



Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”
Campus de Araçatuba

LILIANE CRISTINA BARBOSA

**Qualidade de vida e Práticas de
cuidadores domiciliares de
idosos**

Orientadora: Profa. Associada Dra. Tânia Adas Saliba

Araçatuba – SP
2020

LILIANE CRISTINA BARBOSA

**Qualidade de vida e Práticas de
cuidadores domiciliares de
idosos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, como parte dos requisitos para obtenção do título de MESTRE.

Orientadora: Prof^ª Associada Dr^ª Tânia Adas Saliba

**Araçatuba – SP
2020**

Catálogo na publicação (CIP)
Diretoria Técnica de Biblioteca e Documentação – FOA / UNESP

B238q Barbosa, Liliane Cristina.
Qualidade de vida e práticas de cuidadores domiciliares
de idosos / Liliane Cristina Barbosa. - Araçatuba, 2020
90 f. ; tab.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia de Araçatuba
Orientadora: Profa. Ass. Dra.Tânia Adas Saliba

1. Cuidadores 2. Idoso 3. Saúde bucal I. T.

Black D5
CDD 617.601

Claudio Hideo Matsumoto
CRB-8/5550

Dedico minha vitória a Deus que me iluminou, me guiou e acima de tudo me concedeu sabedoria e entendimento para cumprir esta jornada. Todas as dificuldades serviram para aumentar ainda mais a fé que tenho Nele.

À minha mãe, meu grande amor e exemplo de força e determinação. Obrigada mãezinha por sempre acreditar e investir em mim. Mãe, sua dedicação, cuidado e amor foram combustíveis necessários que me deram forças para lutar e prosseguir.

À minha família pela compreensão, carinho e paciência, e, ao Jorge, meu companheiro, que com muita paciência, sempre me motivou em direção a mais esta conquista em minha vida.

“Tudo posso naquele que me fortalece”

Filipenses 4:13

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, nas pessoas do Diretor Prof. Tit. Glauco Issamu Miyahara, e Vice-Diretor Prof. Tit. Alberto Carlos Botazzo Delbem, à coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social, Prof.^a Associada Dr^a. Tânia Adas Saliba e à vice-coordenadora, Prof^a Tit Dr^a Suzely Adas Saliba Moimaz.

À minha orientadora, Prof.^a Associada Dr^a Tânia Adas Saliba, por acreditar em mim, pelo acolhimento fraterno, pelos ensinamentos, por dispensar seu tempo em me orientar, ouvir, aconselhar e, principalmente e por tornar possível a concretização do meu sonho, os meus sinceros agradecimentos!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social Prof^a Tit. Nemre Adas Saliba, Prof. Tit. Orlando Saliba, Prof^a. Associada Tânia Adas Saliba, Prof^a Tit. Suzely Adas Saliba Moimaz, Prof^a Tit. Cléa Adas Saliba Garbin, Prof. Associado Artênio José Isper Garbin, Prof. Ass. Dr. Ronald Jefferson Martins, Prof. Dr Fernando Yamamoto Chiba, Prof^a Ass. Dra. Ana Claudia Okamoto e Prof^a Tit. Dóris Hissako Sumida.

Aos funcionários do Departamento de Odontologia Infantil e Social, Nilton César Souza, Valderez Freitas Rosa.

Aos funcionários da Seção de Pós-Graduação, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Valéria Queiroz Marcondes Zagatto, Cristiane Regina Lui Matos e Lilian Sayuri Mada.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, em especial, Ana Claudia Grieger Manzatti.

Aos meus colegas de pós-graduação pelo conhecimento compartilhado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, pela concessão de bolsa no curso de Mestrado.

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

Barbosa LC. Qualidade de vida e práticas de cuidadores domiciliares de idosos. Dissertação [Mestrado em Odontologia Preventiva e Social]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista; 2020.

RESUMO GERAL

Introdução: O envelhecimento da população brasileira causa impacto direto no sistema de saúde e a Constituição do Brasil prevê o direito ao atendimento domiciliar, enfatizando que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar a pessoa idosa. **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida e identificar o conhecimento dos cuidadores em relação às práticas no processo de cuidar, bem como conhecer a condição bucal do cuidador e do idoso receptor de cuidado. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, com 388 participantes, sendo 194 cuidadores e 194 idosos. A coleta dos dados foi realizada por meio de inquérito, utilizando-se roteiro semiestruturado e os instrumentos OHIP-14 e EQ-5D-3L/VAS. Aplicou-se os índices CPOD, uso e necessidade de próteses. Empregou-se os testes Qui-Quadrado, Mantel-Haenzsel e Regressão Logística. **Resultado:** Do total dos cuidadores, 80,93% era do sexo feminino, 89,18% membro da família, 10,82% contratado e 91,3% adquiriu conhecimento em saúde bucal na prática diária. Registrou-se CPOD de 19,24 para cuidadores e 28,70 para idosos, ambos com predomínio do componente perdido. Dos cuidadores, 57,73% usava prótese e dos idosos, 63,40%. A necessidade de prótese foi alta, principalmente no arco inferior (34,54% cuidadores e 51,55% idosos). A escala OHIP-14 demonstrou impacto na qualidade de vida dos cuidadores nas dimensões física e psicológica. No instrumento EQ-5D-3L, observaram-se problemas moderados e ou extremos nas dimensões mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. **Conclusão:** O impacto na qualidade de vida dos cuidadores foi minimizado pela presença de contextos culturais pouco valorativos de autocuidado associados à percepção positiva de saúde bucal, mesmo em condições clínicas precária. A prevalência do sexo feminino foi alta, pois o cuidado ainda é considerado como sendo característica da mulher. A rotina de cuidados prestados aos idosos é uma atividade complexa, requerendo capacitação e programas de assistência voltados aos cuidadores domiciliares de idosos.

Palavras-chave: Cuidadores. Idoso. Saúde bucal.

Barbosa LC. Quality of life and practices of home caregivers of the elderly. Dissertação [Mestrado em Odontologia Preventiva e Social]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista; 2020.

GENERAL ABSTRACT

Introduction: The aging of the Brazilian population has a direct impact on the public health system. The Brazilian Constitution provides for home care emphasizing that the family, society and the State have a duty to support the elderly. **Objective:** Assess the quality of life and identify the knowledge of caregivers in relation to practices in the care process. Know the oral condition of the caregiver and the elderly care recipient. **Method:** This is a cross-sectional study, with 388 participants, 194 caregivers and 194 elderly. Data collection was carried out through a survey, using a semi-structured script and the instruments OHIP-14 and EQ-5D-3L / VAS. CPOD, use and need for prosthesis indexes were applied. The Chi-Square, Mantel-Haenzsel and Logistic Regression tests were used. **Result:** Of the total, 80.93% was female, 89.18% family member, 10.82% hired and 91.3% acquired knowledge about oral health in daily practice. CPOD of 19.24 was recorded for caregivers and 28.70 for the elderly, both with a predominance of the lost component. Of the caregivers, 57.73% used prostheses and the elderly, 63.40%. The need for a prosthesis was high, especially in the lower arch (34.54% caregivers and 51.55% elderly). The OHIP-14 scale demonstrated an impact on caregivers' quality of life in the physical and psychological dimensions. In the EQ-5D-3L instrument, moderate and / or extreme problems were observed in the dimensions of mobility, self-care, habitual activities, pain / malaise and anxiety / depression. **Conclusion:** The impact on caregivers' quality of life was minimized by the presence of low-value cultural contexts of self-care associated with a positive perception of oral health, even in poor clinical conditions. The prevalence of females was high, as care is still considered characteristic of women. The routine of care provided to the elderly is a complex activity, requiring training and assistance programs aimed at home caregivers for the elderly.

Keywords: Caregivers, Aged, Oral Health

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD = Atividades Básicas de Vida Diárias

AIVD = Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVD = Atividades de Vida Diárias

CPOD = “Cariado” “Perdido” “Obturado” “Dente”

EQ-5D-3L = EuroQol 5 dimensions 3 level

EQ-VAS = EuroQol – Visual Analogue Scale

ESF = Estratégia Saúde da Família

IC = Intervalo de Confiança

OHIP = Oral Health Impact Profile

OMS = Organização Mundial de Saúde

OR = Odds-ratio

QVRS = Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

QVRSB = Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

UBS = Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Revisão de Literatura

Quadro 1 - Artigos relacionados ao assunto da dissertação.	21
--	----

LISTA DE TABELAS

Capítulo 1

- Tabela 1 - Características sociodemográficas de cuidadores de idosos, Ilha Solteira-SP, 49
Brasil, 2019. (n=194)
- Tabela 2 - Uso e necessidade de prótese em cuidadores e idosos sob cuidado, Ilha 50
Solteira-SP, Brasil, 2019. (n=388)
- Tabela 3 - Relação entre a faixa etária dos cuidadores de idosos e as dimensões da 51
escala OHIP-14, Ilha Solteira-SP, Brasil, 2019. (n=194)
- Tabela 4 - Relação entre necessidade de prótese parcial e total dos cuidadores de idosos 52
e as dimensões da escala OHIP-14, Brasil, 2019. (n=194)
- Tabela 5 - Relação entre religiosidade dos cuidadores de idosos e as dimensões da 53
escala OHIP-14, Brasil, 2019. (n=194)

Capítulo 2

- Tabela 1 - Estados de saúde do EQ-5D segundo frequência absoluta e percentual e os 62
valores média e desvio padrão de VAS entre os cuidadores de idosos. Ilha Solteira,
Brasil, 2019. (n = 194)
- Tabela 2 - Comparações de subgrupos na amostra de cuidadores de idosos, Ilha 63
Solteira, Brasil, 2019. (n=194)
- Tabela 3 - Análise de regressão logística univariada para a dimensão atividades 64
habituais, Ilha Solteira, Brasil, 2019. (n=194)
- Tabela 4 - Análise de regressão logística univariada para a dimensão dor/mal-estar, Ilha 65
Solteira, Brasil, 2019. (n=194)

