



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS
Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS
Curso de Graduação em Enfermagem



**Avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos assistidos na Atenção
Domiciliar: um recorte no DF**

BRASÍLIA

2018

Ana Teresa Cardoso Bezerra

Avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos assistidos na Atenção Domiciliar: um recorte no DF

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde do Distrito Federal sob Orientação de Valdenisia Apolinário Alencar.

Área de Concentração:

Políticas Públicas de Saúde

Linha de Pesquisa:

Atenção à saúde do adulto e idoso

Atenção Domiciliar

BRASÍLIA

2018

RESUMO

Objetivo: Conhecer o perfil sócio-demográfico e clínico-assistencial de idosos e cuidadores informais, a funcionalidade de idosos e se há sobrecarga dos cuidadores informais destes idosos assistidos pela Atenção Domiciliar na cidade de São Sebastião da Região Leste de Saúde do Distrito Federal. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, observacional, descritivo, documental do tipo transversal, envolvendo 15 idosos e seus respectivos cuidadores, totalizando 30 pessoas. A pesquisa foi realizada em um Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD), localizado no Distrito Federal. Para a coleta de dados do perfil do idoso e do cuidador foram utilizados questionários semiestruturados elaborados pelos pesquisadores, baseados em análise documental da assistência prestada aos idosos ativos na Atenção Domiciliar. Aplicou-se o Índice de Katz Modificado para verificar a funcionalidade do idoso e a Escala de Zarit Reduzida para identificar se há sobrecarga do cuidador. Utilizou-se para a tabulação de dados o programa Microsoft Excel versão 2016. **Resultados:** Observou-se a prevalência de idosos homens (73%), com idade entre 60 a 69 anos (53%), casados (53%), com baixa escolaridade (47%), aposentados (60%), com renda familiar de 1 salário mínimo (27%). O perfil clínico evidenciou no total 63 patologias distribuídas na população de idosos, com prevalência da Disfagia (67%) e do uso do dispositivo alimentar Gastrostomia (33%). A principal modalidade assistencial foi a AD2 (60%), revelando majoritariamente a média complexidade no perfil dos idosos. Quanto a via de acesso ao NRAD destacou-se a desospitalização formal (67%). O perfil do cuidador apresentou a prevalência de mulheres (100%), casadas (67%), filhas (40%), com idade entre 50 a 60 anos (47%), com Ensino Médio Completo (40%), que exercem serviços autônomos e do lar (47%). A maioria residem com o idoso (93%) e dispõem de 24h para o cuidado diário (67%). No perfil clínico verificou-se que 73% dos cuidadores apresentam alguma doença de base. O Índice de Katz evidenciou a prevalência de idosos muito dependentes (80%), e a Escala de Zarit revelou a sobrecarga grave do cuidador (87%). **Conclusão:** Percebe-se a relação entre os fatores sócio-demográfico e clínico-assistencial, além do Índice de Katz e Escala de Zarit, demonstrando que quanto maior a incapacidade funcional do idoso, maior será a sobrecarga do cuidador, repercutindo em sua saúde física e mental. É necessário maior atenção quanto ao processo de envelhecimento através de ações com enfoque na prevenção e promoção da saúde do idoso, a fim de que a sua capacidade funcional seja mantida. Além disso, é

importante que sejam implementadas políticas públicas que visem a saúde do cuidador, contribuindo para a redução de sua sobrecarga e melhora na qualidade de vida. Somando-se a esse aspecto, torna-se também necessário a elaboração de estratégias que alcancem simultaneamente o idoso dependente e seu cuidador, para que sejam garantidos os princípios da equidade e resolutividade.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar, Saúde do Idoso, Cuidador, Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: To know the socio-demographic and clinical-assistance profile of the elderly and informal caregivers, the functionality of the elderly and if there is overload of the informal caregivers of these elderly people assisted by Home Care in one city of Federal District in Brazil . **Methodology:** This is a quantitative, observational, descriptive, cross-sectional documentary study involving 15 elderly people and their respective caregivers, totaling 30 people. The research was carried out at the Regional Center for Home Care (NRAD), located in the Federal District. To collect data on the profile of the elderly and the caregiver, semi-structured questionnaires were elaborated by the researchers, based on documentary analysis of the care given to the elderly active in Home Care. The Modified Katz Index was applied to verify the functionality of the elderly and the Reduced Zarit Scale to identify if there is overload of the caregiver. The Microsoft Excel version 2016 program was used for data tabulation. **Results:** The prevalence of elderly men (73%), aged 60-69 years (53%), married (53%), low schooling (47%), retirees (60%) of 1 minimum wage (27%). The clinical profile showed a total of 63 pathologies distributed in the elderly population, with dysphagia prevalence (67%) and use of the alimentary tract Gastrostomy (33%). The main care modality was AD2 (60%), mostly revealing the average complexity in the profile of the elderly. Regarding the access route to the NRAD, formal de-hospitalization (67%) was highlighted. The profile of the caregiver presented the prevalence of women (100%), married (67%), daughters (40%), aged between 50 and 60 years old (47%), and home (47%). Most of them live with the elderly (93%) and have 24 hours for daily care (67%). In the clinical profile, it was found that 73% of the caregivers had some

underlying disease. The Katz Index evidenced the prevalence of highly dependent elderly (80%), and the Zarit Scale revealed severe caregiver overload (87%).

Conclusion: The relationship between socio-demographic and clinical-care factors, in addition to the Katz Index and Zarit Scale, is shown, demonstrating that the greater the functional disability of the elderly, the greater the burden on the caregiver, with repercussions on their physical health and mental. More attention is needed on the aging process through actions focused on prevention and health promotion of the elderly, so that their functional capacity is maintained. In addition, it is important to implement public policies aimed at the health of the caregiver, contributing to reduce their burden and improve the quality of life. In addition, it is also necessary to devise strategies that simultaneously reach the dependent elderly and their caregiver, so that the principles of equity and resolve are guaranteed.

Keywords: Home Care, Elderly Care, Caregiver, Geriatric Nursing

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição das características sócio-demográficas dos idosos na AD. Brasília/DF, 2018.	16
Tabela 2: Distribuição das características sócio-demográficas dos cuidadores entrevistados. Brasília/DF, 2018.	17
Tabela 3: Distribuição das patologias na população de idosos na AD. Brasília/DF, 2018.	17
Tabela 4: Dispositivos utilizados pelos idosos em acompanhamento domiciliar. Brasília/DF, 2018.	18
Tabela 5: Modalidade assistencial de idosos na AD. Brasília/DF, 2018.	19
Tabela 6: Acesso de idosos ao SAD. Brasília/DF, 2018;	19
Tabela 7: Distribuição de patologias presentes nos cuidadores informais. Brasília/DF, 2018.	19
Tabela 8: Tempo de cuidado ao idoso (em anos). Brasília/DF, 2018.	21
Tabela 9: Horas de cuidado diário ao idoso. Brasília/DF, 2018.....	21
Tabela 10: Avaliação da funcionalidade dos idosos na AD e da sobrecarga dos cuidadores. Brasília/DF, 2018.	21

SUMÁRIO

1. Introdução	9
2. Revisão de literatura	10
2.1 Idoso e envelhecimento populacional.....	10
2.2 Atenção domiciliar.....	11
2.3 Cuidador e sobrecarga do cuidado.....	11
2.4 Instrumento de avaliação da sobrecarga do cuidador informal – Escala de Zarit.....	12
2.5 Instrumento de avaliação da funcionalidade do idoso – Índice de Katz.....	13
3. Objetivos	14
3.1 Objetivos primário.....	14
3.2 Objetivos secundários	14
4. Metodologia	15
5. Resultados	16
5.1 Perfil sócio-demográfico do idoso assistido na AD	16
5.2 Perfil sócio-demográfico do cuidador informal do idoso na AD	16
5.3 Perfil clínico do idoso assistido na AD	17
5.4 Perfil clínico do cuidador informal do idoso na AD	19
5.5 Aplicação do Índice de Katz e da Escala de Zarit	21
6. Discussão	23
6.1 Perfil sócio-demográfico do idoso na AD e do cuidador informal.....	23
6.2 Perfil clínico do idoso na AD e do cuidador informal.....	24
6.3 Funcionalidade do idoso pelo Índice de Katz e sobrecarga do cuidador pela Escala de Zarit	26
7. Conclusão	28
8. Referências	29
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	35
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Responsável	36
APÊNDICE C – Questionário – Perfil do cuidador informal de idoso	38

APÊNDICE D – Questionário – Perfil do idoso assistido na AD.....	39
ANEXO 1: Escala de Zarit Reduzida.....	40
ANEXO 2: Índice de Katz modificado por The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1918.	41
ANEXO 3: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FEPECS.....	42

1. INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente o Brasil conta com uma população idosa com idade igual ou superior a 65 anos correspondente à 19,2 milhões de pessoas (9,2% da população), com estimativa de alcançar em 2060 cerca de 58,2 milhões de idosos (25,5% da população) ⁽¹⁾. Associado ao processo de transição demográfica resultante do processo de envelhecimento populacional, nota-se também a transição no perfil epidemiológico, caracterizado pela alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), comprometendo a capacidade funcional de idosos, que passam a depender de cuidados permanentes ⁽²⁻³⁾.

