

AValiação DA QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE FUNCIONAL DOS CUIDADORES DE IDOSOS

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE AND FUNCTIONAL CAPACITY OF THE CAREGIVERS

Suzane da Silva Scodeler¹, Tatiane Martins Vieira¹, Ricardo da Silva Alves²

¹Alunos do curso de Fisioterapia - Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS), Pouso Alegre (MG), Brasil.

²Fisioterapeuta, Mestre em Biociências Aplicadas à Saúde, docente do Curso de Fisioterapia Univás, Pouso Alegre, MG, Brasil.

Endereço de correspondência: Ricardo Silva Alves, Curso de Fisioterapia - Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS). Avenida Alfredo Custódio de Paula, 320, CEP 37553-068, Telefone: (35) 3449 8772, Pouso Alegre, MG, Brasil.

RESUMO:

Introdução: Os cuidadores estão sendo cada vez mais requisitados pelas famílias e instituições para auxiliar os idosos dependentes. Muitos desses profissionais possuem jornada de trabalho extenuante, podendo gerar sobrecarga e comprometer a qualidade de vida. **Objetivo:** Comparar a qualidade de vida e capacidade funcional dos cuidadores de idosos de instituições e domicílios. **Métodos:** Este estudo incluiu 38 participantes, de ambos os sexos, divididos em: Grupo Domiciliar (n=18; idade= 55,89±12,19 anos), Grupo Asilo N.S. Auxiliadora (n=7; idade= 52,57±5,19 anos) e Grupo Asilo Irmã Dulce (n=10; idade=40,60±9,71 anos). Foram utilizados os instrumentos: *World Health Organization Quality of Life (Whoqol-bref)*, O Questionário de Zarit e o Inventário de Depressão de Beck. A capacidade funcional foi avaliada através dos testes: *Timed Up and Go (TUG)*, Teste de Sentar e Levantar 5x (TSL 5x) e Apoio Unipodal com olhos abertos e fechados. **Resultados:** No TSL 5x foi evidenciada diferenças entre os grupos (Domiciliar= 11,19±2,14s, Asilo N.S. Auxiliadora= 15,28±2,64s; Asilo Irmã Dulce= 10,85±1,86s, p= 0,001), no TUG (Domiciliar= 9,55±2,68s, Asilo N.S. Auxiliadora= 7,53±1,33s; Asilo Irmã Dulce= 6,65±0,81s, p= 0,003). No apoio unipodal, o grupo Asilo N.S. Auxiliadora apresentou valores reduzidos em comparação com os demais grupos (olhos abertos esquerdo: p<0,006, olhos fechados esquerdo: p<0,009, olhos fechados direito: p<0,001), exceto para apoio unipodal direito, com olhos abertos. Na qualidade de vida e sobrecarga não foram evidenciadas diferenças significativas. **Conclusão:** Os cuidadores de idosos apresentaram ligeira sobrecarga em ambos os asilos, o grupo Asilo Irmã Dulce obteve melhor capacidade funcional se comparado aos demais grupos.

Palavras-chave: Qualidade de vida, Cuidador, Aptidão Física, Idosos Dependentes

ABSTRACT:

Introduction: Caregivers are being each time requested by families and institutions to assist dependent elderly people. Many of these professionals have a strenuous work day, which can generate overload and compromise quality of life. **Objective:** To compare the quality of life and functional capacity of the elderly caregivers in institutions and households. **Methods:** This study included 38 participants of both genders, divided into: Household group (n = 18, age = 55.89 ± 12.19 years), Asilo N.S Auxiliadora Group (n = 7, age = $52.57 \pm 5,19$ years) and Asilo Irmã Dulce Group (n = 10; age = 40.60 ± 9.71 years). The following instruments were used; World Health Organization Quality of Life (Whoqol-bref), Zarit's Questionnaire and the Beck Depression Inventory. The functional capacity was evaluated through the following tests: Timed Up and Go (TUG), 5x Sit to Stand Test (TSL 5x) and Unipodal Support with open and closed eyes. **Results:** TSL 5x showed differences between the groups (Household = 11.19 ± 2.14 s, Asilo N.S Auxiliadora = 15.28 ± 2.64 s, Asilo Irmã Dulce = 10.85 ± 1.86 s, $p = 0.001$), in the TUG (Household = 9.55 ± 2.68 s, Asilo N.S Auxiliadora = 7.53 ± 1.33 s; Asilo Irmã Dulce = 6.65 ± 0.81 s, $p = 0.003$). In the unipodal support, the Asilo N.S Auxiliadora group presented reduced values in comparison with the the other groups (open eyes left $p < 0.006$, eyes closed left $p < 0.009$, eyes closed right $p < 0.001$), except for right unipodal support with open eyes . There were no significant differences in quality of life and overload. **Conclusion:** Caregivers of the elderly had a slight overload in both nursing homes, the Asilo Irmã Dulce group had better functional capacity compared to the other groups.

