1 sobre qualidade de vida contendo outras 28 questões. Esta pesquisa apresenta riscos mínimos já que se faz através do preenchimento de questionários com perguntas de ordem biopsicossocial, ou seja, nas dimensões física, mental e social. A pesquisa pode ajudar a criação de ações complementares visando a capacitação e melhorias na qualidade de vida dos cuidadores de idosos em atendimento domiciliar.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Paula Afonso Rodrigues de Carvalho
Campus Universitário da UFJF
Faculdade de Medicina|Departamento de Saúde Coletiva
CEP: 36036-900
Fone: (32) 98808-0575
E-mail: drapaulaafonso@gmail.com

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: _____
 Rubrica do pesquisador: _____

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do Brasil. Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF
 Campus Universitário da UFJF

~~Pró-Reitoria~~ de Pós-Graduação e Pesquisa
 CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102-3788 / E-mail: cep.propp@uff.edu.br

ANEXO D – Escala de ZaritBurden Interview (ZBI)

ESCALA DE ZARIT

INSTRUÇÕES: Esta escala não deve ser realizada na presença do idoso.

A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira. Não existem respostas certas ou erradas.

nunca=0 raramente=1 algumas vezes=2 frequentemente=3 sempre=4

1. O Sr/Sra sente que S* precisa de mais ajuda do que ele (ela) necessita? ____
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S*, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)? ____
3. O Sr/Sra sente estressado(a) em cuidar de S* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho? ____
4. O Sr/Sra sente envergonhado (a) com o comportamento de S*? ____
5. O Sr/Sra sente irritado (a) quando S* está por perto? ____
6. O Sr/Sra sente que S* afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos? ____
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S*? ____
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra? ____
9. O Sr/Sra sente tenso(a) quando S está por perto? ____
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S? ____
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S? ____
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S? ____
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de visitar em casa, por causa de S? ____
14. O Sr/Sra sente que se espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/elapode depender? ____
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas? ____
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo? ____
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle de suas vidas desde a doença de S? ____
18. O Sr/Sra gostaria simplesmente de deixar que outra pessoa cuidasse de S? ____
19. O Sr/Sra sente em dúvida sobre o que fazer por S? ____
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S? ____
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S? ____
22. De umamaneirageral, quanto o Sr/Sra sente sobrecarregado(a) por cuidar de S**? ____

nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4

*Notexto S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista, o entrevistado usa o nome desta pessoa.

**Neste item as respostas são: nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4.

ANEXO E – Inventário de Depressão de Beck

BDI-II

Inventário de Depressão de Beck

Folha de Aplicação/Respostas

Nome: _____

RG: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Local de Nascimento: _____/_____/_____
dia mês ano Cidade Estado País

Idade: _____ Sexo: M () F () Escolaridade: _____

Curso/Série: _____ Escola/Instituição: _____ Públ. () Priv. ()

Ocupação: _____ Data da Aplicação: ____/____/_____
dia mês ano

Aplicador: _____

Autorizo uso sigiloso em pesquisa: _____
assinatura

Instruções:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois, escolha uma frase de cada grupo, que melhor descreve o modo como você tem se sentido nas **duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje**. Faça um círculo em volta do número (0, 1, 2 ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e o item 18 (alterações de apetite).



BDI-II. Copyright © 1996 NCS Pearson, Inc.
 Brazilian adaptation Copyright © 2011 NCS Pearson, Inc. All rights reserved. No part
 of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means,
 electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage
 and retrieval system, without permission in writing from NCS Pearson, Inc.



© 2011 Casapsi Livraria e Editora Ltda
 É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
 qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
 Av. Francisco Matarazzo, 1500 - Conjunto 51- Ed. New York
 Centro Empresarial Água Branca - CEP 05001-100
 Tel. Fax: (11) 3672 1240 – www.casapsipsicologo.com.br

A presente Folha de Aplicação/Respostas
 é impressa em cores.
 Caso discorde de sua autenticidade,
 ligue para (11) 3672.1240

<p>1. Tristeza</p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2. Pessimismo</p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p>3. Fracasso passado</p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p>4. Perda de prazer</p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p>5. Sentimentos de culpa</p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p> <p>6. Sentimentos de punição</p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p>	<p>7. Auto-estima</p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p>9. Pensamentos ou desejos suicidas</p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10. -Choro</p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p> <p>11. Agitação</p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).</p> <p>3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p> <p>12. Perda de interesse</p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.</p> <p>3 É difícil me interessar por alguma coisa.</p>
--	---

<p>13. Indecisão</p> <p>0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.</p> <p>1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.</p> <p>2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.</p> <p>3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.</p> <p>14. Desvalorização</p> <p>0 Não me sinto sem valor.</p> <p>1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.</p> <p>2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.</p> <p>3 Eu me sinto completamente sem valor.</p> <p>15. Falta de energia</p> <p>0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.</p> <p>1 Tenho menos energia do que costumava ter.</p> <p>2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.</p> <p>3 Não tenho energia suficiente para nada.</p> <p>16. Alterações no padrão de sono</p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.</p> <p>1a Durmo um pouco mais do que o habitual.</p> <p>1b Durmo um pouco menos do que o habitual.</p> <p>2a Durmo muito mais do que o habitual.</p> <p>2b Durmo muito menos do que o habitual.</p> <p>3a Durmo a maior parte do dia.</p> <p>3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.</p> <p>17. Irritabilidade</p> <p>0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.</p> <p>3 Fico irritado(a) o tempo todo.</p>	<p>18. Alterações de apetite</p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.</p> <p>1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.</p> <p>1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.</p> <p>2a Meu apetite está muito menor do que antes.</p> <p>2b Meu apetite está muito maior do que antes.</p> <p>3a Não tenho nenhum apetite.</p> <p>3b Quero comer o tempo todo.</p> <p>19. Dificuldade de concentração</p> <p>0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.</p> <p>1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.</p> <p>2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.</p> <p>3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.</p> <p>20. Cansaço ou fadiga</p> <p>0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual.</p> <p>2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.</p> <p>3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.</p> <p>21. Perda de interesse por sexo</p> <p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.</p> <p>2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
--	--

Subtotal da página 1 Subtotal da página 2 Subtotal da página 2 Pontuação total

Síntese Final: _____

PEARSON

BDI-II. Copyright © 1996 NCS Pearson, Inc.
Brazilian adaptation Copyright © 2011 NCS Pearson, Inc. All rights reserved. No part
of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means,
electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage
and retrieval system, without permission in writing from NCS Pearson, Inc.



© 2011 Casapsi Livraria e Editora Ltda
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
Av. Francisco Matarazzo, 1500 - Conjunto 51- Ed. New York
Centro Empresarial Água Branca - CEP 05001-100
Tel. Fax: (11) 3672 1240 - www.casadopsicologo.com.br

ANEXO F – WHOQOL-bref

WHOQOL-BREF

INSTRUÇÕES: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e diga-me qual parece a melhor resposta

		muito ruim	ruim	Nem ruim nem boa	boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	insatisfeito	Nem satisfeito e nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

		nada	Muito pouco	Mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem se sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas duas últimas semanas

		nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas

		Muito ruim	ruim	Nem ruim nem bom	bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as	1	2	3	4	5

	atividades do seu dia a dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	Muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5