A implementação da Atenção Domiciliar mundialmente vem acompanhando as mudanças demográficas e epidemiológicas, e está associada a redução de custos para os sistemas de saúde e à racionalização do uso de leitos hospitalares, além de estabelecer o cuidado humanizado ⁽⁴⁾. Sendo assim, a AD é uma ferramenta para garantir ou complementar a assistência hospitalar, oportunizando o tratamento, reabilitação e prevenção de agravos, visando a aumento da autonomia do indivíduo, família e cuidado ⁽⁵⁾.

Conforme aumenta a debilidade e a dependência do idoso, as atribuições no ato de cuidar podem exigir maiores esforços do cuidador para suprir as necessidades do idoso, podendo gerar no cuidador o aumento da vulnerabilidade, desgastes físicos, psicológicos e/ou sociais ⁽⁷⁾.

O cuidador informal, geralmente um familiar, surge como recurso para a desospitalização, mas não necessariamente o foco de atenção da equipe de saúde. Espera-se que o mesmo execute cuidados sem preparação prévia, os quais seriam de responsabilidade dos profissionais no ambiente hospitalar ou comunitário ^(6,8).

Diante desses aspectos, é necessário considerar que o cuidador também pode estar necessitando de auxílio e apoio para desempenhar o cuidado, sendo assim, merecedor de atenção e cuidado por parte dos profissionais de saúde ⁽⁸⁾. Portanto, torna-se necessário a elaboração de estudos relacionados principalmente aos fatores que levam o cuidador a adoecer e as suas necessidades de saúde, considerando o suporte à essa população um novo desafio para o sistema de saúde do Brasil atualmente ⁽²⁾.

Considerando a importância do seu papel na assistência ao idoso dependente, o estudo em questão teve por objetivo identificar os principais fatores que influenciam na

sobrecarga do cuidador informal de idoso atendido pela AD da cidade de São Sebastião, a qual compõe parte da Região Leste de Saúde do Distrito Federal.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Idoso e envelhecimento populacional

Para a Organização das Nações Unidas – ONU, o ser idoso difere em países desenvolvidos, em que são consideradas pessoas com 65 anos de idade ou mais, e em países em desenvolvimento, onde os idosos são considerados com idade a partir de 60 anos, como é o caso do Brasil ⁽³¹⁻³²⁾.

Os avanços na área da saúde, a melhoria nas condições de vida da população e a queda das taxas de fecundidade e mortalidade são fatores de grande relevância no entendimento do processo de envelhecimento mundial. Tanto países desenvolvidos quanto em desenvolvimento têm enfrentado essa realidade, que constitui um dos maiores desafios da saúde pública ⁽³³⁾.

Segundo o IBGE, o número de idosos com 60 anos ou mais de idade passou de 14,8 milhões em 1999 para aproximadamente 20,6 milhões em 2010 (11% da população) ⁽³⁴⁾. Em paralelo ao processo de transição demográfica, o Brasil está passando pelo processo de transição epidemiológica, evidenciado pela alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, perdas cognitivas, declínio sensorial, acidentes e isolamento social, que causam dependência funcional nos idosos ⁽²⁾.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, que possui como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, principalmente para aqueles em situação de vulnerabilidade, define o conceito de idoso frágil ou em situação de fragilidade como sendo aquele que:

“Vive em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros –, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade. Outros critérios poderão ser acrescidos ou modificados de acordo com as realidades locais.”

Uma vez conhecida a condição de fragilidade, será necessário avaliar os recursos locais para lidar com ela, de modo a facilitar o cuidado domiciliar, incluir o cuidador como um parceiro da equipe de cuidados, fomentar uma rede de solidariedade para com o idoso frágil e sua família, bem como promover a sua a reinserção na comunidade ⁽³⁵⁾. Verifica-se que a própria PNSPI claramente ratifica a necessidade de cuidado adequado à pessoa idosa em situação de fragilidade, apontando o cuidado domiciliar como uma das estratégias para atender essa população.

2.2 Atenção domiciliar

O termo “assistência domiciliar” vem do inglês home care e significa cuidado do lar. Pode ser definido como um “conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem desenvolvidos no domicílio do paciente, que abrange ações de saúde desenvolvidas por equipe multiprofissional a todos os indivíduos em diversas faixas etárias” ⁽¹⁸⁾.

A AD está em expansão no Brasil e mundialmente, pois favorece novas formas de produzir o cuidado e a atuação interdisciplinar, como alternativa à internação hospitalar, reduzindo custos e riscos de complicações relacionadas a esse ambiente. Portanto, tem sido reconhecida como espaço favorável para propiciar assistência com foco nas demandas e necessidades do usuário ⁽²⁷⁾.

Vale destacar, contudo, que esta expansão ocorre de forma heterogênea, devido as diferenças no contexto político e nos sistemas de saúde entre os países, além das especificidades socioeconômicas e culturais, que influenciam na forma de ofertar o cuidado domiciliar ⁽⁴⁾.

A norma que aborda sobre a AD no Brasil aponta condicionalidades para que o indivíduo seja assistido em seu domicílio, sendo assim classificada como modalidade de atenção domiciliar, e categorizada segundo a complexidade, podendo o paciente ser classificado como menor complexidade (AD1), até a maior complexidade (AD3) ⁽³⁶⁾.

2.3 Cuidador e sobrecarga do cuidado

Conforme a Portaria nº. 825/2016, o cuidador é “pessoa(s), com ou sem vínculo familiar com o usuário, apta(s) para auxiliá-lo em suas necessidades e atividades da vida cotidiana e que, dependendo da condição funcional e clínica do usuário, deverá(ão) estar presente(s) no atendimento domiciliar” ⁽³⁶⁾.

O cuidador tem como função acompanhar e auxiliar a pessoa no cuidado, executando somente as atividades que a pessoa não é capaz de realizá-las sozinha, ressaltando que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos de atribuição profissional, principalmente no âmbito da enfermagem⁽³⁷⁾.

Os cuidadores podem ser formais, representados pelas equipes de profissionais de saúde. Já os cuidadores informais são, muitas vezes, familiares, principalmente do sexo feminino, não remunerados, pouco assistidos e orientados pelos serviços de saúde⁽³⁸⁾.

Ao executar ações relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, o cuidador passa a ter restrições em relação à própria vida, contribuindo para o surgimento da sobrecarga e de efeitos danosos para sua vida⁽³⁾. Alguns fatores podem influenciar nos níveis mais altos de sobrecarga, como a falta de suporte social, baixa funcionalidade dos pacientes, baixa escolaridade dos pacientes e familiares e estratégias ineficientes de enfrentamento⁽³⁹⁾.

A sobrecarga envolve duas dimensões, sendo a dimensão objetiva relacionada ao cuidado prestado e sua supervisão, assim como às perturbações e às limitações impostas à vida social e profissional do familiar, e às questões financeiras, enquanto a dimensão subjetiva refere-se à compreensão e à afeição dos familiares, às preocupações a respeito do paciente, à sensação de estar carregando um peso e ao desconforto no exercício de cuidar⁽³⁹⁾.

Atualmente, os cuidadores informais vêm sendo considerados recursos a serviço da pessoa adoecida, mas não necessariamente o foco de atenção. Nesse contexto, é importante maior atenção dos profissionais de saúde, pois este pode estar em situação de vulnerabilidade, necessitando também de cuidados⁽⁸⁾.

2.4 Instrumento de avaliação da sobrecarga do cuidador informal – Escala de Zarit

Para avaliar a presença de sobrecarga é aplicada a Escala de Sobrecarga do Cuidador – Zarit. Trata-se de uma avaliação padronizada e validada para o Brasil por Scazufca (2002), que verifica o quanto as atividades de cuidado causam impacto sobre a vida social, o bem-estar físico e emocional e as finanças do cuidador⁽⁴⁰⁾.

Entretanto, para a realização da pesquisa será utilizada a Escala de Zarit Reduzida, também validada no Brasil, a qual está presente no Caderno de Atenção

Domiciliar do Ministério da Saúde, recomendada para o uso no serviço de AD do Brasil.

É composta por 7 questões, onde cada resposta tem a pontuação de 1 a 5 pontos, indicando a frequência (nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente, quase sempre). A avaliação do grau de sobrecarga consiste na soma dos pontos obtidos em cada questão, sendo classificada como leve (até 14 pontos), moderada (15 a 21 pontos) e grave (acima de 22 pontos).

2.5 Instrumento de avaliação da funcionalidade do idoso – Índice de Katz

Para tratar de sobrecarga é necessário lançar o olhar sobre o idoso, compreendendo sua funcionalidade, para que seja traçado um plano de cuidados adequado, além disso, contemplar esse cidadão por meio de políticas de saúde.

Nesse contexto, a avaliação funcional é considerada primordial para estabelecer o diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico que nortearão o plano terapêutico, pois clarifica amplamente as necessidades do idoso.

Existem vários instrumentos que auxiliam na avaliação funcional do idoso, dentre eles encontra-se o Índice de Katz, também conhecido como Índice de Atividades Básicas de Vida Diária (IABVD). Foi desenvolvido por Sidney Katz e seus colaboradores, sendo a sua primeira versão publicada em 1963, a qual ainda é utilizada por sua fácil aplicabilidade.