Keywords: Quality of life, Caregiver, Physical aptitude, Frail Elderly.

INTRODUÇÃO

Por volta de 1940, o Brasil passou por uma modificação demográfica, no qual tornou mais significativa por volta de 1960 em comparação aos outros países. Essas mudanças trouxeram importantes transformações na sociedade brasileira, como a redução do número de crianças e adolescentes, e o aumento do número de adultos em idade ativa e idosos. ⁽¹⁾

Atualmente, observam-se uma situação contrária as décadas anteriores. Em 2016, foi realizada uma pesquisa pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) estimando-se que a expansão do número de indivíduos com 60 anos ou mais, representa 11,7% da população brasileira, e por volta de 2039, esse indicador passaria para 23,5%. ⁽¹⁾ De acordo com o Ministério da Saúde, a população idosa com 60 anos de idade ou mais corresponde a 28 milhões no Brasil; ficando em quinto lugar no quesito de maior população idosa do mundo; Dentre essa, 80% (6,5 milhões) necessitam de apoio para as atividades cotidianas. ⁽²⁾ Portanto, é possível verificar um aumento do número de idosos, os quais necessitam de novas estratégias de saúde para atender essa população.

O envelhecimento é considerado um processo irreversível e progressivo, caracterizadas por alterações biológicas, que associado ao aumento da expectativa de vida, são observadas limitações funcionais, redução do nível de independência, conseqüentemente, levando a um maior risco para doenças crônicas, como os distúrbios osteoarticulares, cardiovasculares, cerebrovasculares e respiratórias. ⁽³⁻⁴⁾ As limitações e incapacidades funcionais provenientes das alterações oriundas do envelhecimento, faz com que os idosos necessitem de assistência na sua vida cotidiana.

Diante disso, destaca-se a importância do papel do cuidador de idoso, que se torna indispensável para auxiliar o idoso a realizar suas atividades de vida diária. ⁽³⁾ De acordo com o estudo Carvalho et al. ⁽⁸⁾, esses profissionais estão sendo cada vez mais

requisitados para atender as necessidades dos idosos.

Esses cuidadores podem ser classificados de duas maneiras: formal ou informal. O cuidador formal é o profissional que possui capacitação para atender as demandas do idoso, sendo remunerado pelo seu serviço. O cuidador informal, geralmente, é um integrante da família, vizinho ou amigo, que se compromete a ajudar e atender as necessidades do idoso voluntariamente. Muitas das vezes o cuidador informal contrata o cuidador formal para reduzir a sobrecarga gerada pela jornada de trabalho. ⁽⁵⁾

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) o trabalho exercido pelos cuidadores de idosos incluindo domicílios ou instituições, varia o horário em tempo integral, alternância de turnos ou tempo estipulado, não compreendendo técnicos ou auxiliares de enfermagem. De acordo com o Ministério do Trabalho esses cargos são disponíveis à profissionais com certificados de cursos capacitantes com carga horária de 80 a 160 horas, com idade superior a 18 anos e ensino fundamental completo. ⁽⁶⁾

Entretanto, observa-se na prática uma condição de trabalho que não garante condições adequadas de saúde ao trabalhador. Quando essa atividade de cuidar de idosos se torna de longo prazo, ocasiona sobrecargas ao cuidador, podendo causar alterações na sua qualidade de vida e saúde, bem como na execução de suas atividades profissionais, criando repercussões desagradáveis ⁽⁸⁾ Em um estudo conduzido por Barbosa et al. ⁽⁷⁾ verificaram uma perda global da saúde em cuidadores formais e informais avaliadas pelo SF-36, sendo os cuidadores informais mais acometidos, causada pela sobrecarga da ocupação.