LISTA DE FIGURAS

Capítulo 2

Figura 1 - Percentual de cuidadores de idosos segundo nível de problemas relatados 61
para cada dimensão do EQ-5D-3L, Ilha Solteira, Brasil, 2019. (n=194). (n=194)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO GERAL	11
2 OBJETIVO	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 METODOLOGIA EXPANDIDA	15
3.1 Tipo de pesquisa	15
3.2 Local da Pesquisa	15
3.3 População e amostragem	16
3.4 Critérios de inclusão	16
3.5 Critérios de exclusão	17
3.6 Variáveis do estudo	17
3.7 Estudo piloto	17
3.8 Coleta dos dados	17
3.9 Análise dos dados	18
3.10 Aspectos éticos	19
4 REVISÃO DE LITERATURA	21
5 CAPÍTULO 1 - O Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida de Cuidadores Domiciliares de Idosos e Práticas em Saúde Bucal	37
5.1 Resumo	37
5.2 Abstract	37
5.3 Introdução	38
5.4 Métodos	40
5.5 Resultados	42
5.6 Discussão	43
5.7 Referências	45
6 CAPÍTULO 2 - Cuidadores Domiciliares de Idosos: Qualidade de Vida e Práticas no Processo de Cuidar	54
6.1 Resumo	54
6.2 Abstract	54
6.3 Introdução	55
6.4 Objetivo	56
6.5 Método	56
6.6 Resultados	58
6.7 Discussão	65
6.8 Conclusão	68
6.9 Referências	68
ANEXOS	73

1 INTRODUÇÃO GERAL *

A população brasileira tem passado nas últimas décadas por um rápido processo de envelhecimento e de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, o número de pessoas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões até 2050, isso representará um quinto da população mundial. Segundo projeções estatísticas da OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Isso causará impacto direto nos sistemas de saúde pública e previdenciário do país, e na forma de cuidar dessas pessoas^{1,2}.

A Constituição Federal³ (CF/88) em seu Título VIII, Capítulo II, Seção II, dos artigos 196 ao 200 trata da Saúde. Dispõe:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. (Art. 196, CF/88)³

O Título VIII, Capítulo VII da CF/88 trata da família, da criança, do adolescente, do jovem e do idoso. Em seu artigo 230 enfatiza que o dever de assistência aos idosos não é só da família, mas também da sociedade e do Estado; assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida³.

O cuidar da pessoa idosa é formado por uma tríade: idoso e família, grupo de apoio à comunidade e equipe de atenção em saúde, os quais devem estar sincronizados para se obter um resultado satisfatório na atenção ao idoso^{4,5}.

Na década de oitenta surgiu nos Estados Unidos o conceito de “*Home Health Care*” relacionado à internação domiciliária, como uma alternativa aos altos custos da internação hospitalar, e que logo se revelou eficiente não só na redução dos custos, como também na redução de infecções adquiridas em ambientes hospitalares⁶. “*Cuidar em casa*” não é exatamente uma novidade; tampouco deve ser tratado como um modismo, mas sim como uma modalidade mais contemporânea de cuidar⁷.

A saúde do idoso é norteadada pela capacidade de manter uma vida autônoma e independente, expressa pela capacidade de autodeterminação e execução das atividades de vida

* Lista de Referências no Anexo A

diária⁸. A capacidade dos idosos em executar tais atividades é classificada em três níveis: independente, dependência parcial e dependência total⁹.

As mudanças advindas da terceira idade levam os idosos, em muitos casos, a necessitar de alguém para auxiliá-los em atividades que antes pareciam de simples execução, neste novo panorama, surge a figura do cuidador de idosos. Este pode ser definido como alguém que auxilia o idoso na realização das tarefas cotidianas, as quais não pode mais fazer sozinho, assumindo a responsabilidade de apoiar e ajudar nestas necessidades melhorando qualidade de vida dos idosos sob cuidado¹⁰.

Os idosos dependentes e os parcialmente dependentes, necessitam da ajuda de um cuidador, e este deve estar capacitado para exercer tal função¹¹. Em muitos casos, a atividade do cuidador passa-nos sob um olhar desatento e a falta de apoio e devida capacitação, resulta em desgaste tanto para o cuidador quanto para o ser cuidado. No Brasil, o cuidador não tem seu papel reconhecido, e tal lacuna é um fator a mais a ser considerado no planejamento de políticas públicas de saúde para idosos¹²⁻¹⁴.

Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, seus gestos e falas, sua dor e limitações. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada. Isso vai além dos cuidados com o corpo físico, pois, por trás do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, existem as questões emocionais, a história de vida e os sentimentos e da pessoa receptora de cuidados¹⁵.

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem estar pessoal, sendo considerada como a percepção que o indivíduo tem de sua própria vida em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, no contexto cultural e sistema de valores nos quais vive¹⁶. Essa percepção é construída por características subjetivas e multidimensionais como fatores culturais, socioeconômico, estado emocional, a interação social, necessidades espirituais e materiais, valores que são agregados à experiência de vida^{17,18}.

Estudos mostram que os níveis elevados de envolvimento religioso estão associados a indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, alegria de viver e afetividade e também com a construção de sentido e ordenação da vida dos indivíduos, influenciando direta e positivamente a saúde¹⁹⁻²¹. Já a dor crônica, vivenciada pelo idoso, tem sido relacionada à causa de impacto negativo na qualidade de vida, não apenas do idoso receptor de cuidado, mas também de seus cuidadores. Esta situação provoca restrições no trabalho e lazer do cuidador, além do prejuízo social, emocional e espiritual, frente ao sofrimento de um ente querido²².

A qualidade de vida também tem sido, frequentemente, associada à saúde bucal, pois as doenças da cavidade oral não só causam dor, mas também podem levar a constrangimento social²³⁻²⁵. A ausência de dor e desconforto na boca, a capacidade de alimentar-se e falar confortavelmente e ter uma boa aparência natural ou restabelecida pela reabilitação dentária são fatores que contribuem para a interação social e a preservação da autoestima do idoso⁸.

As condições inadequadas de saúde bucal na população idosa, caracterizada pelos altos índices de dentes cariados, perdidos e obturados e a elevada taxa de edentulismo e de necessidade de próteses, revelam a histórica odontologia mutiladora, preconizadas no século passado, e a falta de orientação e educação adequada sobre higiene bucal²⁶⁻²⁹. Esta temática é relevante, uma vez que os problemas mastigatórios podem levar à deficiência nutricional, comprometendo o bem-estar físico e mental, a qualidade de vida e o prazer da vida social^{12,30}.

A qualidade e estilo de vida influenciaram diretamente condições de saúde bucal dos idosos. O crescente número desta população desafia as autoridades de saúde pública na maioria dos países. As evidências sobre saúde bucal são particularmente importantes para a OMS em seu esforço para fortalecer a promoção integrada da saúde bucal e a prevenção de doenças em todo o mundo³¹. Recentemente, diversos estudos³²⁻³⁴ têm demonstrado interesse e preocupação com o impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos idosos.

Os familiares ou responsáveis procuram atendimento odontológico para o idoso somente em situações emergenciais como dor, presença de dentes com mobilidade acentuada, receando a deglutição ou aspiração acidental destes, ou ainda, por algum dente cariado ou fraturados que esteja ferindo a língua³⁵.

A saúde bucal do idoso merece atenção especial pelo fato de que, historicamente, os serviços odontológicos não priorizaram a atenção a esse grupo populacional. O idosos possuem altos níveis de edentulismo, alta prevalência de cárie e de doenças periodontais³⁶. A perda total dos dentes (edentulismo) ainda é aceita pela sociedade como algo normal, que naturalmente acontece com o avanço da idade, e não como reflexo da falta de políticas preventivas de saúde, destinadas principalmente à população adulta, para que mantenha seus dentes até idades mais avançadas²⁷.

Mesmo com algum grau de dependência, os idosos são capazes de perceber suas necessidades em relação à saúde bucal e a dependência física não é necessariamente acompanhada da incapacidade de fazer escolhas³⁷. Alguns não alcançam uma boa higiene da boca e ou das próteses dentárias devido à falta de informação, dificuldade de visão e comprometimento da destreza. Estes dependem do auxílio de cuidadores para realizarem atividades básicas de higiene³⁸.

A formação qualificada da equipe multidisciplinar, com amplo conhecimento de Geriatria e Gerontologia, é necessária e urgente, visto que, ao atender o idoso, a equipe de saúde deve estar atenta a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente os acometem. Essa qualificação justifica um cuidado diferenciado, que proporciona melhoria na qualidade de vida das pessoas idosas^{12,39}.

O cuidado domiciliar traz benefícios tanto na racionalização do uso de serviços públicos, quanto na redução do risco de infecção hospitalar, por manter o paciente no núcleo familiar, contribuindo ainda com o aumento na qualidade de vida⁴⁰.

A prática do cuidado domiciliar ao idoso realizada pelas mulheres é comum, sendo na maioria mulheres aposentadas e que já cuidavam das atividades domésticas, o que as coloca em uma situação quase que imposta pelos familiares⁴⁰⁻⁴². Por se tratar de um trabalho contínuo, sem descanso, sem férias, muitas vezes desgastante, imputado e sem preparo específico, isso causa isolamento afetivo e social⁴⁰.

Percebe-se então, a importância do suporte formal para esses cuidadores, pois o conhecimento prévio sobre: cuidar de feridas, prevenção de úlceras, banho e mobilização no leito, são facilitadores do cuidado⁴¹.

O cenário brasileiro mostra um grande déficit na formação de profissionais para cuidar adequadamente dos idosos. Não há regulamentação específica para a profissão cuidador de idosos, o que dificulta o estabelecimento de remuneração para esses profissionais, sendo os baixos salários a causa da procura de outras formas de compensação salarial, contribuindo com o estresse desses profissionais⁴².

Conhecer as significações dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente, promover maior adesão da população e entender, mais profundamente, certos sentimentos, ideias e comportamentos tanto dos pacientes, quanto dos familiares⁴³. O grande desafio da Odontologia brasileira e mundial contemporânea é reconstruir novas práticas no campo da assistência, do ensino e da pesquisa, conjugando prática e ciência e transformando a própria Odontologia na ação de se fazer, pensar e produzir no âmbito da saúde e da vida^{36,44}.