O Índice de Katz avalia as Atividades de Vida Diária (AVD), organizadas hierarquicamente para mensurar a capacidade funcional no desempenho de seis funções: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se ⁽⁴¹⁾. Quanto menor a pontuação, maior será a dependência. Quando há comprometimento da funcionalidade surge a figura do cuidador, essencial para a vida do idoso dependente.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo primário

Conhecer o perfil sócio-demográfico e clínico-assistencial de idosos e cuidadores informais, a funcionalidade de idosos e se há sobrecarga dos cuidadores informais destes idosos assistidos pela Atenção Domiciliar em uma cidade do Distrito Federal.

3.2 Objetivos secundários

- Conhecer o perfil sócio-demográfico dos idosos e seus cuidadores informais na AD do NRAD de uma cidade do DF;
- Conhecer o perfil clínico dos idosos e seus cuidadores no NRAD de uma cidade do DF;
- Verificar a via de entrada do idoso na AD em uma cidade do DF;
- Verificar a funcionalidade de idosos assistidos na AD pela aplicação do Índice de Katz;
- Apreçar se há sobrecarga de cuidadores pela aplicação da Escala de Zarit aos cuidadores informais de idosos atendidos na Adem uma cidade do DF.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, observacional, descritivo, documental do tipo transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) sob o parecer n° 2.833.055 de 21 de agosto de 2018 (ANEXO 3) conforme a Resolução n° 466/2012 e n° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro em um NRAD, localizado no DF, envolvendo 15 idosos e seus respectivos cuidadores, totalizando 30 pessoas.

Os critérios de inclusão consistiram em: idosos com idade a partir de 60 anos ativos no NRAD (em acompanhamento no período da coleta) e seus cuidadores informais que assinaram o TCLE, e cuidadores que exercem o cuidado há pelo menos 2 meses. Foram excluídos da pesquisa pessoas com idade inferior a 60 anos, que não assinaram o TCLE do idoso/cuidador, prontuários não localizados, cuidadores com vínculo formal, cuidador que não seja o principal responsável pelos cuidados e com tempo de prestação de cuidado inferior há 2 meses.

Para a coleta de dados sócio-demográfico e clínico-assistencial utilizou-se dois questionários semiestruturados elaborados pelos pesquisadores, além da análise documental do Sistema de Informação à Saúde do NRAD.

A avaliação da funcionalidade do idoso consistiu na aplicação do Índice de Katz Modificado, o qual avalia o desempenho de 6 Atividades de Vida Diária, organizadas para mensurar a capacidade funcional, sendo elas: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Cada questão vale 1 ponto. Quanto menor a pontuação total maior será a dependência.

Para avaliar a presença de sobrecarga do cuidador foi aplicada a Escala de Zarit Reduzida, disposta em 7 questões, onde cada resposta tem a pontuação de 1 a 5 pontos,

indicando a frequência (nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente, quase sempre). A soma dos pontos obtidos em cada questão é classificada como leve (até 14 pontos), moderada (15 a 21 pontos) e grave (acima de 22 pontos). Ambos instrumentos possuem versão adaptada e validada no Brasil, sendo recomendados para o uso pelo Ministério da Saúde.

Foram seguidos preceitos éticos que regem a pesquisa científica no Brasil, com a assinatura do TCLE conforme preconizado. Utilizou-se para a tabulação de dados o programa Microsoft Excel versão 2016.

5. RESULTADOS

5.1 Perfil sócio-demográfico do idoso assistido na AD

Observou-se a prevalência de idosos do sexo masculino (73%), com idade entre 60 a 69 anos (53%), casados (53%), com baixa escolaridade (47%), renda familiar de 1 salário mínimo (27%) e principal fonte de renda a aposentadoria (60%) (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição das características sócio-demográficas dos idosos na AD. Brasília/DF, 2018.

Distribuição das variáveis qualitativas	N	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	11	73%
Feminino	4	27%
<i>Idade</i>		
60 a 69 anos	8	53%
70 a 79 anos	4	27%
≥80 anos	3	20%
<i>Estado civil</i>		
Solteiro	3	20%
Casado	8	53%
Divorciado	1	7%
Viúvo	3	20%
<i>Escolaridade</i>		
Não alfabetizado/Alfabetizado	7	47%
Ensino Fundamental Incompleto	2	13%
Ensino Fundamental Completo	3	20%
Ensino Médio Completo	3	20%
<i>Renda familiar (em SM)*</i>		
1 SM	4	27%
1,5 SM	2	13%
2 SM	3	20%
3 SM	2	13%
Não informado	4	27%
<i>Fonte de renda</i>		
Aposentadoria	9	60%

BPC**	4	27%
Sem fonte de renda	2	13%
Total	15	100%

*Conforme IBGE: salário mínimo R\$ 954,00

**BPC: Benefício de Prestação Continuada

5.2 Perfil sócio-demográfico do cuidador informal do idoso na AD

A análise do cuidador informal revelou prevalência de cuidadoras do sexo feminino (100%), casadas (67%), filhas (40%), com idade entre 50 a 60 anos (47%), com Ensino Médio Completo (40%). Em relação a atividade laboral, houve empate entre serviço autônomo e do lar (47%), sendo que a maioria residem com o idoso (93%) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das características sócio-demográficas dos cuidadores entrevistados. Brasília/DF, 2018.

Distribuição das variáveis qualitativas	N	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	0	0
Feminino	15	100%
<i>Estado civil</i>		
Solteiro	4	27%
Casado	10	67%
Divorciado	1	6%
<i>Parentesco</i>		
Filha	6	40%
Esposa	5	33%
Irmã	3	20%
Nora	1	7%
<i>Idade</i>		
<40 anos	2	13%
40 - 49 anos	3	20%
50 – 60 anos	7	47%
>60 anos	3	20%
<i>Escolaridade</i>		
Alfabetizado	3	20%
Ensino Fundamental Completo	4	27%
Ensino Médio Completo	6	40%
Ensino Superior Completo	2	13%
<i>Atividade laboral</i>		
Autônomo	7	47%
Servidor Público	1	6%
Do lar	7	47%
<i>Reside com o idoso</i>		
Sim	14	93%
Não	1	7%
Total	15	100%

5.3 Perfil clínico do idoso assistido na AD

As condições clínicas analisadas na população de estudo evidenciou no total 63 patologias, com uma média de 4 patologias por idoso, correspondendo ao percentual de 415%. Houve prevalência das respectivas condições de saúde: Disfagia (67%), Neoplasia (47%), Acidente Vascular Cerebral (40%) e Hipertensão Arterial Sistêmica (33%) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição das patologias na população de idosos na AD. Brasília/DF, 2018.

Distribuição das patologias no idoso	N	%
Disfagia	10	67%
Neoplasia	7	47%
Acidente Vascular Cerebral (AVC)	6	40%
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	5	33%
Diabetes Mellitus (DM)	3	20%
Demência	3	20%
Dor	3	20%
Lesão por Pressão (Úlcera de Decúbito)	4	27%
Depressão	3	20%
Cardiopatia Chagásica	2	13%
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	2	13%
Alzheimer	2	13%
Epilepsia	2	13%
Sequela de Traumatismo Craniano Encefálico(TCE)	2	13%
Insuficiência Cardíaca	1	7%
Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)	1	7%
Esquizofrenia	1	7%
Artrose	1	7%
Tireoideopatia (Hipo e Hipertireoidismo)	1	7%
Deficiência Visual	1	7%
Desnutrição	1	7%
Afasia	1	7%
Total	63	415%

A distribuição das patologias demonstrou um perfil clínico de idosos caracterizado por importante adoecimento, evidenciado pelo sinergismo de várias patologias, bem como as sequelas importantes dessas condições de saúde. Tal fato é ratificado abaixo, pelo uso de dispositivos que auxiliam na assistência à saúde, principalmente a Gastrostomia (33%), que está relacionada com a condição de saúde prevalente, a Disfagia (67%) (Tabela 4).

Tabela 4: Dispositivos utilizados pelos idosos em acompanhamento domiciliar. Brasília/DF, 2018.

Dispositivos	N	%
---------------------	----------	----------

Dispositivo respiratório		
Uso de Oxigenioterapia por Cateter Nasal	2	13%
Traqueostomia	2	13%
Dispositivo Alimentar		
Sonda Nasoenteral	3	20%
Gastrostomia	5	33%
Dispositivo Eliminatório		
Sonda Vesical de Demora	4	27%
Dispositivo urinário externo masculino	4	27%
Total	20	133%

A modalidade assistencial da AD também foi utilizada para a compreensão do perfil clínico-assistencial, a qual é prevista pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 963/2013, que define cada modalidade e prevê a programação de visitas domiciliares a serem realizadas conforme sua classificação. Notou-se que 80% dos pacientes do estudo foram categorizados em AD2 e AD3, ou seja, necessitam de maior assistência devido a sua condição de saúde (Tabela 5).

Tabela 5: Modalidade assistencial de idosos na AD. Brasília/DF, 2018.

Modalidade assistencial	N	%
AD1	3	20%
AD2	9	60%
AD3	3	20%
Total	15	100%

Para complementar o entendimento do perfil clínico-assistencial, foi verificado que a maioria dos pacientes foram encaminhados ao Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) por via formal de desospitalização (Tabela 6).

Tabela 6: Acesso de idosos ao SAD. Brasília/DF, 2018.