Esses profissionais são aqueles responsáveis por proporcionar bem-estar aos idosos que dependem de auxílio, porém dispõem de um expediente cansativo, frequentemente sem definição de carga horária e muitas vezes negligenciam os cuidados a si mesmo ⁽⁹⁾ Diante disso, torna-se justificável a

importância de avaliar as condições de saúde e qualidade de vida dos profissionais, as quais podem interferir atuação do cuidado ao idoso⁽¹⁰⁾.

Hipotetizamos que a jornada de trabalho dos cuidadores de idosos associado a sua falta de disponibilidade de cuidados a si mesmo, poderá acarretar prejuízos na qualidade de vida e sendo um fator que pode influenciar na sua vida diária. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida, capacidade funcional, sintomas de depressão e sobrecarga de trabalho dos cuidadores de idosos.

MATERIAL E MÉTODOS

Desenho do estudo e aspectos éticos

Esse é um estudo transversal, quantitativo e comparativo. Foi realizado na cidade de Pouso Alegre – MG, nos domicílios dos cuidadores e nas Instituições de Longa Permanência Irmã Dulce e Nossa Senhora Auxiliadora; no período de março a agosto de 2018. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Sapucaí de Pouso Alegre – MG sob o número 2.557.230, registrado sob o número da Plataforma Brasil 82677617.2.0000.5102 e obedeceu as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS 466/2012). Todos os participantes do estudo foram informados sobre como seria o procedimento, os riscos e benefícios e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Sujeitos

Os participantes de ambos os sexos foram selecionados por conveniência e recrutados através do Centro Integrado de Apoio à Mulher (CIAMPAR), no qual, oferece cursos de capacitação de cuidador de idosos desde 2006, nos asilos Nossa Senhora Auxiliadora e Casa de Assistência Irmã Dulce, na cidade de Pouso Alegre – MG. Eles foram divididos em três grupos: Grupo Domiciliar (n=18; idade= 55,89±12,19 anos), Grupo Asilo Nossa Senhora Auxiliadora (n= 7; idade:

52,57±5,19 anos) e Grupo Asilo Irmã Dulce (n= 10; idade: 40,60±9,71).

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: Indivíduos com idade de 18 a 80 anos, de ambos os gêneros, que possuem curso de capacitação de cuidadores de idosos e profissionais que trabalham em instituições de longa permanência, residentes no município de Pouso Alegre, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos deste estudo indivíduos sem diplomas, e que não trabalharam na área nos último meses, anormalidades musculoesqueléticas, neurológicas, portadores de doenças infectocontagiosas, alterações reconhecidas de colágeno, dificuldades de entendimento sobre os métodos de avaliação que serão submetidos e que por motivos pessoais se recusaram a assinar o TCLE.

Instrumentos

Os procedimentos com os participantes foram realizados da seguinte forma: foram aplicados o questionário de Zarit para avaliar a sobrecarga relacionada ao trabalho, o *World Health Organization Quality of Life* (Whoqol-bref) para avaliar a qualidade de vida, o Inventário de depressão de Beck para identificar sintomas depressivos, e realizados os Testes Timed up and Go (TUG) para avaliar a mobilidade e agilidade, o Teste de Sentar e Levantar 5x para avaliar força de membros inferiores (MMII) e o Apoio Unipodal com olhos fechados e abertos para avaliar o equilíbrio estático.