Diante do exposto e sabendo do importante papel dos cuidadores de idosos na prestação do cuidado, orientação e prevenção das doenças bucais, propõe-se neste estudo, avaliar a qualidade de vida e identificar o conhecimento dos cuidadores em relação às práticas no processo de cuidar, bem como conhecer a condição bucal do cuidador e do idoso sob seu cuidado.

Os resultados desta dissertação estão apresentados em dois capítulos, na forma de artigos, sendo o primeiro relacionado ao impacto das condições bucais na qualidade de vida de cuidadores domiciliares de idosos e às práticas em saúde bucal e o capítulo 2 à qualidade de vida dos cuidadores domiciliares de idosos e às práticas no processo de cuidar

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade de vida dos cuidadores domiciliares de idosos e conhecer a condição bucal do cuidador e do idoso sob seu cuidado e as práticas no processo de cuidar.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar o perfil sociodemográfico dos cuidadores.
- Identificar o conhecimento dos cuidadores sobre saúde bucal.
- Verificar as práticas, em saúde bucal, realizadas pelos cuidadores.
- Conhecer a condição bucal do cuidador e do idoso receptor de cuidado
- Identificar as dificuldades vivenciadas pelos cuidadores na realização das práticas no processo de cuidar.
- Avaliar a qualidade de vida dos cuidadores utilizando os instrumentos OHIP-14 e EQ5D-3L/VAS.

3 METODOLOGIA EXPANDIDA.

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de estudo transversal, tipo inquérito, com abordagem quanti-qualitativa, realizado com cuidadores domiciliares e idosos receptores de cuidados.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Ilha Solteira, interior do Estado de São Paulo, que possui uma população de 4.441 habitantes acima de 60 anos, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O município encontra-se organizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. Cada Unidade Básica de Saúde (UBS), possui em sua equipe os profissionais médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde e/ou agente de endemias, entretanto, o atendimento público na área da odontologia é realizado no Centro Odontológico Municipal, portanto a equipe de saúde bucal não integra a ESF.

3.3 População e amostragem

O processo de amostragem aconteceu em duas etapas. Na primeira, foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde, uma relação de domicílios que continham idosos com cuidadores, a partir do cadastro das famílias realizado pelas Equipes de Saúde da Família. Foi então obtida uma relação com 243 domicílios e considerado como cuidador domiciliar o indivíduo responsável pela prestação dos cuidados diários ao idoso, com ou sem remuneração.

O tamanho da amostra calculado com o auxílio do software Epi Info 7.2, considerando 95% o nível de confiança, com margem de 5% de erros, foi de 147, no entanto optou-se, na segunda etapa, por visitar todos os 243 domicílios.

Houve uma perda de 20,16%, representada por recusa na participação do estudo, falecimento do idoso, mudança de endereço, idoso morando sozinho no momento da pesquisa e domicílio fechado, após três tentativas, sendo assim a amostra final foi composta de 194 domicílios visitados. Em cada domicílio um cuidador e um idoso foi examinado, portanto o total de sujeitos da pesquisa foi de 388, sendo 194 cuidadores e 194 idosos receptores de cuidado.

3.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos todos os cuidadores de idosos membro da família ou profissional contratado, com participação ativa e constante na rotina de cuidados com o idoso.

3.5 Critérios de exclusão

Não foram considerados cuidadores domiciliares, aqueles membros da família que participavam eventualmente dos cuidados prestados ao idoso. Foram excluídos os cuidadores e idosos de domicílios que não apresentassem segurança ou que a estrutura da casa impedisse a realização do exame clínico e também os cuidadores daqueles idosos, cuja situação de saúde impossibilitasse a realização do exame clínico bucal.

3.6 Variáveis do estudo

As seguintes variáveis independentes foram investigadas nas entrevistas: idade; sexo; estado civil; grau de parentesco; grau de instrução; tipo e o grau de importância da religião; tempo de trabalho e atividade prévia como cuidador; remuneração; carga horária; atividades realizadas no cuidado; dificuldade enfrentada e grau de dependência do idoso¹² classificada em três níveis: independente, moderadamente dependente e totalmente dependente.

As condições clínicas de saúde bucal foram avaliadas por meio do exame bucal, realizado no próprio domicílio com auxílio de espátula abaixadora de língua e lanterna, empregando os índices CPOD e uso e necessidade de próteses, cujo códigos foram registrados em fichas de exame clínico bucal para cada participante.

Em relação as atividades em saúde bucal, registraram-se os procedimentos de escovação dos dentes, da língua e das próteses, realizadas pelos cuidadores nos idosos; uso de enxaguante bucal pelos idosos; a frequência diária destas atividades; onde o cuidador aprendeu a realizar os procedimentos em saúde bucal e a maior dificuldade enfrentada por eles.

3.7 Estudo Piloto

Estudo piloto foi realizado para adequação do instrumento, composto por questionário semiestruturado com questões sobre o perfil do cuidador e as atividades desempenhadas como cuidador; pela escala OHIP-14; ficha de exame bucal com os índices CPOD e uso e necessidade de prótese e instrumento EQ-5D-3L. Os participantes do estudo piloto foram excluídos da amostra final.

3.8 Coleta dos dados

Um pesquisador treinado realizou a entrevista, no período de janeiro à abril de 2019, com o cuidador e o exame bucal no cuidador e no idoso, com uma média de duração de 30 minutos para cada visita. Utilizou-se os questionários *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14), *EQ-5D-3L* incluindo a *escala visual analógica (EQ-VAS)* e o roteiro estruturado onde foram coletados dados do perfil socioeconômico do cuidador; satisfação e dificuldades relacionadas ao trabalho; conhecimento em saúde bucal e práticas odontológicas de higiene bucal. Para investigar o impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos selecionados exame clínico do cuidador e do idoso sob cuidado aplicou-se a escala OHIP-14^{45,46}.

Os dados da qualidade de vida relacionada à saúde bucal foram obtidos por meio da aplicação do OHIP-14 na modalidade entrevista, tendo em vista possíveis dificuldades na leitura e escrita por parte dos sujeitos da pesquisa. A escala codificada do instrumento (0 = nunca; 1 = raramente; 2 = às vezes; 3 = frequentemente; 4 = sempre), permitiu a obtenção do valor máximo de 4 para cada uma das 14 perguntas e a pontuação variando entre 0 e 8 para cada dimensão. Foi considerado sem impacto pontuação menor que 3 e com impacto para o valor igual e maior que 3. Desta forma as maiores pontuações representaram pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

O EQ-5D-3L/VAS é um instrumento de medição autopercepção da qualidade de vida relacionada à saúde. A primeira parte do instrumento (EQ-5D-3L) é composto por questionário baseado num sistema classificativo que descreve a saúde em cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão⁴⁷⁻⁵⁰. Cada uma das dimensões possui três níveis de gravidade relatados pelos indivíduos: 1=sem problemas, 2=alguns problemas e 3=problemas extremos, resultando um total de $3^5=243$ (onde 3=número de níveis e 5=número de dimensões) estados de saúde distintos.

O melhor estado de saúde é representado por 11111, as respostas para cada dimensão é dada pelo número 1=sem problemas, ou seja Mobilidade=1, Autocuidado=1, Atividades habituais=1, Dor/mal-estar=1 e Ansiedade/depressão=1) e o pior estado de saúde é representado por 33333, no qual as respostas para cada dimensão é dada pelo número 3=problemas extremos, ou seja Mobilidade=3, Autocuidado=3, Atividades habituais=3, Dor/mal-estar=3 e Ansiedade/depressão=3).

A segunda parte do instrumento refere-se a escala visual analógica (VAS) representada por um termômetro com escala de 0 a 100, onde 0 representa o pior estado de saúde imaginável e 100 representa o melhor estado imaginável.

3.9 Análise dos dados

Os dados coletados foram organizados e registrados no programa Epi Info versão 7.2. Algumas variáveis foram dicotomizadas para a realização das análises. A faixa etária foi dividida em dois grupos: os cuidadores com idade de 20 a 60 anos e os com 60 anos ou mais. A variável necessidade de prótese em: os cuidadores com necessidade e os sem necessidade de prótese.

Quanto a religiosidade os grupos foram divididos em: com religião (CR), para os cuidadores que declaram a religião e sem religião (SR), para aqueles que disseram não praticar nenhuma religião. O grau de importância da religião em: MI, para o grupo de cuidadores que consideraram a religião muito importante para sua vida; e PI, para aqueles que consideraram a religião, pouco ou nada importante para sua vida.

Para medir a associação, os testes qui-quadrado ou exato de Fisher, de acordo com os valores esperados nas tabelas de contingência, foram empregados e para avaliar a força da associação entre evento e exposição calculou-se o Odds-ratio (OR) pelo método de Mantel-Haenzsel combinado.

Para a análise do EQ-5D-3L, os dados foram distribuídos de acordo com as características sociodemográfica; frequência absoluta dos cuidadores segundo o tipo de atividade de cuidado com o idoso; percentual de cuidadores nas cinco dimensão e em cada um dos três níveis do EQ-5D-3L e a frequência e média dos valores de VAS em cada um dos estados de saúde encontrados no estudo.

A amostra foi dicotomizada em dois subgrupos: “Cuidadores sem problema”, aqueles que apresentaram apenas a pontuação 1 em cada uma das cinco dimensões e “Cuidadores com problema”, para aqueles que apresentaram as pontuações 2 e 3 (ou seja, com problemas moderados e ou graves). Avaliou-se o comportamento dos grupos nas cinco dimensões do EQ-5D e nos valores médios de VAS em relação às variáveis: sexo, idade, estado civil, grau de parentesco, grau de instrução, religião e dependência do idoso.

Para testar as diferenças entre os subgrupos foi aplicada a regressão logística univariada. Os dados foram processados no programa Epi Info versão 7.2 e analisados no BioEstat versão 5.3, ao nível de significância de 5%.