Via de acesso ao SAD	N	%
Desospitalização formal	6	40%
Encaminhamento APS	4	27%
Demanda espontânea	3	20%
Outros	2	13%
Total	15	100%

5.4 Perfil clínico do cuidador informal do idoso na AD

A avaliação do perfil clínico identificou que dos 15 cuidadores, 11 apresentaram alguma doença de base (73%) e 4 deles negam problemas de saúde (27%). O presente

estudo revelou ainda que há cuidadores que possuem até 4 problemas de saúde. As comorbidades foram distribuídas por condições de saúde, sendo considerada a condição primária a primeira doença referida pelo cuidador. As condições de saúde seguintes seguiram a mesma lógica. (Tabela 7).

Tabela 7: Distribuição de patologias presentes nos cuidadores informais. Brasília/DF, 2018.

Distribuição do perfil clínico	N	%
<i>Condição primária</i>		
HAS	5	46%
Depressão	4	36%
DM	2	18%
Total Condição Primária	11	100%
<i>Condição Secundária</i>		
Depressão	1	25%
Ansiedade	1	25%
DM	1	25%
Asma	1	25%
Total Condição Secundária	4	100%
<i>Condição Terciária</i>		
Obesidade	1	50%
Gastrite	1	50%
Total Condição Terciária	2	100%
<i>Condição Quaternária</i>		
Fibromialgia	1	50%
Hérnia	1	50%
Total Condição Quaternária	2	100%
Total de comorbidades associadas**	19	173%

*Dos 15 cuidadores do estudo, 11 deles (73%) apresentam alguma patologia e 4 deles negam qualquer patologia.

** Foram contabilizadas ao total 19 comorbidades nos 11 cuidadores que relataram ter alguma patologia, alguns possuem apenas uma, mas há cuidadores com até 4 doenças associadas.

Identificou-se que 46% das patologias apresentadas pertencem ao grupo das Doenças Cardiovasculares, especificamente a HAS, sendo este um dado importante quando correlacionamos o perfil clínico do cuidador informal e do idoso, pois a maioria das cuidadoras são filhas. Portanto, é um alerta quanto ao histórico familiar, lembrando que 40% dos idosos deste estudo possuem diagnóstico de seqüela de AVC.

No que tange à saúde mental, verificou-se que 54% dos cuidadores possuem diagnóstico do grupo F da Classificação Internacional de Doenças versão 10 (CID-10), que compõem os problemas de saúde relacionados a transtornos mentais e comportamentais.

Na população de estudo, 18% dos cuidadores apresentaram doenças diretamente relacionadas ao cuidado e à saúde física do cuidador, conforme apresentado nas condições quaternárias (hérnia e fibromialgia).

Outro resultado que nos permite o entendimento do perfil do cuidador é em relação ao tempo de cuidado (em anos), em que a maioria das cuidadoras executam o cuidado há mais de uma década (40%) (Tabela 8).

Tabela 8: Tempo de cuidado ao idoso (em anos). Brasília/DF, 2018.

Tempo de cuidado (em anos)	N	%
Até 2 anos	3	20%
3 a 4 anos	3	20%
7 a 9 anos	3	20%
10 a 12 anos	5	33%
28 anos	1	7%
Total	15	100%

Em relação as horas dedicadas ao cuidado diário, a maioria das cuidadoras referiram estar 24horas à disposição para o cuidado ao paciente (67%), conciliando com a execução de tarefas domésticas, e mesmo as que trabalham ajustaram suas atividades (Tabela 9).

Tabela 9: Horas de cuidado diário ao idoso. Brasília/DF, 2018.

Tempo de cuidado diário (em horas)	N	%
24 h*	10	67%
14 h	1	6%
12 h	4	27%
Total	15	100%

**Tempo que fica a disposição para o cuidado do paciente idoso.*

5.5 Aplicação do Índice de Katz e da Escala de Zarit

A avaliação da funcionalidade pela aplicação do Índice de Katz mostrou que a maioria dos idosos do estudo possuem muita dependência para a realização das

atividades diárias (80%). Em relação a Escala de Zarit, houve prevalência de cuidadores que apresentaram sobrecarga grave (87%) (Tabela 10).

Tabela 10: Avaliação da funcionalidade dos idosos na AD e da sobrecarga dos cuidadores. Brasília/DF, 2018.

Distribuição das variáveis qualitativas	N	%
<i>Índice de Katz</i>		
Independente	1	7%
Independência moderada	2	13%
Muito dependente	12	80%
<i>Escala de Zarit</i>		
Sobrecarga leve	0	0
Sobrecarga moderada	2	13%
Sobrecarga grave	13	87%
Total	15	100%

6. DISCUSSÃO

6.1 Perfil sócio-demográfico do idoso na AD e do cuidador informal

No presente estudo, verificou-se que maioria dos idosos são homens (73%), com idade entre 60 a 69 anos (53%) e casados (53%). Foram encontrados resultados diferentes em outras pesquisas, que apontaram maior prevalência de idosos do sexo feminino que recebem atendimento domiciliar^(15,17). Há associação entre maior prevalência de idosas à sua maior longevidade, resultante do processo de envelhecimento. Somando-se a esse aspecto, o índice de mortalidade é maior no sexo masculino, fato que também explica a predominância da população do sexo feminino⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Outra questão relevante é o quão jovens são os idosos na AD, pois 67% destes são classificados como idosos jovens, conforme consenso entre especialistas, que classificaram os idosos em idoso jovem (60 a 74 anos), idoso velho (75 a 84 anos) e idoso muito velho (acima de 85 anos), analisando o aspecto cronológico⁽⁴²⁾.

Quanto à escolaridade, a maioria dos idosos da pesquisa possuem baixa escolaridade (47%), com renda familiar de 1 SM (27%), e possuem como fonte de renda a aposentadoria (60%). Esses dados assemelham-se com outros estudos nacionais^(2,19). A renda e escolaridade são fatores que exercem forte influência na situação de saúde da população, pois os idosos com maior nível de escolaridade e renda possuem maior independência para o autocuidado, enquanto a população idosa com menor poder aquisitivo e intelectual estão mais suscetíveis às doenças, necessitando de maior assistência à saúde⁽²⁰⁾.

Conforme os dados analisados, observou-se que todos os cuidadores são mulheres (100%), em sua maioria casadas (67%). O predomínio da feminilização do cuidado corrobora com outras pesquisas^(7,2,9). Culturalmente destaca-se a mulher como responsável primária pelo cuidado doméstico e familiar. Embora atualmente estejam

mais presentes no mercado de trabalho, ainda é comum esperar que as mulheres assumam a função de cuidadora, resultando na redução do tempo livre, prejudicando sua vida social. Quanto ao estado civil, este pode ser um fator positivo, quando a família atua como fonte de apoio para o cuidado, ou fator negativo, gerando o acúmulo de atividades que irão contribuir para a sobrecarga do cuidador⁽¹⁰⁾.

Outro fator importante é que todas as cuidadoras possuem parentesco com o idoso. Em sua maioria são filhas (40%), com idade entre 50 e 60 anos (47%), as quais 93% residem com o idoso. Houve concordância com outras pesquisas nacionais^(8,11-12-13). Tradicionalmente, o cuidado aos mais velhos fica sob responsabilidade dos familiares, principalmente aos filhos. Ao se depararem com a nova realidade de assumir um familiar dependente, há aumento da sua vulnerabilidade, considerando que o cuidador passa a executar diversas tarefas e às vezes não conseguem gerenciá-las, resultando no acúmulo de responsabilidades e na sobrecarga^(10,12).

Quanto a escolaridade, foi evidenciado que 40% das cuidadoras possuem Ensino Médio Completo. Houve empate quanto à ocupação de cuidadoras que realizavam serviços autônomos e do lar (47%). Além disso, 60% da fonte de renda da família advém da aposentadoria do idoso, sendo que 27% recebem 1 salário-mínimo. Outros estudos que analisaram o perfil de idosos e cuidadores encontraram resultados diferentes, em que a maioria dos cuidadores estudaram de 1 a 4 anos, são do lar e recebem menos que 1 salário mínimo⁽¹⁴⁾. Em outra pesquisa, revelou-se a prevalência de cuidadores com mais de 8 anos de estudo, desempregados e sem renda⁽¹⁵⁾.

Considerando a vulnerabilidade social em que o cuidador está sujeito, a baixa escolaridade e renda dificultam no gerenciamento do cuidado, acesso e busca por serviços especializados⁽¹⁴⁾. O conceito de vulnerabilidade está associado a suscetibilidade, desvantagens para a mobilidade social, e cidadania fragilizada relacionada ao não alcance de patamares mais elevados de qualidade de vida. Portanto, percebe-se que a escolaridade contribui como fator viabilizante da mobilidade social, influenciando na produtividade e renda⁽¹⁶⁾.

6.2 Perfil clínico do idoso na AD e do cuidador informal

O perfil clínico do idosos na pesquisa apresentou prevalência da Disfagia (67%), seguido de Neoplasia (47%) e AVC (40%). Uma pesquisa internacional apresentou dados diferentes, em que as enfermidades mais frequentes foram: HAS, Osteoartrite, Enfermidade Cerebrovascular e Demência⁽²⁴⁾. Já os resultados de uma pesquisa

nacional apresentaram prevalência da HAS, seguida por DM e Insuficiência Cardíaca Congestiva ⁽²⁵⁾. Tal fato explica-se pela transição demográfica no Brasil, decorrente do processo de envelhecimento populacional, resultando em alterações no perfil de saúde da população. Atualmente percebe-se a redução da morbimortalidade por doenças infecciosas em paralelo ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis ^(2-3, 25).