Procedimentos

Foi utilizado o questionário Zarit Burden Interview reduzido, sendo uma escala simples, constituída por 22 perguntas fechadas relacionadas à qualidade de vida ligada ao serviço de cuidador. Adaptada e validada por Sequeira, 2010⁽¹¹⁾. Esse instrumento foi aplicado sob a forma de autoaplicação, em que os avaliados respondiam os instrumentos. É uma escala de sobrecarga confiável com ICC (0,79-0,92), podendo ser usada tanto para diagnóstico de sobrecarga como instrumento

de monitorização/avaliação de programas de intervenção em cuidadores informais. O score varia de 22 a 110, quanto maior a pontuação, maior é a sobrecarga. Os pontos de corte correspondem: < 46 = sem sobrecarga; De 46 a 56 = Ligeira Sobrecarga; > 56 = Intensa Sobrecarga.⁽¹¹⁾

O Questionário Whoqol-bref foi realizado sob a forma de autoaplicação. Trata-se de um instrumento para avaliar a qualidade de vida global, é a versão abreviada do questionário original WHOQOL-100, validada no Brasil por Fleck et al, 2000⁽¹²⁾. Apresenta uma boa performance psicométrica, além de ser prática. Possui 26 questões, onde as 2 primeiras estão voltadas para a concepção do indivíduo diante de sua qualidade de vida e o nível de satisfação com sua saúde. As demais 24 questões foram divididas em 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente.⁽¹³⁾

Cada domínio é constituído por questões onde as pontuações variam de um a cinco. As respostas variam de: “muito ruim a muito bom” (avaliação), “muito insatisfeito a muito satisfeito” (avaliação), “nada a extremamente” (intensidade), “nada a completamente” (capacidade) e “nunca a sempre” (frequência). O score médio de cada domínio mostra a concepção do sujeito no que se refere a sua qualidade de vida, e a pontuação é proporcional a essa percepção, ou seja, quanto maior a pontuação, melhor é a percepção de qualidade de vida.⁽¹³⁾

Foi utilizado também o Inventário de Depressão de Beck, uma escala utilizada de forma ampla, em pesquisas e na prática clínica, sob a forma de autoaplicação. Validada para os cidadãos brasileiros por Oliveira et al⁽¹⁴⁾. Esse instrumento é composto por 21 questões, a intensidade varia de 0 a 3; os itens diz respeito a sentimentos sobre si próprio relacionado à vida. Encontra-se diversas sugestões para diferentes pontos de corte; dependendo da amostra e dos objetivos da pesquisa. Com base nas pontuações obtidas no questionário, são consideradas como depressão mínima ou sem depressão < 10 pontos; entre 11 e 18 pontos como depressão leve a moderada; de 19 a 29 pontos como

depressão de moderada a grave; e 30 a 63 pontos como depressão grave.⁽¹⁴⁾

Os testes funcionais utilizados neste estudo foram, O Timed Up and Go para a avaliação da capacidade funcional, traduzido e validado por Dutra et al, 2016.⁽¹⁵⁾ Esse teste avalia o equilíbrio dinâmico, a velocidade da marcha e a habilidade funcional, e as ferramentas precisas para executá-lo são uma cadeira com 46cm, um cone e uma trena para delimitar a distância e um cronômetro para verificar o tempo consumido. O sujeito se senta na cadeira com os membros superiores apoiados, o avaliador dá o comando dizendo “vai” e o participante caminha no ritmo normal do seu cotidiano. O ponto de corte para este teste é 13,5 segundos; menor ou igual a 13,5 segundos o sujeito possui um bom desempenho, > 13,5 é um preditor para quedas.⁽¹⁵⁾

Foi utilizado o Teste de Sentar e Levantar 5 vezes para a avaliação da força dos membros inferiores, onde foi realizado um estudo de fidedignidade por Lira e Araújo, 2000⁽¹⁶⁾. Para realizá-lo é necessário somente um cronômetro para registrar o tempo gasto para realizar o teste. O score desenvolvido por Bohannon, 2006⁽¹⁷⁾, para este teste, corresponde à idade dos indivíduos, sendo, ≤ 11,4 segundos para indivíduos de 60 a 69 anos de idade, ≤ 12,6 segundos para indivíduos de 70 a 79 anos de idade e ≤ 14,8 segundos para indivíduos de 80 a 89 anos de idade, valores acima destes significa desempenho funcional pior do que a média.