3.10 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – FOA/Unesp, respeitadas as normas e diretrizes da Resolução 466/2012, da

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamentam as pesquisas com seres humanos no Brasil, e aprovada sob o parecer de número 3.064.254. Os participantes receberam esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

4 REVISÃO DE LITERATURA

QUADRO 1 - Artigos científicos consultados, relacionados à dissertação

	AUTOR	TÍTULO DO ARTIGO	REVISTA/ ANO	OBJETIVO	ESTUDO/AMOSTRA/COLETA DE DADOS	RESULTADOS	CONCLUSÃO
1	Israel NE, de Andrade OG, Teixeira JJ.	A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional.	Ciência & Saúde Coletiva 2011.	Identificar percepções de cuidadores familiares sobre o processo de recuperação física idosos dependentes.	Pesquisa qualitativa descritiva com 6 cuidadores familiares. Para avaliar a capacidade funcional dos idosos usou índice de Barthel que avalia as atividades básicas de vida diária (ABVD) e entrevistas gravadas	Mediante a transcrição e análise temática surgiram cinco temas, em destaque: conceito popular de reabilitação, o processo da incapacidade funcional, principais recursos utilizados e a motivação do idoso e do cuidador.	Os cuidadores familiares não percebem o processo de recuperação física de forma dicotomizada do cuidado realizado e suas ações estão voltadas para a recuperação ou melhora de forma integral de seus idosos. A recuperação física parece ser o mesmo que recuperar a independência das ABVD. É ser independente e não necessitar de outra pessoa para o próprio cuidado.
2	Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW.	Studies of Illness in the aged. The index ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function.	JAMA, Chicago 1963	Comparar padrões de função revelada no Índice de AVD (atividade de vida diária) com padrões de função descritos nas áreas de desenvolvimento infantil e antropologia	Estudo observacional com 1001 pacientes/ avaliar as funções das atividades de vida diárias/ 20 observadores treinados, observaram os pacientes em suas AVD e os classificaram de acordo com o index of independence ADL.	86% das avaliações apresentado da seguinte forma: Independente. Dependente no banho. Dependente de tomar banho e se vestir. Dependente de tomar banho, vestir-se e ir ao banheiro. Dependente em tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro e transferindo. Dependente em tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e continência. Dependente em tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação.	Observou que a ordem de recuperação das funções do Índice em pacientes com deficiência é semelhante à ordem de desenvolvimento de funções primárias em crianças. Esse paralelismo e semelhança com o comportamento dos povos primitivos, sugere que o índice esteja baseado em funções biológicas primárias e psicossocial, refletindo a adequação de organizado neurológica e resposta locomotora.

3	Simons D, Baker P, Jones B, Kidd EA, Beighton D.	An evaluation of na oral health training programme for cares of the elderly in residential home.	British Dental Journal, 2000.	O objetivo deste estudo foi avaliar o treinamento de cuidadores em saúde bucal com critérios objetivos e subjetivos.	Pesquisa transversal com 39 cuidadores e 213 idosos institucionalizados. Conhecimento sobre saúde bucal programa de treinamento em saúde bucal: 1- Avaliação clínica "Plaque Index" índice placa e "Gingival Index" índice gengival. 2- curso treinamento em saúde bucal e aplicação de questionário antes, final e uma semana após. 3- acompanhamento após um ano	O conhecimento básico dos cuidadores sobre a saúde bucal era ruim; o programa de treinamento em saúde bucal foi apreciado e seus ganho de conhecimento após uma semana foi alta. Os idosos não perceberam nenhuma mudança na higiene bucal dada por cuidadores ou depois de uma semana ou depois de um ano e não houve melhoria mensurável na saúde bucal após treinamento de cuidadores, exceto por um aumento nas superfícies coronais tratadas. Poucos dos cuidadores originalmente treinados ainda estavam trabalhando nas mesmas instituições após um ano.	Embora o programa de treinamento do cuidador tenha sido bom não houve mudanças na prática de saúde bucal. Obstáculos para a prática de cuidados orais por cuidadores permaneceram e mesmo quando incluindo habilidades práticas, avaliação por pares e alta ganho de conhecimento, essas barreiras não foram reduzidas.
4	Rovida TAS, Peruchini LFD, Moimaz SAS, Garbin CAS.	O conceito de saúde geral e bucal na visão dos cuidadores de idosos.	Odontologia clínico-científica, 2013.	Analisar a percepção dos cuidadores de idosos em relação aos conceitos de saúde geral e bucal	Pesquisa qualitativa com 42 cuidadores institucionalizados. Conhecimento sobre saúde bucal usando a técnica DSC	A saúde bucal consiste nos hábitos de higienização e na boa alimentação, enquanto a ausência e compreendida pelas sequelas das patologias bucais. Os antigos conceitos de saúde estão sendo substituídos pelas novas percepções de qualidade de vida, porem eles ainda são divergentes entre profissionais mais antigos e os formados nas últimas duas décadas. Na odontologia ainda permanece o antigo conceito da ausência de sintomas.	Para uma parcela dos cuidadores, os idosos institucionalizados não possuem saúde bucal, e a única forma de melhorar sua condição e por meio do atendimento clínico.
5	Alcântara CM, Dias CA, Rodrigues SM, Reis FA.	Estudo comparativo da condição de saúde bucal de idosos não	Physis Revista de saúde coletiva, 2011.	Comparar a condição de saúde bucal de idosos não institucionalizados	Pesquisa epidemiológica transversal com 505 idosos não institucionalizados. Avaliação clínica das mucosas e índice	Acesso aos serviços odontológicos, 61,8% dos idosos afirmaram não terem ido ao dentista nos últimos 12	Concluiu que a condição de saúde bucal dos idosos avaliados e precária, encontrando-se distante do

		institucionalizados de Governador Valadares - MG, com a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde para 2010.			CPOD. Questionário 25 questões fechadas de múltipla escolha sobre perfil socioeconômico, acesso a serviços odontológicos e auto percepção em saúde bucal	meses que antecederam a entrevista. Destes, 37,9% relataram ter procurado o sistema público por motivo de consulta de rotina, reparos e manutenção protética. O resultado do índice CPO-D encontrado foi de 27,9. Quanto ao uso e a necessidade de prótese, constatou-se que 46,9% dos idosos utilizavam a total removível, 33,3% não utilizavam nenhum tipo, 54,1% não apresentavam necessidade de uso e 23,8% necessitavam de prótese total removível.	padrão estabelecido pelas metas da OMS para o ano 2010.
6	Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ.	Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos.	Rev. Ciência e Saúde Coletiva, 2007.	Analisar percepções, memórias e crenças de um grupo de idosos japoneses quanto às perdas dentárias	Pesquisa qualitativa com 40 indivíduos, usando DSC para analisar percepções, memórias e crenças quanto às perdas dentárias	Foram definidas as categorias de análise: motivo das perdas dentárias, momento das perdas e o papel do cirurgião-dentista.	Dificuldades de acesso à assistência odontológica e a naturalização da perda dentária constituem fatores sociais e culturais fortemente imbricados que resultam em edentulismo precoce. Dor e medo são sentimentos estritamente ligados à imagem do cirurgião-dentista, ainda que se reconheça uma evolução na odontologia, tanto com relação aos equipamentos, materiais e técnicas utilizadas quanto à formação e conduta do profissional.
7	Saliba NA, Moimaz SAS, Marques JAM, Prado RL.	Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre a saúde bucal.	Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2007	Avaliar perfil e conhecimento sobre saúde bucal de cuidadores de idosos	Pesquisa transversal com 18 cuidadores de 3 instituições. O conhecimento de saúde bucal e hábitos de hig. Oral coletados por entrevista semi estruturada e gravada.	Mais da metade dos entrevistados (61,11%) relatou ter iniciado o trabalho por necessidade, não por afinidade. Quanto ao conhecimento em saúde bucal, detectou-se carência de informações, sendo	Constatou-se que os cuidadores precisam ser informados sobre aspectos de saúde bucal voltados para idosos.

						que a maior parte necessita de esclarecimento quanto aos problemas mais prevalentes que ocorrem na boca e muitos deles (55,56%) acreditam que a perda dos dentes faz parte do envelhecimento.	
8	Unfer B, Braun K, Silva CP, Pereira Filho LD.	Autopercepção da perda de dentes em idosos.	Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2006	Analisar as percepções de um grupo de idosos sobre a perda de dentes	Pesquisa qualitativa com 23 idosos. Autopercepção da perda de dentes coletado por DSC	Os principais resultados sugerem que a falta de dentes trouxe problemas funcionais e psicológicos, mas que parecem ser compensados pela resolução do problema estético. As justificativas reveladas pelo sujeito coletivo para o edentulismo refletem predominantemente o modelo de atenção à saúde, em que predominam procedimentos cirúrgico restauradores e reabilitadores, em detrimento de ações preventivas e educativas.	Imprescindível o desenvolvimento de iniciativas no campo da educação e prevenção em saúde bucal, enfatizando ações voltadas para a atenção integral do idoso, destacando-se a dimensão social das doenças e o papel do Estado como provedor da saúde e da qualidade de vida de todos os cidadãos.
9	Rovida TAS, Moimaz SAS, Garbin CAS, Dias IA, Saliba NA.	Contribuição do processo ensino-aprendizagem na qualificação de recursos humanos no cuidado da saúde bucal dos idosos.	Interagir: pensando a extensão. 2016	Analisar e descrever a experiência do projeto Sempre Sorrindo e sua contribuição na formação profissional	Exploratório, descritivo, análise documental com documentos de 2000 a 2015. Contribuição do projeto SS na formação dos profissionais.	Formação de vínculos com as instituições de idosos locais relatados por categorias: Saúde bucal do idoso; Planejamento e organização do projeto; Ações estratégicas; Agência de Fomento; Compromisso com a formação profissional e Desenvolvimento de produtos. As atividades realizadas no projeto favorecem o estabelecimento da relação entre o ensino superior e a sociedade, imprescindível para a formação de profissionais	O projeto de extensão contribui no processo ensino-aprendizagem, alicerça a formação humana e profissional, tem extrema relevância social, por meio das ações voltadas para a atenção da saúde bucal do idoso e a qualificação de recursos humanos.