A análise da condição mais prevalente no idoso, a Disfagia, é uma condição secundária a uma doença de base limitante, como a neoplasia e o AVC, considerando a relação fisiopatológica. Portanto, os achados deste estudo corroboram com os dados do atual relatório da OMS de 2018, que apontam como as principais causas de morbimortalidade mundial as doenças cardiovasculares, seguida das doenças respiratórias, demências e neoplasias ⁽⁴³⁾.

Em relação a modalidade assistencial, houve prevalência da AD2 (60%). Sendo assim, é possível afirmar que o perfil de idosos na AD está de acordo com a proposta normativa vigente (Portaria nº 825/2016), que prevê a assistência multiprofissional domiciliar para pacientes priorizando pela estabilidade clínica e de acordo com sua complexidade. Enquanto isso, os pacientes de baixa complexidade (AD1) estariam sob responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia Saúde da Família. Os pacientes mais complexos, como os estratificados como AD2 e AD3, que exigem maior periodicidade das visitas, intensidade do cuidado multiprofissional, equipamentos e insumos, estariam a cargo do Serviço de Atenção Domiciliar, ofertado pelo NRAD.

A principal via de acesso ao NRAD foi formal, pois 67% dos pacientes foram encaminhados à AD pelo fluxo de desospitalização ou encaminhamento da APS. Portanto, verificamos a concretização da integralidade (princípio preconizado pelo SUS), que garante ao usuário do sistema de saúde a continuidade da assistência. Tal evento também foi identificado em um estudo nacional, onde maioria dos pacientes foram encaminhados formalmente ao Programa de Internação Domiciliar através da clínica médica ⁽²⁶⁾.

Outros dados relevantes foram os dispositivos utilizados pela população de estudo, com média de um a dois dispositivos por paciente. Nesse contexto, destaca-se o papel do enfermeiro, pois o mesmo possui competência para o manejo adequado dos mesmos. Os enfermeiros exercem papel fundamental no cuidado ao paciente domiciliar devido aos conhecimentos específicos relacionados aos projetos terapêuticos singulares,

além de serem responsáveis pela educação em saúde ao paciente e à sua família quanto aos cuidados necessários ⁽²⁷⁾.

No perfil clínico do cuidador verificou-se que a maioria das cuidadoras apresentaram como condição primária a HAS (46%), seguida de Depressão (36%) e Diabetes Mellitus (18%). Dados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa internacional, a qual encontrou mesma ordem de prevalência do presente estudo ⁽²¹⁻²²⁾. Além dessas patologias citadas anteriormente, também identificou-se a prevalência de outras doenças, como a Artrose e problemas na coluna⁽²²⁾. Os problemas de saúde dos cuidadores podem ser devido à falta de preparo quanto aos cuidados, predispondo à sobrecarga física, além do envolvimento na prestação do cuidado que resulta na falta de tempo para si, afastando-se do autocuidado por não se atentarem às suas próprias necessidades e limitações ⁽²³⁾. Vale ressaltar sobre a forte influência do histórico familiar, em que tanto o idoso quanto o cuidador apresentam HAS. Tal fato é um alerta, pois caso não haja estratégia de saúde para esse cuidador, pode-se ter o mesmo desfecho de sequelas e incapacidades verificadas nos seus familiares.

6.3 Funcionalidade do idoso pelo Índice de Katz e sobrecarga do cuidador pela Escala de Zarit

No presente estudo, o Índice de Katz evidenciou que 80% dos idosos foram classificados como muito dependentes, assemelhando com um estudo em que a maioria dos idosos também foram categorizados como totalmente dependentes ⁽¹⁵⁾. Em outra pesquisa houve divergência, pois revelou que a maioria dos idosos apresentaram independência total (87%) ⁽³⁰⁾.

Em relação a aplicação da Escala de Zarit, revelou-se maior percentual de cuidadoras com sobrecarga grave (87%). Foram encontrados resultados diferentes em outras pesquisas nacionais, evidenciando maior prevalência da sobrecarga moderada ^(8, 28-29). A sobrecarga é definida pelos problemas sociais, físicos, psicológicos ou emocionais e financeiros apresentados pelo cuidador devido a execução do cuidado de idosos doentes ⁽³⁾. Pode-se inferir que é importante considerar a realidade em que cada cuidador está inserido, e além disso, a sua percepção, pois alguns cuidadores podem não se considerar tão sobrecarregados, apesar das dificuldades enfrentadas no cotidiano.

O nível de sobrecarga aumenta conforme o grau de dependência do paciente, pois este irá necessitar de maior assistência, sendo assim, a alta demanda de cuidados resultam na redução do tempo para o autocuidado, aumentando a ansiedade e a

sobrecarga do cuidador ⁽¹⁵⁾. Em algumas situações, o sujeito que recebe o cuidado dispõe de condições físicas e cognitivas para a execução de alguma tarefa, porém a falta de conhecimento, o medo e o sentimento de estar negligenciando fazem com que o cuidador não delegue a tarefa ⁽²⁸⁾.

A sobrecarga associada ao cuidado é considerada uma condição de risco em que os cuidadores estão expostos diariamente, portanto é necessário o planejamento e a implementação de ações de saúde no serviço em que os pacientes fazem acompanhamento, para que os cuidadores possam ser orientados e recebam o suporte necessário no que se refere às atividades cotidianas inerentes ao cuidado, contribuindo para a redução de sua sobrecarga ⁽⁸⁾.

Quando relacionamos a modalidade assistencial com o grau de funcionalidade e de sobrecarga, verificamos que 20% dos pacientes do estudo possuem baixa complexidade (AD1), sendo que exatamente 20% destes foram avaliados no Índice de Katz com grau de independência ou dependência moderada. Somando-se a esse aspecto, identificou-se 13% dos cuidadores possuem sobrecarga moderada, o que corrobora com o percentual de baixa complexidade assistencial e menor dependência. Portanto, verifica-se a afinidade entre o resultado de complexidade assistencial (AD2 e AD3) com a dependência e a sobrecarga.

Ao analisarmos a questão da sobrecarga do cuidador à luz da norma vigente (Portaria nº 825/2016) nos questionamos a respeito de uma Política Pública a ser desenhada com base no cuidador, sem garantir formalmente que este cuidador seja ofertado pelo Estado, mas exigindo da família e do usuário que providencie este ator para que, em contrapartida, o Estado ofereça o SAD. Com base nos resultados encontrados, percebe-se que não haveria uma possibilidade de cuidado ao paciente idoso sem sobrecarregar ou despersonalizar o familiar, pois este assume novas responsabilidades ao cuidar de seu ente que possui um nível de complexidade clínica considerável.

7. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu a visualização do perfil do cuidador, constituído por mulheres, em sua maioria filhas, casadas, com idade entre 50 a 60 anos, com problemas de saúde, que residem com o idoso e dispõem de tempo integral para o cuidado, embora consigam adaptar sua realidade para a execução de alguma atividade laboral.

Quanto ao perfil do idoso, em sua maioria são homens, classificados como idosos jovens, com idade entre 60 a 69 anos, casados, com renda familiar de 1 salário mínimo e possuem como principal fonte de renda a aposentadoria. No perfil clínico evidenciou-se até 4 patologias por idoso, em sua maioria relacionadas entre si. Além disso, alguns idosos fazem o uso de dispositivos devido às suas condições de saúde.

A principal modalidade assistencial foi a AD2, caracterizada por maior necessidade de saúde e maior frequência de visitas domiciliares para a realização dos cuidados pelo SAD. Identificou-se também que a principal via de acesso à AD foi formal, verificando a articulação na Rede de Atenção à Saúde.

A maioria dos idosos do presente estudo são totalmente dependentes e os cuidadores possuem sobrecarga grave. Percebe-se que há relação entre os fatores sócio-demográficos e clínico-assistenciais, além do Índice de Katz e Escala de Zarit, demonstrando que quanto maior a incapacidade funcional do idoso, maior será a sobrecarga do cuidador, repercutindo em sua saúde física e mental.

As limitações do presente estudo consistiram na dificuldade de entrar em contato com o cuidador e a sua disponibilidade para a pesquisa, pois muitos executam o cuidado integral. Apesar das limitações, acredita-se que este estudo foi importante para avaliar a sobrecarga dos cuidadores de idosos, e poderá contribuir para sua maior visibilidade, incluindo-o também na assistência, além do desenvolvimento de outras pesquisas.

Diante desses aspectos, é fundamental que a sobrecarga do cuidador seja avaliada durante as visitas domiciliares, possibilitando a elaboração de estratégias de enfrentamento para o mesmo, o que irá influenciar positivamente na prestação do cuidado ao idoso. Destaca-se também a necessidade de implementar políticas públicas que visem a saúde do cuidador, contribuindo para a redução de sua sobrecarga e melhora na qualidade de vida. Além disso, sugere-se a elaboração de estratégias que alcancem simultaneamente o idoso doente e seus cuidadores, para que seja garantido o princípio da equidade de forma resolutiva, contribuindo para uma melhor assistência à saúde.