E para finalizar e completar a avaliação física utilizamos o Teste de Apoio Unipodal, com olhos fechados e abertos; Este é um teste simples, que avalia equilíbrio estático. Utiliza apenas um cronômetro e é um preditor de quedas. O avaliador instrui o participante que fique em ortostatismo e apoio unipodal, com o olhar direcionado para o horizonte, braços ao lado do tronco, devendo permanecer por um tempo de 30 segundos, o tempo gasto será registrado por um cronômetro, e termina quando o avaliado apoiar os dois pés no chão. Primeiro foram realizados as avaliações com os olhos abertos, em seguida com os olhos fechados. Foram realizados três coletas em

cada condição visual e foram obtidas uma média das três tentativas. O tempo normal é acima de 10 segundos, se o indivíduo permanecer por um tempo acima de 10 segundos ele possui um bom equilíbrio estático, se permanecer por um tempo abaixo de 10 segundos é um preditor para quedas⁽¹⁸⁾.

Análise Estatística

Para a análise estatística foi usado o *Software Statistical Package for the Social Science* (SPSS, IBM Corp, Chicago, IL, USA), v.20.0. Os dados foram descritos em média e desvio padrão. Inicialmente, os dados foram submetidos ao teste de normalidade Shapiro-Wilk, os quais apresentaram distribuição normal. Em seguida foi procedido o teste de análise de variância (ANOVA) *One-Way*, seguido do teste de post-hoc Tukey para realizar as comparações entre os grupos. Para

todas as análises, foi adotado o nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes do estudo. Não houve diferenças significativa entre os grupos, exceto pela variável idade, que foi maior no grupo Domiciliar em relação ao grupo Asilo Irmã Dulce.

Tabela 1: Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes do estudo.

Variáveis	Domiciliar	Asilo N.S Auxiliadora	Asilo Irmã Dulce	Valor de P ANOVA
Idade (anos)	55,89 ± 12,19	52,57 ± 5,19	40,60 ± 9,71*	0,008
Massa corporal (kg)	67,33 ± 7,69	73,71 ± 11,09	70,10 ± 15,28	0,756
Altura (m)	1,63 ± 0,07	1,65 ± 0,09	1,69 ± 0,12	0,414
IMC (kg/m ²)	25,22 ± 2,68	27,02 ± 2,35	24,84 ± 4,40	0,389
Tempo de Profissão (anos)	13,94 ± 9,27	11,71 ± 8,75	13,00 ± 6,94	0,232
Número de idosos		44	20	
Cuidador de idosos por turno [#]		3	4	

Nota: * $p < 0,05$ vs. cuidador domiciliar; [#] cuidadores de idosos avaliados no momento de trabalho.

Legenda: kg: quilogramas; IMC: Índice de massa corpórea; m: metro; kg/m²: quilograma por metro quadrado.

A tabela 2 mostra a média e desvio padrão dos demais desfechos utilizados para a avaliação da sobrecarga relacionada ao

trabalho, qualidade de vida, sintomas de depressão capacidade funcional dos participantes.

Tabela 2: Média e desvio padrão das variáveis dos grupos Cuidador Domiciliar, Asilo Nossa Senhora Auxiliadora e Asilo Irmã Dulce.

Variáveis	Domiciliar	Asilo N.S Auxiliadora	Asilo Irmã Dulce	Valor de P ANOVA	
Zarit	43,44 ± 10,44	48,14 ± 11,71	47,00 ± 10,54	0,088	
Beck	7,78 ± 5,82	7,57 ± 7,02	6,00 ± 4,59	0,825	
Whoqol-bref	88,11 ± 11,35	83,43 ± 11,18	92,00 ± 8,58	0,219	
TSL 5x (s)	11,19 ± 2,14 ^{&}	15,28 ± 2,64 [#]	10,85 ± 1,86	0,001	
TUG (s)	9,55 ± 2,68 ^{&}	7,53 ± 1,33	6,65 ± 0,81*	0,003	
Apoio Unipodal (s)	OA esquerda	25,86 ± 7,63 ^{&}	21,01 ± 9,91 [#]	30,00 ± 0,00	0,006
	OA direita	27,96 ± 4,22	25,73 ± 7,46	30,00 ± 0,00	0,082
	OF esquerda	8,42 ± 6,74	5,07 ± 4,86 [#]	14,56 ± 7,39	0,009
	OF direita	7,95 ± 6,75	5,63 ± 6,11 [#]	16,72 ± 5,19*	< 0,001

Nota: * p<0,05 vs. Cuidador domiciliar; & p<0,05 vs. Asilo N.S Auxiliadora; #p<0,05 vs. Asilo Irmã Dulce

Legenda: TSL: teste sentar e levantar; TUG: timed up and go; Whoqol-Bref: The World Health Organization Quality of Life; OA: olhos abertos; OF: olhos fechados

DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou como a atividade profissional pode influenciar na qualidade de vida e na capacidade funcional dos cuidadores de idosos. O uso de questionários e testes funcionais possibilitaram identificar essa relação, reforçando a necessidade de uma atenção especial aos cuidadores de idosos.