						comprometidos com a realidade social.	
10	Garbin CAS, Sumida DH, Moimaz SAS, Prado RL, Silva MM.	O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos.	Ciência & Saúde Coletiva. 2010	Relatar a percepção dos cuidadores de idosos em relação ao envelhecimento	Pesquisa qualitativa com 18 cuidadores institucionalizados. A percepção sobre o envelhecimento coletada por DSC.	Para os cuidadores que conseguem obter satisfações e enxergam recompensas nesse serviço, o próprio processo de envelhecimento pode ser mais saudável e mais tranquilo porque eles compreendem tudo o que acontece com cada idoso. É necessário lembrar também que apenas o tratamento clínico do idoso na instituição não é suficiente para a qualidade de vida e o bem-estar, especialmente quando esse tratamento apresenta falhas no conhecimento técnico-científico.	Necessária a prática de atividades físicas e de lazer, além do contato pessoal que inclui carinho, amor e atenção. Buscar estratégias de capacitação teórica e suporte psicológico a esse grupo, pensando no seu bem-estar e no bem-estar do idoso.
11	Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G, Moimaz SAS.	Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada	Rev Assoc Paul Cir Dent, 1999	Avaliar os índices CPOD/ICNTP/uso ou necessidade de prótese segundo OMS.	Pesquisa epidemiológica com 97 indivíduos 42 a 102 anos institucionalizados. Levantamento epidemiológico seguindo critérios da OMS.	O número de dentes perdidos 18,5 (69% desdentados totais e 31% parciais). No edêntulos parciais CPOD 25,10. ICNTP (71% sextante excluídos, 58% necessidade de tratamento periodontal tipo II). Dos 67 desdentados totais 48% fazem uso de pelo menos uma prótese total e 52% não usam nenhum tipo de prótese.	Os idosos não têm acesso ao atendimento odontológico. Quadro epidemiológico grave elevado índice de cárie, de problemas periodontais e edentulismo. Não há atenção em relação as medidas preventivas, por parte dos idosos (falta de conhecimento e motivação). A maioria não usa prótese (problemas financeiros). Necessidade de implantação de políticas de saúde.

12	Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG.	Oral health care among nursing home residents in Avon.	Gerodontology. 2000	Avaliar os padrões atuais de cuidados com a saúde bucal em idosos institucionalizados antes de desenvolver e avaliar uma intervenção de promoção da saúde.	Pesquisa descritiva, entrevista com 412 idosos institucionalizados. Para o levantamento epidemiológico usou os seguintes índices: * estomatite Budtz-Jorgensen * índice de placa-Greene e Vermillion * gengivite-método de O'Leary.	Os sujeitos eram funcionalmente dependentes em algum grau. Com esse grau de fragilidade, é improvável que muitos sujeitos fossem capazes de realizarem higiene bucal eficaz. Entre idosos com mais de 75 anos, 13% visitaram dentista no ano passado, muito baixo em comparação aos 33% de registros no sul da Inglaterra (excluindo Londres). 1 em 5 moradores estava experimentando alguma forma de dor oral ou desconforto que necessitasse de tratamento. Os doentes institucionalizados, doentes crônicos e idosos correm o risco de desenvolver cárie e doenças nas mucosas, devido as prótese e acúmulo de placa bacteriana. A subnotificação de sintomas é comum em idosos e isso dá uma falsa ideia de que não necessitam de dos serviços de saúde bucal.	A evidência sugere para medicina e enfermagem, a boca está separada "do resto do corpo", de modo que os cuidados de saúde bucal são muitas vezes esquecidos. Nem cuidadores enfermeiros, nem assistentes são treinados para realizar cuidados de saúde oral, embora reconheçam essa deficiência e estão dispostos a aumentar sua compreensão e habilidades. Enquanto isso, os indivíduos(idosos) correm o risco de perda de dignidade e auto-estima, diminuição da qualidade de vida e aumento dos níveis de doença bucal.
13	Rocha Júnior PR, Corrente JE, Hattor CH, Oliveira IM, Zancheta D, Gallo CG, et al.	Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com déficit de autocuidado	Ciência & Saúde Coletiva. 2011	Avaliar um Programa de Capacitação para Cuidadores Informais na qualidade de vida de idosos	Estudo epidemiológico, do tipo ensaio clínico não controlado com 15 idosos/ avaliar o programa/ questionário SF-36 (aplicou o programa com os cuidadores e depois de 2 meses aplicou o SF 36 nos idosos.	Houve um aumento significativo dos escores relacionados ao domínio "saúde mental" e uma diminuição significativa dos relacionados às "limitações por aspectos físicos".	Concluiu que deve ser incentivada a formação de grupos de cuidadores informais, conduzidos por profissionais da área de saúde, para fomentar o conhecimento, a troca de experiências e a discussão sobre estratégias para melhorar o ato de cuidar.

14	Miranda AF, Miranda MPAF, Lia EM, Leal SC.	Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia	RGO Porto Alegre. 2010	Abordar as características e sugerir orientações ao atendimento odontológico nas fases da evolução demencial	Revisão de literatura/ apontar a evolução dos diferentes estágios da doença de Alzheimer e atuação do cirurgião-dentista.	O cirurgião-dentista deve ter conhecimento dos diferentes estágios desta doença e suas características para direcionar a atenção em saúde bucal de forma individualizada a seus pacientes.	A participação dos cuidadores, familiares, além da equipe de saúde é fundamental e também necessária para a manutenção da saúde bucal desses idosos.
15	Pereira KCR, Guimarães FS, Alcauza MTR, Campos DA, Pires ROM.	Percepção, Conhecimento e Habilidades de cuidadores em saúde Bucal de idosos acamados.	Saúde&Transformação Social. 2014	Conhecer o perfil do cuidador de idosos, a percepção, conhecimentos e habilidades destes em relação à saúde bucal	Pesquisa qualitativa exploratória com 9 cuidadores domiciliar. Os dados perfil, conhecimento, habilidades e percepções dos cuidadores coletados entrevista semi-estruturada e gravada.	Os resultados demonstraram que apesar do cuidador conhecer a importância da integralidade da saúde bucal, muitas vezes falta-lhe conhecimento e habilidade suficientes para a condução destes cuidados, ficando sua preocupação voltada principalmente aos cuidados com a prótese dentária, mais especificamente com a higienização desta, em detrimento de estabilidade e proteção das mucosas bucais.	A higienização da prótese é o ato mais importante na saúde bucal do idoso. São necessárias políticas no sentido prover a sociedade de condições para que a função profissional cuidador de idosos seja exercida cada vez mais por profissionais que a elejam por opção e não por necessidade, de forma remunerada e satisfatória,
16	Pedreira LC, Oliveira AMS.	Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares	Rev. Bras Enferm REBEN. 2012	Identificar na ótica do cuidador as mudanças ocorridas após o evento gerador de dependência no idoso	Pesquisa qualitativa de campo com 8 cuidadores domiciliares. As informações sobre mudanças ocorridas nas relações familiares após o evento gerador da dependência no idoso foram coletadas entrevista gravada com questões norteadoras e diário de campo e feita a análise de Bardin.	A união familiar preexistente a dependência predispõe alterações positivas, favorecida com suporte formal e informal. A sobrecarga do cuidador familiar, por falta de apoio, pela idade e atividades do cuidador, leva a situações negativas na família.	A efetividade das políticas públicas para prestar suporte formal aos idosos e seus cuidadores, e a criação de grupos de apoio, podem contribuir no bem estar da família.
17	Rovida TAS, Prado RL, Joaquim RC, Tano LF, Garbin CAS.	Elderly caregivers at long-stay institutions: quality of life and temporomandibular dysfunction.	Braz J Oral Sci. 2015	Avaliar perfil, QV, DTM em cuidadores de idosos	Pesquisa qualitativa, entrevista gravada com formulário semi-estruturado com 39 cuidadores institucionalizados/ associação entre DTM e QV/ WHOQOL-BREF, questionário Fonseca, socio-demográfico.	O sexo feminino foi responsável por 94,9% da amostra. O salário médio mensal foi de R \$ 832,00. A semana média de trabalho foi de 39 horas. Os domínios do WHOQOL mostraram médias seguintes: 74,25 Físico; 70,33	Concluiu que não houve relação entre a qualidade de vida e sintomas de disfunção temporomandibular entre os cuidadores de idosos deste estudo.

						Psicológico; 65,79 Assuntos Sociais; 58,38 Ambiente. DTM leve esteve presente em 43,6% dos cuidadores, dos quais 7,7% eram moderados, 5,2% 23,0% dos profissionais eram assintomáticos e 20,5% não responderam. A Associação entre a DTM e a qualidade de vida mostrou $p = 0,6752$.	
18	Almeida MEL, Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA.	Um olhar sobre o idoso: estamos preparados?	Rev. Da Fac Odontol Porto Alegre. 2004	Identificar no aluno de odontologia a percepção sobre a velhice e as causas que o levaram a participar do programa de atenção aos idosos	Pesquisa qualitativa com apoio teórico na fenomenologia/16 alunos/ percepção sobre a velhice/ questionário com questões abertas	Os resultados relativos aos pensamentos e sentimentos dos estudantes no primeiro contato com os idosos foram sintetizados em palavras chaves como: abandono, solidão, tristeza, compaixão, medo, companhia, vida, carência e solidariedade. A maioria dos entrevistados revelou que a velhice está relacionada ao desgaste biológico do corpo e à ação do tempo. Essas considerações fundamentam-se num campo de valores e de representações culturais, que exaltam a estética do corpo, que levam a inclusão ou exclusão da velhice.	A participação desses alunos no programa é fundamental para a construção de um novo paradigma da prática Odontológica.
19	Slade GD.	Derivation and validation of a short-form oral health impact profile	Community Dentistry and Oral Epidemiology. 1997	Derivação e validação do OHIP - 14 Este estudo teve como objetivo derivar um subconjunto de itens do Perfil de Impacto	Estudo transversal/1217 idosos/ Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal/ OHIP-49/OHIP-14 Análise de confiabilidade interna, análise fatorial e análise de regressão foram realizadas para derivar um subconjunto (OHIP-14) questionário e sua	O OHIP-14 foi responsável por 94% da variação no OHIP-49; teve alta confiabilidade ($\alpha = 0,88$); continha questões de cada um dos sete dimensões conceituais do OHIP-49; e teve uma boa distribuição de prevalência para perguntas	Embora seja importante replicar esses achados em outras populações, os resultados sugerem que o OHIP-14 tem boa confiabilidade, validade e precisão.