8. REFERÊNCIAS

1. IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050: Revisão de 2018. Rio de Janeiro. 2018. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>>. Acesso em: 27 set 2018.
2. Gratão ACM, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. Rev Esc Enferm USP. 2013; 47 (1): 137-144.
3. Loureiro LSN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Sobrecarga em familiares cuidadores de idosos: associação com características do idosos e demanda de cuidado. Rev Bras Enferm. 2014; 67(2): 227-32.
4. Braga PP, Sena RR, Seixas CT, Castro EAB, Andrade AM, Silva YC. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. Ciênc.Saúde Coletiva. 2016.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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 União. 2016.

6. Fernandes CS, Angelo M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(4): 672-678.
7. Souza LR, Hanus JS, Libera LBD, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, Ceretta LB, Tuon L. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad. Saúde Colet*. 2015; 23 (2): 140-149.
8. Ballarin MLGS, Benedito AC, Krön CA, Christovam C. Perfil Sociodemográfico e Sobrecarga de Cuidadores informais de pacientes assistidos em ambulatório de Terapia Ocupacional. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*. 2016; 24 (2): 315-321.
9. Guedes AC, Pereira MG. Sobrecarga, Enfrentamento, Sintomas Físicos e Morbidade Psicológica em Cuidadores de Familiares Dependentes Funcionais. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013.
10. Silva CF, Passos VMA, Barreto SM. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2012; 15 (4): 707-731.
11. Wachholz PA, Santos RCC, Wolf LSP. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2013; 16(3):513-526.
12. Valer DB, Aires M, Fengler FL, Paskulin5 LMG. Adaptação e validação do Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(1):130-8.
13. Araujo JF, Vidal GM, Brito FN, Gonçalves DCA, Leite DKM, Dutra CDT, Pires CAA. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2013; 16(1): 149-158.

14. Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. *Rev. Bras. Geriatria. Gerontol.* 2018.
15. Brandão FSR, Costa BGS, Cavalcanti ZR, Bezerra MR, Alencar LCA, Leal MCC. Sobrecarga dos cuidadores de idosos assistidos por um serviço de Atenção Domiciliar. *Rev enferm UFPE on line.* 2017.
16. Carmo ME, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública.* 2018.
17. Wachs LS, Nunes BP, Soares MU, Facchini LA, Thumé E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cad. Saúde Pública.* 2016.
18. Carnaúba CMD, Silva TDA, Viana JF, Alves JBN, Andrade NL, Filho EMT. Caracterização clínica e epidemiológica dos pacientes em atendimento domiciliar na cidade de Maceió, AL, Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2017; 20 (3): 353-363.
19. Loureiro LSN, Fernandes MGM, Marques S, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. *Rev Esc Enferm uSP.* 2013; 47(5):1133-4.
20. Silva PAB, Santos FC, Soares SM, Silva LB. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. *Rev Fund Care Online.* 2018; 10(1): 97-105.
21. Valentín AG, Romero CG. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *GEROKOMOS* 2009; 20 (1): 15-21.
22. Leite BS, Camacho ACLF, Jacoud MVL, Santos MSAB, Assis CRC, Joaquim FL. Relação do perfil epidemiológico dos cuidadores de idosos com demência e a sobrecarga do cuidado. *Cogitare Enferm.* 2017.

23. Baptista BO, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Budó MLD, Santos NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33 (1): 147-56.
24. Bohórquez ESM, Maestre CAA, Saavedra PJO3, Jimeno HAC, Pinedo LFV. Perfil clínico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliar de Essalud en el sur de Lima Metropolitana. *Rev Soc Peru Med Interna.* 2011.
25. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011. 16 (6): 2919-2925.
26. Martelli DRB, Silva MS, Carneiro JÁ, Bonan PRF, Rodrigues LHC, Júnior HM. Internação domiciliar: o perfil dos pacientes assistidos pelo Programa HU em Casa. *Rev. Physis.* 2011; 21 (1).
27. Andrade AM, Silva KL, Seixas CT, Braga PP. Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2017; 70 (1): 199-208.
28. Leite BS, Camacho ACLF, Joaquim FL, Gurgel JL, Lima TR, Queiroz RS. A vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2017;70(4):682-8.
29. Costa TF, Costa KNFM, Martins KP, Fernandes MGM, Brito SS. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. *Esc Anna Nery.* 2015; 19 (2): 350-355.
30. Nogueira PSF, Marques MB, Coutinho JFV, Maia JC, Silva MJ, Moura ERF. Fatores associados a capacidade funcional de idosos com hanseníase. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2017;70(4):711-8.
31. World Health Organization (WHO). Integrated care for older people Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity.

2017. Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258981/9789241550109-eng.pdf;jsessionid=15158ADE2B8C7416A24D7054BB60C7BF?sequence=1>. Acesso em: 10 junho de 2018.

32. Bieger J, Silva LS, Fritzke CCW, Caron MR. O Envelhecimento (como) expressão da Questão Social e algumas considerações pertinentes ao Exercício Profissional. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. Florianópolis. 2013. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/O-envelhecimento-como-express%C3%A3o-da-quest%C3%A3o-social.pdf>. Acesso em: 15 de janeiro de 2018.

33. Guerra HS, Almeida NAM, Souza MR, Minamisava RM. A sobrecarga do cuidador domiciliar. Rev Brasileira em Promoção da Saúde. 2017.

34. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico - 2010. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?=&t=o-que-e> . 2010. Acesso em: 08/05/2018.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html Acesso em: 21/05/2018.

36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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. Brasília. 2016.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília. 2008.

38 Cardoso L, Vieira MV, Ricci MAM, Mazza RS. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. Rev Esc Enferm USP. 2012.

39. Monteiro EA, Mazin SC, Dantas RA. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. Rev Bras Enferm. 2015.

40. Sequeira CAC. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Rev Referência - II. 2010.

41. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrao ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2007; 41 (2).

42. Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de Psicologia. 2008; 25(4).

43. Relatório da Organização Mundial da Saúde 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS
Escola Superior de Ciências da Saúde- ESCS
Curso de Graduação em Enfermagem – CGE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar enquanto sujeito de pesquisa do estudo **“Avaliação da sobrecarga de cuidadores informais de idosos assistidos na atenção domiciliar: um recorte no DF.”** como parte dos requisitos para a conclusão do curso de graduação em enfermagem na Escola Superior de Ciências da Saúde.

A pesquisa tem como objetivo Conhecer o perfil sócio-demográfico e clínico-assistencial de idosos e cuidadores informais, a funcionalidade de idosos e se há sobrecarga dos cuidadores informais destes idosos assistidos pela Atenção Domiciliar na cidade de São Sebastião da Região Leste de Saúde do Distrito Federal. O estudo terá duração de um ano, prevista a fase de coleta de dados para o mês de Agosto de 2018, será realizada a aplicação da Escala de Zarit e do Índice de Katz. O tempo de toda a atividade é de aproximadamente 30 minutos. Após o estudo, este material ficará armazenado por cinco anos sob responsabilidade do pesquisador. Passado este período, todo o material será destruído não havendo, em qualquer hipótese, sua reutilização para qualquer outra finalidade até o momento de sua destruição. Espera-se que a pesquisa possa subsidiar ações de aprimoramento do trabalho realizado no cenário de estudo. Um possível risco é o desconforto no momento da entrevista, pelo que será garantido ao entrevistado:

- Esclarecimentos sobre o estudo em qualquer tempo da pesquisa;
- Sigilo e privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa;
- Liberdade de recusar-se a participar como sujeito de pesquisa ou se retirar do estudo a qualquer momento, tendo a garantia de que não sofrerá qualquer penalização ou prejuízo de sua função no serviço;
- Liberdade de recusar-se a responder perguntas que julgar constrangedoras;

Os resultados da pesquisa serão apresentados em defesa oral, na ESCS/FEPECS em data previamente divulgada. Este Termo de Consentimento encontra-se redigido em duas vias, sendo uma para o participante e outra para o pesquisador.

Em caso de dúvida, entrar em contato com Ana Teresa Bezerra (pesquisador assistente) - Telefone: 061 98498-8859; Valdenisia Apolinário Alencar (pesquisadora responsável) – Telefone (61) 981524369 - Telefone: 061 98152-4369 ou Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF – Telefone: 061 33254940.

Tenho ciência do exposto e aceito participar como sujeito da pesquisa.

Nome/Assinatura

Valdenisia Apolinário Alencar
Pesquisador Responsável

Ana Teresa Cardoso Bezerra
Pesquisador Assistente

Brasília, _____ de _____ de 2018.

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP / FEPECS
E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



(61) 3325-

1040

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Responsável



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS
Escola Superior de Ciências da Saúde- ESCS
Curso de Graduação em Enfermagem – CGE



Curso de Graduação em Enfermagem – CGE TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO
DE ADULTOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

TCLE DO RESPONSÁVEL

Pesquisadores responsáveis: Valdenisia Apolinário Alencar e Ana Teresa Cardoso Bezerra

Este é um convite especial para o (citar o parentesco): _____ participar voluntariamente do projeto de pesquisa AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR: UM RECORTE NO DF.