Um fator que merece destaque é a idade dos cuidadores de idosos, em que na amostra deste estudo, o grupo domiciliar apresentou idade superior aos cuidadores de asilos, com similaridades de idades quando comparado com outros estudos na literatura⁽¹⁹⁻²¹⁾. A influência da idade pode ter repercussão no desempenho avaliados pelos testes funcionais, no TUG e TSL 5x, visto que com o avançar da idade há uma menor agilidade e redução da

velocidade de marcha. Portanto, as diferenças observadas, sugerem que cuidadores com maior idade tendem a apresentar mais limitações funcionais, comprometendo a sua capacidade física e, assim, interferindo no seu trabalho^(21,22).

Muitas vezes, o cuidador de idoso domiciliar, por ser o único responsável por cuidar daquele idoso. Ferreira et al.⁽²²⁾ relataram que 72,5% desses cuidadores modificaram a sua vida devido aos cuidados ao idoso, sendo deixar de sair, como a mudança mais drástica. Além de ter responsabilidade financeira sobre a sua própria casa, esses profissionais assumem responsabilidade financeiras dos idosos, levando a possível sobrecarga física, mental e ausência de tempo para cuidar da sua saúde⁽²²⁾.

A capacidade funcional e de qualidade de vida tem relação com o índice de massa corpórea (IMC). Os grupos domiciliar e Asilo N.S. Auxiliadora obtiveram um sobrepeso corporal, de acordo com critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) para estado nutricional de indivíduos entre 20 a 59 anos⁽²³⁾. No presente estudo os grupos Domiciliar e Nossa Senhora Auxiliadora apresentaram maiores déficits na aptidão física analisados por meio dos testes funcionais, como o TSL 5x, TUG e apoio unipodal. Os nossos achados corroboram com outros estudos que indicam correlação entre o IMC com a aptidão física⁽²⁴⁾ e o desempenho dos testes TSL 5x, TUG, flexibilidade, equilíbrio, força de preensão manual⁽²⁵⁾. Portanto, o IMC elevado se torna uma variável importante durante a abordagem do cuidador do idoso, visto que interfere na realização de atividades básicas de vida diária, o excesso de peso altera a simetria corporal, controle do equilíbrio, percepção de saúde e bem-estar⁽²⁵⁾. Assim, a importância de abordar as percepções de saúde e qualidade de vida desses profissionais, é uma alternativa viável, visto que podem comprometer a sua atuação no cuidado ao idoso⁽¹⁰⁾.

Neste estudo, foi possível observar que ambos os Asilos (Irmã Dulce e N.S. Auxiliadora) apresentaram ligeira sobrecarga pelo Questionário de Zarit. Pode ser atribuído a essa condição, o fato de haver poucos profissionais para prestar assistência a um grande número de idosos, especialmente em instituições filantrópicas, como caso do Asilo N.S. Auxiliadora. Conforme o Ministério da Saúde⁽³⁰⁾ nas instituições de longa permanência deve-se ter um cuidador para cada 6 a 10 idosos conforme o nível de dependência dos mesmos, sendo que no presente estudo, encontra-se um cuidador para 14 idosos no Asilo Nossa Senhora Auxiliadora e um cuidador para cinco idosos no Asilo Irmã Dulce. Ribeiro et al.⁽²⁶⁾ avaliaram 181 cuidadores formais, sendo constatado que cuidadores de instituições filantrópicas são responsáveis por 33,3% mais idosos do que aqueles que trabalhavam em instituições privadas. Além da assistência ao idoso, 37%

desses profissionais de instituição filantrópicas relataram contribuir nos serviços gerais, enquanto que nas instituições privadas 12% relataram auxiliar nessas funções⁽²⁶⁾.