				na Saúde (OHIP-49) - um questionário de 49 itens que avalia as percepções do impacto das condições bucais no seu bem-estar	validade foi avaliada por meio da avaliação das associações com dados sociodemográficos e variáveis clínicas de estado oral. Confiabilidade interna do OHIP-14 foi avaliado pelo coeficiente de Cronbach α . A análise de regressão gerou um ótimo conjunto de 14 perguntas.	individuais. Pontuações do OHIP-14 e pontuações do OHIP-49 mesmo padrão de variação entre grupos sociodemográficos de idosos. Em uma análise multivariada de pessoas dentadas, oito estados orais e dados sociodemográficos variáveis foram associadas ($P < 0,05$) tanto com o OHIP-49 quanto com o OHIP-14.	
20	Oliveira BH, Nadanovsky P.	Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form	Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2005	Avaliação da confiabilidade do OHIP-14 no Brasil	Estudo transversal/504 mulheres pós parto/ avaliação da confiabilidade do OHIP-14 no Brasil/ OHIP-14	Teste-reteste estabilidade e consistência interna, medida pela correlação intraclassa coeficiente (0,87) e pelo α de Cronbach (0,91), mostraram-se adequados. A validade de construto foi confirmada como a correlação entre os escores do OHIP14 com autopercepção de saúde geral e bucal estavam na direção esperada, e as diferenças nos escores dos grupos formados de acordo com a seleção os atributos foram significativos em valores de $P \leq 0,05$ (teste de Mann-Whitney). Além disso, o coeficiente de correlação entre OHIP e OHIP14 foi 0,76.	A versão brasileira do OHIP14 tem boa psicometria propriedades, que são semelhantes às do instrumento original.
21	Cesário VAC, Leal MCC, Marques APO, Claudino KA.	Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer	Saúde Debate 2017	Objetivou-se analisar a relação entre o estresse e a qualidade de vida do cuidador familiar de	Estudo quantitativo descritivo, com 43 cuidadores familiares de idosos com Alzheimer. Os dados foram coletado por meio de entrevista semiestruturada,	Os resultados mostraram que 27 (62,8%) participantes da pesquisa apresentam quadro de estresse. Verificou associação estatisticamente significativa	Verificou-se que os cuidadores familiares de idosos apresentam condições de saúde profundamente afetadas, propiciando um quadro de

				idosos portadores da doença de Alzheimer	utilizando a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida Short-form Health Survey e ao Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos Lipp	entre o estresse e os domínios de qualidade de vida, referentes a aspectos físicos ($p=0,0346$), aspectos sociais ($p=0,0229$) e aspectos emocionais ($p=0,0013$).	estresse o qual está relacionado com a sua qualidade de vida, em especial, nos domínios físicos, sociais e emocionais.
22	Horn R, Heng C, Chea C, Sieng C, Louv C, Turton B, Durward C, Kasim NHA.	Perceptions of oral health among older Cambodians and their caregivers: A qualitative study	Gerodontology. 2018	Explorar as experiências de saúde bucal, práticas e percepções de uma amostra de conveniência de um pequeno mas diversificado grupo de idosos no Camboja	Estudo qualitativo transversal/ Uma amostra de conveniência de 56 idosos e cuidadores foram recrutados em locais urbanos, semi-urbanos e rurais/ percepção sobre saúde bucal dos idosos e cuidadores/ entrevistados grupos focais conduzido por 5 estudantes	Os temas que surgiram foram em torno de baixas expectativas tanto para saúde geral e saúde bucal. A responsabilidade comunitária pela saúde foi expressa, e ambos dinheiro e transporte foram identificados como principais barreiras para o acesso aos cuidados. Participantes reconheceram que tinham problemas de saúde bucal e reconheceram o impacto da função oral em saúde e nutrição.	Este estudo é um primeiro passo importante para melhor compreensão das experiências e percepções em saúde bucal das pessoas idosas no Camboja. Os participantes descreveram que os impactos da má saúde oral são importantes, mesmo quando comparados com outras condições gerais de saúde.
23	Miotto MH, Barcellos LA, Veltren DB.	Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da região sudeste.	Cienc Saude Coletiva. 2012	Avaliar a prevalência de impactos dos problemas bucais na qualidade de vida e associação com variáveis sociodemográficas, clínicas e utilização de serviços por adultos e idosos de Marechal Floriano, ES.	Estudo transversal utilizou uma amostra aleatória de 237 indivíduos. Foram utilizados roteiros para a coleta de dados incluindo o perfil do impacto de saúde bucal (OHIP-14).	A maior percepção de impacto foi encontrada em indivíduos com mais de 40 anos ($OR=2,37$), com necessidade declarada de prótese parcial removível ($OR=2,771$), e de prótese total removível ($OR=2,292$)	A prevalência de impacto observada foi de 35% e associada à faixa etária e à necessidade declarada de prótese. Indicadores subjetivos devem ser utilizados de forma complementar aos indicadores objetivos para determinar a necessidade de tratamento, melhorando a saúde bucal e a qualidade de vida das pessoas.
24	Campos CH, Ribeiro GR, Garcia RCMR.	Oral health-related quality of life in mild Alzheimer: patient versus	Spec Care Dentist. 2016	Comparar as percepções sobre qualidade de vida relacionada à saúde	Estudo qualitativo transversal/16 idosos com Alzheimer e seus cuidadores/ percepção da saúde bucal e qualidade vida/GOHAI	Os escores totais do GOHAI de pacientes com DA e cuidadores foram semelhantes ($P=0,262$). Kappa geral foi bom (0,62). Não houve correlações entre os	Conclusão que os pacientes com DA avaliam e auto relatam sua OHRQoL similarmente ao seu principal cuidador.

		caregiver perceptions.		bucal em idosos e seus cuidadores		escores do GOHAI e a qualidade das próteses.	
25	Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez A, Irigoyen-Camacho E, Cruz-Hervert LP.	Negative impact of oral health conditions on oral health related quality of life of community dwelling elders in Mexico city, a population based study.	Geriatrics & Gerontology. 2017	Estimar o impacto dos problemas de saúde bucal na qualidade de vida relacionada à saúde bucal amostra de idosos mexicanos residentes em casa.	Estudo de coorte/655 pessoas com 70 anos ou mais que residem em um município da Cidade do México/ Qualidade de Vida Relacionada à Saúde Bucal/ OHIP-14	A idade média foi de $79,2 \pm 7,1$ anos; 54,2% eram mulheres. O escore médio do OHIP-14-Sp foi de $6,8 \pm 8,7$, a mediana foi de 4. O modelo final mostrou que homens (RR = 1,30); pessoas com xerostomia (RR = 1,41); não utilização de próteses removíveis (RR = 1,55); utilização de próteses removíveis não funcionais (RR = 1,69); auto-percepção justa da saúde geral (RR = 1,34); igual (RR = 1,43) ou pior (RR = 2,32) autopercepção de saúde bucal em comparação com pessoas da mesma era; e ser dependente de pelo menos uma AVD (RR = 1,71) aumentou a probabilidade de escores mais altos do OHIP-14 sp. Idade, escolaridade, depressão, comprometimento cognitivo e condições periodontais não mostraram associação.	A reabilitação oral pode melhorar a qualidade de vida, educação em saúde e promoção da saúde para idosos e seus cuidadores podem reduzir o risco de problemas dentários.

26	Hernández-Palacios RD, Ramirez-Amador V, Jarillo-Soto EC, Irigoyen-Camacho ME, Mendoza-Núñez VM.	Relationship between gender, income and education and self-perceived oral health among elderly Mexicans: an exploratory study	Cienc Saude Coletiva. 2015	Identificar a relação entre fatores sociodemográficos e a autopercepção da saúde bucal (SPOH) em idosos.	Estudo transversal e exploratório de 150 idosos com idades entre 60 e 86 anos. Esses sujeitos usaram o Índice de Avaliação de Saúde Bucal Geriátrica (GOHAI) para avaliar seu SPOH.	O índice médio de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) para os participantes do estudo foi de $20,1 \pm 5,8$; 21,3% dos indivíduos eram edêntulos e 69,3% dos indivíduos usavam próteses removíveis. 62,7% dos participantes do estudo tinham SPOH pobre (definido como pontuação GOHAI <44). SPOH pobre foi significativamente mais frequente entre os homens (OR = 2,72, IC 95%: 1,03-7,13, $p < 0,05$), indivíduos de baixa renda (OR = 2,7, IC 95%: 1,3 - 5,8, $p < 0,01$) e indivíduos com menos educação (OR = 2,26, IC 95%: 1,1-4,6, $p < 0,05$) do que entre a população geral de sujeitos.	Os achados sugerem que sexo (masculino), baixa renda e baixa escolaridade influenciam significativamente na autopercepção do estado de saúde bucal dos idosos, independentemente da perda dentária.
27	Oliveira EJP, Rocha VFB, Nogueira DA, Pereira AA.	Qualidade de vida e condições de saúde bucal de hipertensos e diabéticos em um município do Sudeste Brasileiro.	Cienc Saude Coletiva. 2018	Avaliar a qualidade de vida relacionada às condições clínicas de saúde bucal entre hipertensos e diabéticos de Alfenas, MG, Brasil.	Estudo domiciliar, descritivo-analítico, transversal, com amostra randomizada, sistemática, estratificada por Equipe Saúde da Família, composta por 218 sujeitos. Aplicou-se os índices CPOD, T-Health, FS-T, SiC index, uso e necessidade de próteses e OHIP-14.	A maioria dos sujeitos (56,42%) apresenta apenas Hipertensão Arterial, é do sexo feminino (67,43%), com idade média de 64,83 ($\pm 11,99$), variando entre 35 e 93 anos. Não se observou diferenças significativas para as variáveis entre hipertensos, diabéticos e hipertensos-diabéticos. Registrou-se CPOD = 27,16 ($\pm 6,15$), com 22,94 ($\pm 10,46$) dentes perdidos; T-Health = 5,23 ($\pm 6,52$); FS-T = 8,53 ($\pm 10,12$) e SiC = 32 ($\pm 0,00$). Dos sujeitos, 85,78% usavam próteses (58,72% Prótese Total) e 61,01% necessitavam das mesmas	Concluiu-se que edentulismo, uso e necessidade de próteses afetaram a qualidade de vida de hipertensos e diabéticos em aspectos psicológicos, físicos e sociais.