Por favor, leia com atenção as informações abaixo antes de dar seu consentimento para participar ou não do estudo. Qualquer dúvida sobre o estudo ou sobre este documento pergunte diretamente ao pesquisador Valdenisia Apolinário Alencar ou entre em contato através do telefone (61) 981524369.

OBJETIVO E BENEFÍCIOS DO ESTUDO

Queremos saber o perfil sócio-demográfico, clínico-assistencial, a funcionalidade de idosos e se há sobrecarga dos cuidadores informais de idosos atendidos pela Atenção Domiciliar do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar que assiste as cidades de São Sebastião e Jardim Botânico da Região Leste de Saúde do Distrito Federal; especificamente conhecer o perfil sócio-demográfico dos idosos e seus cuidadores informais; Conhecer o perfil clínico dos idosos e seus cuidadores informais. Verificar a via de entrada do idoso na AD. Aplicar a escala de Zarit aos idosos atendidos na AD da RLS/DF, e o Índice de Katz, aos cuidadores informais, com fim de analisar possível sobrecarga.

Como benefício este estudo poderá possibilitar a Equipe de Atenção Domiciliar um olhar diferenciado para o cuidador, percebendo suas necessidades, fragilidades e permitindo melhor comunicação e elaboração de estratégias que fortaleçam o vínculo entre o cuidador e a equipe, promovendo estratégias que viabilize a qualidade de vida para o cuidador e assim potencializando o PID. Clarificando ainda o perfil de idosos, seu grau de funcionalidade e assim podendo contribuir na melhor

qualidade da assistência prestada.

PROCEDIMENTOS

Será feita uma análise do prontuário para entender como é a saúde do idosos, a assistência à saúde prestada, como o Núcleo Regional de Atenção Domiciliar se organiza para prestar cuidado ao idoso. Será ainda feita uma entrevista para aplicação de questionários e instrumentos que visam checar a funcionalidade e se há sobrecarga no cuidado ao idoso no ato de cuidar do idoso.

DESPESAS/ RESSARCIMENTO DE DESPESAS DO VOLUNTARIO

Não há custos para participação dos cuidadores e familiares neste estudo. Podemos ainda proporcionar dinheiro para a passagem, caso prefira realizar a entrevista e preenchimento de termos no NRAD, ou podemos agendar em local mais adequado para os cuidadores e familiares.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÀRIA

A participação de seu parente neste estudo é voluntária e ele terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo para ele.

GARANTIA DE SIGILO E PRIVACIDADE

As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer informação divulgada em relatório ou publicação será feita sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. O pesquisador garante que seu nome não será divulgado sob hipótese alguma.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Você e seu parente podem fazer todas as perguntas que julgar necessárias durante e após o estudo.

Diante do exposto acima eu, _____, declaro que fui esclarecido sobre os objetivos, procedimentos e benefícios do presente estudo. Autorizo a participação livre e espontânea de meu familiar, _____, para o estudo em questão. Declaro também não possuir nenhum grau de dependência profissional ou educacional com os pesquisadores envolvidos nesse projeto (ou seja, os pesquisadores desse projeto não podem me prejudicar de modo algum no trabalho ou nos estudos), não me sentindo pressionado de nenhum modo a participar dessa pesquisa.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o responsável legal pelo participante da pesquisa.

Brasília, ____ de _____ de 2018

Pesquisador

Responsável

 RG do responsável

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FEPECS
E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



(61) 3325-4940

APÊNDICE C – Questionário – Perfil do cuidador informal de idoso



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS
Escola Superior de Ciências da Saúde- ESCS
Curso de Graduação em Enfermagem – CGE



1. Código Cuidador _____
 2. Idade _____
 3. Gênero: () masculino () feminino
 4. Estado civil () solteiro () casado () viúvo ()
Outros _____
 5. Reside com o paciente () sim () não
 6. Escolaridade do cuidador () Não alfabetizado () Ensino fundamental () Ensino
médio
() Ensino Superior () Pós Graduação
 7. Grau de parentesco ou vinculação com o paciente _____
 8. Tem outra ocupação além do cuidado ao idoso: () Não () Sim. Qual

 9. Há quanto tempo cuida do idoso : _____
() 2 Meses () 3-4 meses () 5 a 6 Meses () 7 a 8 meses () 9 a 12 meses
18 meses 24 meses 36 meses () Outros _____
 10. Ocupação: () autônomo () do lar ()
Outras _____
 11. Tempo de cuidado diário ao idoso:
() menos de 6 horas () 6 horas () 8 horas () 10 horas () 12 horas () 18 horas
24 horas () Outras _____ h
 12. Doenças prévias (com CID):
() HAS () DM ()
Cardiopatia _____
() Pneumopatias _____
-

- ()
Osteopatias _____
- () Reumatopatias _____
- () Tireóideopatias _____
- () Doenças Psíquicas _____
- () Outras : _____
- _____
- _____

APÊNDICE D – Questionário – Perfil do idoso assistido na AD



Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - FEPECS
Escola Superior de Ciências da Saúde- ESCS
Curso de Graduação em Enfermagem – CGE



1. Código Idoso _____
2. Idade _____
3. Sexo: () masculino () feminino
4. Estado civil () solteiro () casado () viúvo
() Outros _____
5. Escolaridade: () Alfabetizado/Não alfabetizado () Ensino fundamental ()
Ensino médio () Ensino Superior
6. Renda familiar: () 1 SM () 1,5 SM () 2 SM () 3 SM
7. Fonte de renda? () aposentado () BPC () Pensão ()
Outra: _____
8. Tipo de moradia: () casa () apartamento () própria(o) () alugada(o)
9. Como teve acesso ao NRAD – São Sebastião?

10. Dispositivos: () SNE () GTT () SVD () TQT
11. Doenças prévias (com CID):
() HAS () DM
() Cardiopatia _____
() Pneumopatias _____
() Osteopatias _____
() Reumatopatias _____
() Tireóideopatias _____
() Doenças Psíquicas _____
() Outras: _____

ANEXO 1: Escala de Zarit Reduzida

Escala de Zarit Reduzida

Para facilitar a quantificação de forma objetiva, podem ser utilizados instrumentos que avaliem o grau de sobrecarga apresentada pelo cuidador. Abaixo, segue o modelo da escala de Zarit reduzida que possui grande utilidade na abordagem dos cuidadores:

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?				
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

Sobrecarga leve: até 14 pontos

Sobrecarga moderada: 15 – 21 pontos

Sobrecarga grave: acima de 22 pontos

Fonte: Brasil, 2013.

Escala validada e recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil para aplicação nos Programas de Internação Domiciliar. Extraído do Caderno de Atenção Domiciliar: Melhor em casa, a segurança do hospital no conforto do seu lar. Volume 2. Brasília-DF, 2013, p.191-192 (BRASIL, 2013)

ANEXO 2: Índice de Katz modificado por The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1918.

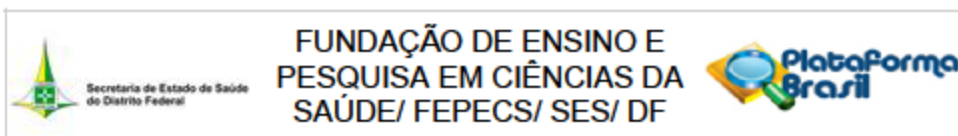
ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral	
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte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

Fonte: The Hartford Institute for Geriatric Nursing, 1998⁽²⁰⁾

Fonte: Sinato et al, 2015

Instrumento recomendado para auxiliar na avaliação funcional do idoso. Extraído do Manual de Avaliação Funcional do Idoso 2015. A autoria de Sinato et al., 2015. p.19

ANEXO 3: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FEPECS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR: UM RECORTE NO DF

Pesquisador: Valdenisia Apolinario Alencar

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 94338718.6.0000.5553

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

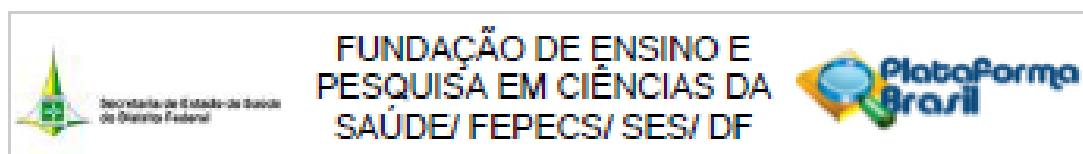
Número do Parecer: 2.833.055

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa do TCC do Curso de Enfermagem da ESCS: Apresenta-se como: "Desenho: Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, observacional, documental do tipo transversal, avaliando o perfil sócio-demográfico e clínicoassistencial dos cuidadores informais e de pacientes idosos, com idade a partir de 60 anos, ativos no programa de AD do NRADSS. A fim de clarificar a funcionalidade dos idosos será aplicado o Índice de Katz Modificado, para averiguar se há sobrecarga será aplicada a Escala de Zarit Reduzida. Ambos validados para o Brasil, além de recomendados para uso pelo Ministério da Saúde. Serão seguidas preceitos éticos que regem a pesquisa científica no Brasil, com a assinatura de Termos de consentimento conforme preconizado. Para a análise de dados utilizar-se-á estatística descritiva e analítica, utilizando programas tais como Microsoft Excel versão 2016e SPSS para vitalizar a análise. Os dados serão tabulados e analisados por meio do programa Microsoft Excel, e para subsidiar a análise de tais dados também será utilizado o programa IBM SPSS versão 22"

" Hipótese: Hipótese nula: Os cuidadores informais de idosos que são acompanhados pela AD do NRAD São Sebastião na RLS/DF apresentem nenhuma ou pouca sobrecarga, estando em boas condições de saúde para o cuidado domiciliar. Hipóteses alternativa: Os cuidadores informais de idosos acompanhados pela AD do NRAD São Sebastião da RLS/DF possuem sobrecarga além de perfil de adoecimento e comorbidades. Objetivo Primário: Conhecer o perfil sócio-demográfico,

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4940 **E-mail:** com/ledeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.033.025

clínico-assistencial de idosos e cuidadores informais, a funcionalidade de idosos e se há sobrecarga dos cuidadores informais destes idosos assistidos pela Atenção Domiciliar na cidade de São Sebastião da Região Leste de Saúde do Distrito Federal.”