No estudo de Barbosa et al⁽⁷⁾ 74,2% dos cuidadores avaliados atuavam em Instituições Privadas, e 92% destes relataram nível de satisfação elevado com os serviços que exerciam. Nesse estudo ainda relata que os cuidadores de Instituições Filantrópicas sofrem maiores perdas a sua percepção de saúde quando comparado aos cuidadores de instituições privadas.

Jesus et al.⁽²⁷⁾ utilizaram o Questionário Zarit para avaliar o nível de sobrecarga de 86 cuidadores cadastrados em Centros de Referência de Assistência Social de um município no interior de São Paulo, no qual, 43,1% apresentaram ligeira sobrecarga, indicando que a interferência de fatores físico, psicológico e financeiro, proporcionando insatisfação e o aparecimento de doenças. Portanto, os resultados da sobrecarga avaliada neste estudo reforça a necessidade de maior atenção a esses profissionais, tanto em instituições quanto em âmbito domiciliar.

A percepção da sobrecarga indicada pelos cuidadores pode correlacionar com a qualidade de vida. Nardi et al⁽²⁸⁾ realizaram a uma comparação entre a sobrecarga com a percepção da qualidade de vida em 61 cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). Foi demonstrado que o aumento da sobrecarga, contribui para a piora dos domínios relacionados a qualidade de vida, tendo o domínio ambiental papel fundamental nessa relação.

Os cuidadores do presente estudo não apresentaram sintomas de depressão. Os resultados divergem do estudo de Arican et al.⁽²⁹⁾, que encontraram sintomas depressivos em 55,6% em cuidadores formais e informais. Uma possibilidade para essa questão está atribuída na relação de vínculo criada entre profissional e idoso, a qual possibilita intimidade emocional e afetiva, fazendo que esses profissionais se isolem socialmente, especialmente nos cuidadores informais.

Salientamos que o Inventário de Depressão de Beck não é uma ferramenta de diagnóstico, mas contribui para a identificação de sintomas depressivos. Torna-se necessário que o indivíduo procure ajuda profissional específica para o diagnóstico e tratamento ⁽³⁰⁾. No entanto, mesmo não sendo observadas diferenças entre os grupos, destaca-se relevância de investigações dessa sintomatologia, pois pode aparecer em qualquer momento.

Este estudo apresenta algumas limitações. A primeira pode estar relacionada ao número amostral, visto que a cidade não é considerada uma centro de referência para esse tipo de profissional. Houve uma dificuldade na caracterização da amostra, o que pode ter interferido nos resultados. Estudos futuros são necessários, com número amostral maior e diferenças entre os sexos.

Conclusão

Os grupos não demonstraram diferenças na percepção da qualidade de vida e sintomas depressivos. Porém, ambos os asilos apresentaram ligeira sobrecarga, tendo pontuações similares ao grupo domiciliar. Em relação a capacidade funcional, o grupo Asilo Irmã Dulce apresentou melhores desempenhos nos testes funcionais e de equilíbrio em comparação aos demais grupos. Portanto, o presente estudo destaca a importância da atenção ao cuidador de idoso, podendo demonstrar que a sobrecarga de trabalho compromete a capacidade funcional dos cuidadores de idosos.

Agradecimentos

Agradecemos primeiro a Deus por nos capacitar e nos abençoar em todo andamento do nosso trabalho! O nosso muito obrigado ao Professor e Orientador Ricardo Alves, por todo auxílio prestado, à professora Luíza Faria, por nos auxiliar na escolha do tema. Nossos agradecimentos a todos que de alguma forma contribuíram para nossa formação acadêmica e para que esse trabalho se concluísse. Agradecemos à Fisioterapeuta Rogéria.

• Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais. Uma análise das Condições de Vida da População Brasileira; 2016. Disponível em <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>> Acessado em 25. Nov. 2017.
2. Valadares C. Ministério da Saúde. (Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa), 2016. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agenzia-saude/25924-ministerio-recomenda-e-preciso-envelhecer-com-saude>> Acessado em 13 Out 2018.
3. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R, et al. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2015;20(5):1321-1330.
4. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. (Caderneta da. Saúde Pública), 2013;29(6):1217-1229.
5. Batista MPP, Almeida MHM, Lancman S. Cuidadores formais de idosos: contextualização histórica no cenário brasileiro. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014;17(4):879-885.
6. Classificação Brasileira de Ocupações – Ministério do Trabalho, 2017. Disponível em:<<http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/ResultadoFamiliaCaracteristicas.jsf>> Acessado em 25. Nov. 2017.
7. Barbosa LM, Noronha K, Spyrides MHC, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande

- do Norte. *Rev Bras Estud Popul*, 2017;34(2):391-414
8. Carvalho JA, Escobar KAA. Cuidador de idosos: Um estudo sobre o perfil dos cuidadores de idosos do programa de assistência domiciliar (PAD) da associação dos aposentados e pensionistas de Volta Redonda – AAP-VR. *Rev Cient do ITPAC*, 2015;8(1):1-13.
 9. Maciel AP, Luna PF, Almeida TTG, et al. Qualidade de vida e estado nutricional de cuidadores de idosos dependentes. *Rev Kairós Geront*, 2015;18(4):179-196
 10. Oliveira MC, Boaretto ML, Vieira L, et al. Percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. *Rev Cienc Biol Saúde*, 2014;35(2):81-90
 11. Sequeira CAC. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Rev Referência II*, 2010(12)
 12. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública*, 2000;34(2):178-2283
 13. Silva PAB, Soares SM, Guimarães JFS, et al. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. *Rev Saúde Pública* 2014;48(3):390-397
 14. Oliveira MHG, Gorenstein C, Neto FL, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Ver Bras Psiquiatr*. 2012;34(4):389-394
 15. Dutra MC; Cabral ALL, Carvalho GA. Tradução para o português e validação do teste timed up and go. *Rev Interfaces*. 2016;3(9):81-88.
 16. Lira VA, Araújo CGS. Teste de sentar-levantar: estudos de fidedignidade. *Rev Bras Ciênc Mov*, 2000;8(2): 11-20.
 17. Bohannon R. Reference Values for the Five-repetition Sit-to-stand. *Perceptual and Motor Skills*, 2006;103:215-222
 18. Woellner SS, Araújo AGS, Martins JS. Protocolos de equilíbrio e quedas em idosos. *Neurociências*, 2014;10(2):104-117.
 19. Loureiro LSN, Fernandes MGM, Nóbrega MMN, et al. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. *Rev Bras Enferm*, 2014;67(2):227-232
 20. Nardi EFR, Sawada NO, Santos JLF. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev Latinoam Enferm*, 2013;21(5):1-8.
 21. Fuhrmann AC, Bierhals CCBK, Santos NO, et al. Association between the functional capacity of dependant elderly people and the burden of family caregivers. *Rev Gaúcha Enferm*, 2015;36(1):14-20
 22. Ferreira CG, Alexandre TS, Lemos ND. Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária. *Saúde Soc São Paulo*, 2011;20(2):398-409
 23. Ministério da Saúde (Caderneta do Adulto, 2017. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/artigos/804-imc/40509-imc-em-adultos>> Acessado em 26 Out 2018
 24. Vagetti VC, Oliveira V, Silva MP, et al. Associação do índice de massa corporal com a aptidão funcional de idosas participantes de um programa de atividade física. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2017;20(2):216-227
 25. Oliveira TA, Duarte SFP, Reis LA. Relação entre Índice de Massa Corporal e Desempenho Motor de Idosos pertencentes

- a Grupos de Convivência. *Texto Contexto Enferm*, 2016;25(4):e3370014
26. Ribeiro MTF, Ferreira FC, Magalhães SC, et al. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Rev Bras Enferm*, 2009;62(6):870-875.
27. Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2018;21(2):194-204
28. Nardi T, Rigo JC, Brito M, et al. Sobrecarga e percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 2011;14(3):511-519
29. Arican B, Guney M, Akbal N, et al. Determining depression level of caregivers providing home healthcare services. *North Clin Istanbul*, 2016;3(2):118–123
30. Ministério da Saúde (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), 2005. Disponível em
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>
Acessado em 22 Nov 2018