						(58,26% no arco inferior). As correlações entre OHIP-14 (5,37 [$\pm$ 4,95]) e condições clínicas evidenciaram a presença de dentes afetando dimensões psicológicas, além de uso e necessidade de próteses associadas a impactos físicos e sociais ($p < 0,05$).	
28	N'Goran AA, DeÂruaz-Luyet A, Haller DM, Zeller A, Rosemann T, Streit S, et al.	Comparing the self-perceived quality of life of multimorbid patients and the general population using the EQ-5D-3L	PLOS One. 2017	Comparar auto percepção da saúde relacionada a qualidade de vida de pacientes multimórbidos e população geral usando EQ-5D-3L	Estudo transversal/888 pacientes/ auto percepção da saúde relacionada a qualidade de vida / EQ5D3L	Todos os 888 participantes responderam a todos os itens do EQ-5D. Os valores médios (DP) HU e EVA foram 0,70(0,18) e 63,2 (19,2), respectivamente. HU e VAS foram consideravelmente e significativamente menor em pacientes com multimorbididade que na população geral e também pacientes com menos de 60 anos e em mulheres. Diferenças entre observado e previsto médias (DP) foram - 0,07 (0,18) para HU e -11,8 (20,3) para VAS.	A autopercepção da QVRS é consideravelmente e significativamente afetada pela multimorbididade. Mais atenção deve ser dada ao desenvolvimento de intervenções que melhorem a QVRS de pacientes, particularmente mulheres e pessoas com menos de 60 anos de idade.
29	Brooks R.	EuroQoL: The current state of play	Health Policy. 1996	Um resumo de algumas das aplicações do instrumento EuroQol é apresentado e um breve comentário sobre o programa de trabalho contínuo do Grupo conclui o documento. Este artigo é um segundo esforço "corporativo" que detalha os	Discussões de trabalhos que aplicaram o questionário EQ-5D-3L/ EQ-VAS/ detalhar o desenvolvimento do instrumento EuroQol em artigos publicados/ EQ-5D-3L/ EQ-VAS	Os conceitos subjacentes ao quadro EuroQol são explorada com particular referência à natureza genérica do instrumento. A tarefa de avaliação é revista e algumas evidências sobre os requisitos metodológicos para a medição são apresentados. Algumas questões especiais de grande interesse e preocupação para o Grupo são discutido: a modelagem dos dados, a	Um esboço de algumas das aplicações do instrumento EuroQol é apresentado e um breve comentário sobre o programa de trabalho em curso do Grupo conclui o papel.

				desenvolvimentos subsequente		duração dos estados de saúde e os problemas o estado "morto".	
30	EuroQoL Group.	EuroQol – A new facility for the measurement of healthrelated quality of life.	Health Policy. 1990	Testar a viabilidade e desenvolver um instrumento padronizado não específico para doenças para descrever e valorar a qualidade de vida relacionada à saúde.	Estudo transversal multicêntrico/ n=208 Suécia,n=310 Inglaterra, n= 74 Holanda/ publicação do instrumento para medir a saúde relacionada à qualidade de vida/ questionário inicial do EuroQol Group	O Grupo EuroQol realizou pesquisas postais em Inglaterra, Holanda e Suécia, que indicam uma notável semelhança nas avaliações relativas associadas a 14 estados de saúde diferentes. Os dados foram coletados usando uma escala analógica visual semelhante a um termômetro. O instrumento EuroQol destina-se a complementar outras medidas de qualidade de vida e para facilitar a coleta de um conjunto de dados comum para fins de referência.	Estamos conscientes de que estes países não constituem o conjunto da Europa e que nossos achados existentes podem não se levantar se testados em populações com contextos culturais um pouco diferentes. Teremos o prazer de ouvir pesquisadores interessados neste campo que estariam dispostos a nos ajudar a estender este trabalho de maneira prática, e especialmente oferecer "banco de testes", por meio das quais os dados, pudessem ser gerados a partir de outras populações.
31	Santos M, Cintra MACT, Monteiro AL, Santos B, Gusmão F, Filho, Andrade MV, et al.	Brazilian valuation of EQ-5D-3L-3L health states: results from a saturation study	Medical Decision Making. 2016	Validação do EQ5D3L no Brasil	Estudo transversal multicêntrico/4 regiões (MG n=3363, RJ n=3932, POA n= 894. Recife n= 959) total=9148/ desenvolver um conjunto de valores específico para os 243 estados de saúde encontrado no EQ-5D-3L./ EQ5D3L	Os dados foram coletados em 9148 assuntos. O modelo de regressão mais adequado foi um modelo de efeitos mistos de nível individual sem qualquer interação termos. As dimensões "Mobilidade" e "Habitual" Atividades "foram associadas a maiores perdas em saúde valor do utilitário de estado. A dimensão "Ansiedade / Depressão" foi o domínio que contribuiu para menores perdas em saúde valor do utilitário de estado.	Conclusões Este estudo gerou significativa visão sobre a saúde da população brasileira preferências que podem ser aplicadas à tecnologia de saúde avaliação e análises econômicas no Brasil. Essa informação representa uma nova ferramenta importante que pode ser usado na criação e avaliação de políticas de saúde no Brasil.
32	Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN.	Contribution for the validation of the Portuguese version of EQ-5D	Revista Científica da Ordem dos	Validação do EQ5D3L na versão portuguesa	2293/ indivíduos/ criação da ver são portuguesa do EQ-5D e da sua equivalência semântica e linguística/ EQ5D3L	A aceitabilidade foi avaliada pelo número de respostas em falta. Foi encontrado um efeito de teto com grande parte da	A versão portuguesa do EQ-5D tem uma boa aceitabilidade, fiabilidade e validade na medição do estado de saúde.

			Médicos-Portugal. 2013			amostra sem problemas nas dimensões do EQ-5D. A validade de construção foi testada pela análise do grau com que valores baixos de EQ-5D estavam positivamente associados ao aumento da idade, ao ser do sexo feminino, e ao estar doente, assim como a valores de dimensões da escala SF-36. A validade convergente foi baseada nas correlações entre valores do EQ-5D e outras escalas específicas de condição de saúde. O EQ-5D apresentou correlações moderadas a altas com outras medidas de estado de saúde e de qualidade de vida relacionada com a saúde, específicas de cada doença.	
33	Freitas Melo C, Sampaio IS, Abreu Souza DL, Santos Pinto N.	Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura.	Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2015	Realizar uma revisão bibliográfica de metanálise, verificando os estudos existentes que exploram a correlação entre a qualidade de vida e a religiosidade, em diferentes aspectos e contextos.	Revisão bibliográfica de metanálise, utilizou-se como descritores os termos “religiosidade”, “qualidade de vida” e “espiritualidade”, sendo coletados 263 artigos de língua portuguesa ou inglesa disponíveis em todos os periódicos indexados no portal Capes	A religiosidade e a espiritualidade têm correlação com a qualidade de vida, atuando principalmente como enfrentamento em situações adversas.	Evidente a importância desses fenômenos para as práticas de saúde, ressaltando-se a necessidade de valorizá-los e incluí-los nas formações profissionais.
34	Oliveira RM, Alves VP.	A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos	Revista Kairós: Gerontologia, São Paulo. 2014	Avaliar a qualidade de vida de idosos e cuidadores ILPI.	Estudo transversal, abordagem quanti-qualitativa. Amostra dez idosos com idade superior a 60 anos, e nove cuidadores de idosos. Entrevista gravadas, com questionário com questões norteadoras.	A partir das falas foram criadas as categorias solidão, abandono, conformismo, cuidados recebidos, revolta, fé, relacionamento familiar, prática religiosa, motivo do asilamento.	É necessário, que os cuidadores, em sua grande maioria, tenham uma melhor preparação para lidar com as carências dos idosos, no sentido de oferecer cuidados que envolvam o corpo, a mente e o espírito.

		institucionalizados em Caetité (BA).					
35	Tedrus GMA, Fonseca LC, Ciancaglio JCB, Mônico GS, Zamperi C.	Religiosity and quality of life of individuals with Alzheimer's disease and of caregivers: Relationship with clinical aspects.	Dementia & Neuropsychologia. 2020	Relacionar os dados do Duke University Religion Index e da Quality of life in Alzheimer's disease scale de 39 idosos (AD: leve ou moderada) e do cuidador com aspectos clínicos, cognitivos e comportamentais.	Estudo transversal com 39 pacientes, 65 anos com doença de Alzheimer.	A religiosidade organizacional é maior nos cuidadores. Idosos com AD percebem pior QV do que o cuidador. Religiosidade do cuidador correlacionou-se com a dos idosos. Maior religiosidade intrínseca relacionou-se com menor ocorrência de sintomas neuropsiquiátricos. Melhor QV dos cuidadores correlacionou-se com desempenho cognitivo. Menor ocorrência de depressão correlacionou-se a melhor QV dos cuidadores e dos idosos.	A religiosidade dos cuidadores relaciona-se com a dos idosos. Melhor QV e menor religiosidade foi observada nos cuidadores quando comparadas a dos idosos. Religiosidade e QV dos cuidadores associam-se com aspectos neuropsiquiátricos, cognitivos e com a ocorrência de depressão.
36	Izzo JM, Cunha AMR, Cesarino CB, Martins MRI.	The impact of chronic pain on the quality of life and on the functional capacity of cancer patients and their caregivers.	BrJP. 2019	Avaliar o impacto da dor crônica na qualidade de vida e na capacidade funcional de pacientes oncológicos e de seus cuidadores.	Estudo Transversal. A amostra foi de 15 pacientes e 11 cuidadores. Para avaliar a qualidade de vida dos pacientes, foi utilizado o questionário de qualidade de <i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire</i> (EORTC-QLQ-C30) e a sobrecarga do cuidador foi avaliada com a Escala de Sobrecarga do Cuidador de (ZBI)	Media dos escores das atividades básicas e instrumentais da vida diária indicaram semi dependência dos pacientes. Houve predominância feminina em pacientes (60%) e cuidadores (72,2%). A média de dor pela escala analógica visual foi 6,8. A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, indicou que 36,3% dos cuidadores apresentaram de moderada a grave sobrecarga e correlação positiva entre capacidade funcional e sobrecarga (p=0,003).	A presença de dor crônica impacta de forma negativa e significativa a qualidade de vida e a capacidade funcional dos pacientes com câncer, estendendo esse impacto para a figura do cuidador.