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivo Primário: Conhecer o perfil sócio-demográfico, clínico-assistencial de idosos e cuidadores informais, a funcionalidade de idosos e se há sobrecarga dos cuidadores informais destes idosos assistidos pela Atenção Domiciliar na cidade de São Sebastião da Região Leste de Saúde do Distrito Federal.

Objetivo Secundário: * Conhecer o perfil sócio demográfico dos idosos e seus cuidadores informais na AD do NRAD São Sebastião da RLS/DF; * Conhecer o perfil clínico dos idosos e seus cuidadores no NRAD São Sebastião-DF; * Verificar a via de entrada do idoso na AD em São Sebastião ; * Verificar a funcionalidade de idosos assistidos na AD pela aplicação do Índice de Katz ; * Apreçar se há sobrecarga de cuidadores pela aplicação da Escala de Zarit aos cuidadores informais de idosos atendidos na AD em São Sebastião no DF.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

* Riscos: Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, os cuidadores informais de idosos que participarem dessa pesquisa estarão sujeitos ao risco de constrangimento durante a realização da coleta de dados, o que poderá ser amenizado pelo agendamento de entrevista com cuidador em local fora do domicílio, em local neutro, em sala preparada para tal acolhimento e entrevista na UBS, priorizando o melhor dia e horário sinalizado pelo cuidador. Será ainda garantida a privacidade e o sigilo de dados e informação, sendo esclarecido que as informações levantadas no presente estudo possui finalidade única científica, fornecendo uma base para otimização da estratégia da AD. Levando em consideração esse aspecto, será respeitada e seguida a Resolução nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que assegura o direito ao esclarecimento acerca da pesquisa, que será formalizado por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; direito a ter sua identidade mantida em sigilo; direito a desistência da pesquisa em qualquer momento que seja da sua vontade. O TCLE consta no anexo, e os termos assinados serão arquivados podendo ser acessados, caso necessário^{38,39}. Para os documentos referentes aos pacientes idosos será solicitado consentimento do mesmo por meio da assinatura de TCLE e em caso de pacientes com alguma limitação será oferecido o TCLE do Responsável, para a assinatura dos familiares responsáveis pelos pacientes vulneráveis e/ou incapazes, conforme preconizado

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

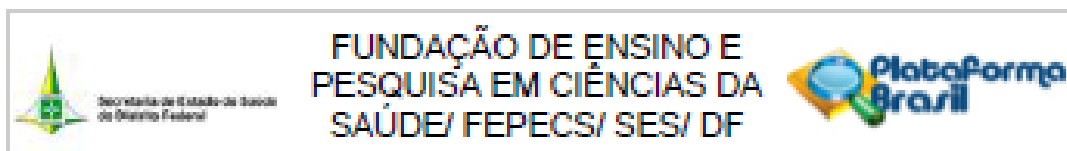
CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comtedetica_secretaria@gmail.com



Continuação do Projeto: 2.033.055

pelo Conselho Nacional de Saúde 17,38,39.

Benefícios: O conhecimento sobre a sobrecarga dos cuidadores informais de idosos atendidos pela AD poderá contribuir para uma maior visibilidade do cuidador, de forma que ele também possa ser incluído nos cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS), podendo ainda auxiliar no entendimento da dinâmica do Programa de Internação Domiciliar (PID), potencializando sua resolutividade, além do incentivo à formulação de novas políticas públicas voltadas para esse público. Considerado elo central na AD, conhecer o cuidador e se há sobrecarga é primordial para promover ações que diretamente promovam este ator e indiretamente qualifiquem a assistência e fortaleçam a AD.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta: Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, observacional, documental do tipo transversal. A pesquisa será realizada no Núcleo Regional de Atenção Domiciliar da cidade de São Sebastião/DF (NRADSS), que compõe parte da Atenção Domiciliar da RLS da Secretaria de Estado de Saúde do DF, assistindo pacientes que residem em São Sebastião e Jardim Botânico no DF. O público alvo são os idosos e seus cuidadores informais, ou seja, idosos que estejam em acompanhamento pela AD e seus respectivos cuidadores informais. Para a coleta de dados sócio-demográfico e clínico-assistencial dos idosos será realizado a análise de documentos do Sistema de Informação à Saúde do NRADSS. Para a avaliação da funcionalidade do idoso será aplicado o Índice de Katz Modificado. A verificação do perfil do cuidador informal se dará pela aplicação de questionário semiestruturado, será ainda aplicada a Escala de Zarit Reduzida, para avaliar se há sobrecarga dos cuidadores. Utilizar-se-á para tabulação de dados quantitativos o programa Microsoft Excel versão 2016, e para subsidiar a análise de tais dados também será utilizado o programa IBM SPSS versão 22.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: adequado

Termo de anuência: adequado

Curriculos: adequados

Risco e benefício: adequado

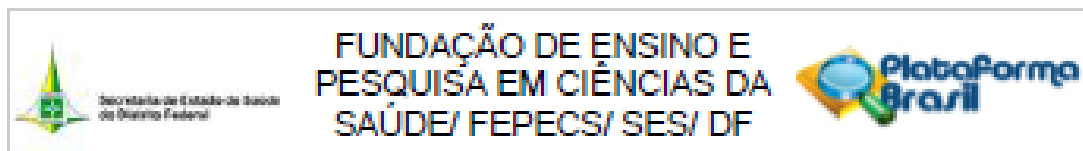
TCLE: adequados

Cronograma e financiamento: coleta de dados (30/08 a 30/10/2018). Financiamento próprio.

Recomendações:

-

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4040 E-mail: comtedeticos_secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.033.005

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

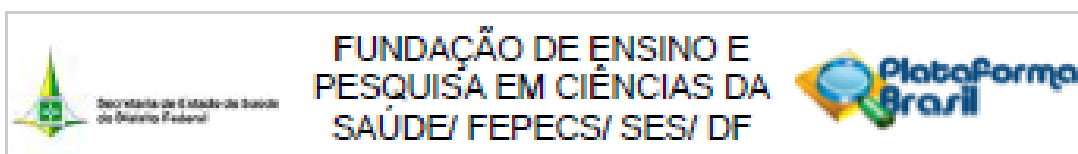
O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

O presente Parecer de aprovação tem validade de até dois anos, mediante apresentação de relatórios parciais, e após decorrido esse prazo, caso necessário, deverá ser apresentada emenda para promulgação do cronograma.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_1154776.pdf	18/07/2018 20:02:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsavel.docx	18/07/2018 20:00:54	Valdenisa Apolinario Alencar	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_anuencia_institucional.pdf	18/07/2018 19:58:42	Valdenisa Apolinario Alencar	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura.docx	18/07/2018 19:50:53	Valdenisa Apolinario Alencar	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_perfil_idoso.xls	18/07/2018 19:36:31	Valdenisa Apolinario Alencar	Aceito
Outros	Instrumento_coletadadedados_cuidador.docx	18/07/2018 19:33:27	Valdenisa Apolinario Alencar	Aceito
Outros	Instrumento_Sobrecarga.docx	18/07/2018 19:32:52	Valdenisa Apolinario Alencar	Aceito
Outros	Instrumento_funcionalidade.docx	18/07/2018 19:30:56	Valdenisa Apolinario Alencar	Aceito



Continuação do Parecer: 2.833.005

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_Investigador.docx	18/07/2018 18:55:37	Valdenisla Apolinário Alencar	Aceito
Outros	CURRICULO_VITAE_ANATERESA.docx	18/07/2018 18:52:31	Valdenisla Apolinário Alencar	Aceito
Outros	CURRICULO_VITAE_VALDENISIAAPOLINARIO.docx	18/07/2018 18:49:25	Valdenisla Apolinário Alencar	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Garta_encaminhamento_ao_GEP.pdf	18/07/2018 18:47:24	Valdenisla Apolinário Alencar	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_pesquisador.pdf	18/07/2018 18:46:04	Valdenisla Apolinário Alencar	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEidoso.docx	18/07/2018 17:33:31	Valdenisla Apolinário Alencar	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEculador.docx	18/07/2018 17:33:14	Valdenisla Apolinário Alencar	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	18/07/2018 17:24:47	Valdenisla Apolinário Alencar	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	18/07/2018 17:24:03	Valdenisla Apolinário Alencar	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 21 de Agosto de 2018

Assinado por:
DILLIAN ADELAINÉ CÉSAR DA SILVA
(Coordenador)