5 CAPÍTULO 1 - O Impacto das Condições Bucais na Qualidade de Vida de Cuidadores Domiciliares de Idosos e Práticas em Saúde Bucal[†]

5.1 Resumo

Introdução: Identificar fatores relacionados à qualidade de vida constitui estratégia para as ações de suporte e acompanhamento da população. **Objetivo:** Avaliar as práticas em saúde bucal realizadas nos idosos, as condições clínicas de saúde bucal do cuidador e do idoso sob cuidado e a qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos cuidadores. **Métodos:** Aplicou-se os índices CPOD, uso e necessidade de próteses, OHIP-14 e questionário semiestruturado em amostra composta por 388 participantes, sendo 194 cuidadores e 194 idosos. **Resultados:** A maioria dos cuidadores (91,3%) adquiriu conhecimento em saúde bucal na prática diária, 33% realizava higiene bucal no idoso e 28% relatou ter dificuldades pessoais com esta atividade. Registrou-se CPOD de 19,24 para cuidadores e 28,70 para idosos, ambos com predomínio do componente perdido. Dos cuidadores, 57,73% usava prótese e dos idosos, 63,40%. A necessidade das mesmas foi alta principalmente no arco inferior (34,54% cuidadores e 51,55% idosos). A associação entre OHIP-14 e a necessidade de prótese total evidenciou impacto nas dimensões incapacidades física e psicológica, além da importância da religião associar-se a impactos nas dimensões desconforto psicológico e incapacidades física e psicológica ($p < 0,05$). Os cuidadores com 60 anos ou mais apresentaram chance de 1,2 vezes maior de impacto da saúde bucal na qualidade de vida ($OR = 0,837$, $IC_{95\%} = 0,532; 1,318$) quando comparados aos do grupo de 20 a 60 anos. **Conclusão:** O impacto na qualidade de vida dos cuidadores foi minimizado pela presença de contextos culturais pouco valorativos de autocuidado associados à percepção positiva de saúde bucal, mesmo em condições clínicas precária.

Palavras-chave: cuidadores; qualidade de vida; saúde bucal.

5.2 Abstract

Introduction: To identify factors related to the quality of life constitutes strategy for the actions of support and monitoring of the population. **Objective:** To assess oral health practices performed in the elderly, the clinical conditions of oral health of the caregiver and the elderly receiving care and oral health-related caregiver's quality of life. **Methods:** The indexes DMFT and use and need of prosthesis, OHIP-14 and semi-structured questionnaire was applied in a

[†] De acordo com as normas da Revista ABCS Health Sciences (Anexo G)

sample of 388 participants, 194 caregivers and 194 elderly. **Results:** Most caregivers (91.3%) acquired knowledge in oral health in daily practice, 33% performed oral hygiene in the elderly and 28% reported personal difficulties with this activity. The average DMFT was 19.24 for caregivers and 28.70 for the elderly, both with prevalence of “missing” teeth. Of the caregivers, 57.73% used prostheses and the elderly, 63.40%. Needed prostheses was high, especially in the jaw (34.54% caregivers and 51.55% elderly). The association between OHIP-14 and the need for total prosthesis showed an impact on the dimensions physical and psychological disabilities. The importance of religion affected the dimension psychological discomfort and physical and psychological disabilities ($p < 0.05$). Caregivers over 60 years of age had a 1.2 greater chance of impact of oral health on quality of life ($OR = 0.837$, 95% $CI = 0.532; 1.318$) when compared to the group under 60 years. **Conclusion:** The presence of low-value cultural contexts of self-care associated with a positive perception of oral health, even in precarious clinical conditions minimized impact on caregivers' quality of life.

Keywords: caregivers; quality of life; oral health.

5.3 Introdução

O envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento tem ocorrido de forma acentuada, tornando-se um grande desafio para a saúde pública contemporânea. Com o avanço cronológico da idade, surgem comprometimentos, que podem levar à incapacidade funcional, definida como dificuldades ou inabilidades no desempenho de atividades de vida diárias^{1,2}.

Os idosos com dependência parcial ou total necessitam de um cuidador, com formação profissional ou não, contratado ou membro da família. Em ambos os casos, o objetivo, dos cuidadores, é auxiliar as atividades diárias e proporcionar uma vida saudável e de boa qualidade aos idosos^{3,4}. Quando o idoso perde a capacidade de se alimentar sozinho, na maioria das vezes, também não consegue realizar os cuidados de higiene bucal. Nestes casos, os cuidadores são os principais provedores e o planejamento do cuidado em saúde bucal depende da percepção desses cuidadores e do conhecimento sobre saúde e higiene bucal^{5,6}.

A qualidade de vida tem sido frequentemente associada às Condições Clínicas de Saúde Bucal, pois as doenças da cavidade oral não só causam dor, mas também podem levar a constrangimento social⁷⁻⁹. No Brasil, a abordagem odontológica de cuidadores domiciliares de idosos permanece incipiente e a maneira pela qual a qualidade de vida é afetada pela saúde bucal requer maior investigação.

Os efeitos cumulativos das doenças bucais associados a anos de prática odontológica mutiladora, tornaram a saúde bucal do idoso precária. O edentulismo, principal sequela nesta população, é um problema de saúde pública, uma vez que leva a importantes incapacidades funcionais e os serviços atuais, por mais que contemplem a prevenção e a promoção de saúde, ainda apresentam dificuldades em oferecer as condições mínimas de reabilitação protética aos usuários¹⁰.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que a saúde bucal é essencial na promoção da saúde geral e qualidade de vida e a caracteriza como “bem-estar psicossocial e estar livre de dor bucal e facial; câncer bucal e de garganta; feridas e infecção orais; doença periodontal; cárie dentária; perda dentária e outras doenças e distúrbios que limitam a capacidade de um indivíduo em morder, mastigar, sorrir e falar”. A OMS reconhece também a importância na redução do impacto das doenças bucais no desenvolvimento psicossocial da população¹¹.

A transformação do padrão médico, do modelo assistencial curativo para um baseado no comportamento social, permite desenvolver maneiras de medir percepções e sentimentos dos indivíduos e dar a importância devida às experiências subjetivas, como seu bem estar físico, emocional e social.

Com o objetivo de relacionar dimensões biofísicas, psicológicas e sociais ao conceito de saúde, a epidemiologia bucal tem agregado medidas de percepção aos indicadores clínicos, considerando os aspectos sociopsíquicos, para decidir o tipo de tratamento dos indivíduos, para os quais não há sistemas normativos determinantes dessas necessidades. No entanto, o desenvolvimento de indicadores de saúde bucal utilizados para avaliar os efeitos sociais e psicológicos das doenças, tem sido realizado com afinco⁷.

Sabe-se que as práticas de cuidado com a higiene bucal que o cuidador exerce em si será a mesma utilizada no idoso dependente. O restrito conhecimento dos cuidadores, sobre saúde bucal, associado à repulsa em realizar a higiene bucal e das próteses, de outra pessoa, podem comprometer a qualidade da higienização da cavidade oral dos idosos sob seus cuidados. Portanto, a compreensão que os cuidadores têm sobre o processo saúde-doença, está interligada à maneira como desenvolvem estas práticas e por esse motivo conhecer as percepções dos cuidadores contribuirá para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção em saúde bucal^{4,7}.

Sabendo da importância do papel do cuidador na orientação e prevenção das doenças bucais, o propósito neste estudo foi avaliar o conhecimento e as práticas em saúde bucal realizadas pelos cuidadores nos idosos sob seus cuidados, a condição clínica bucal do cuidador

e do idoso receptor de cuidado, bem como a qualidade de vida relacionada à saúde bucal destes cuidadores.

5.4 Métodos

Trata-se de estudo epidemiológico transversal, com cuidadores e idosos, cuja busca dos sujeitos aconteceu em duas etapas. Na primeira, foi solicitado, da Secretaria Municipal de Saúde, uma relação de domicílios que continham idosos com cuidadores, sendo fornecida uma relação com 243 domicílios. Foi considerado como cuidador domiciliar a existência de um indivíduo responsável pela prestação dos cuidados diários ao idoso, com ou sem remuneração.

Com o auxílio do software Epi Info 7.2, considerando 95% o nível de confiança, com margem de 5% de erros, dos 243 domicílios o tamanho da amostra calculada foi de 147, no entanto optou-se, na segunda etapa, por visitar todos os domicílios. Um pesquisador treinado realizou a entrevista com o cuidador e o exame bucal no cuidador e no idoso, com uma média de duração de 30 minutos para cada visita.

Houve uma perda de 20,16%, representada por recusa na participação do estudo, falecimento do idoso, mudança de endereço, idoso morando sozinho no momento da pesquisa e domicílio fechado, após três tentativas, sendo assim a amostra final foi composta de 194 domicílios visitados. Em cada domicílio um cuidador e um idoso foi examinado, portanto o total de sujeitos da pesquisa foi de 388, sendo 194 cuidadores e 194 idosos receptores de cuidado.

Estudo piloto foi realizado para adequação do instrumento, composto por questionário semiestruturado com questões sobre o perfil do cuidador e as atividades desempenhadas como cuidador; e também pela escala OHIP-14 e pela ficha de exame bucal com os índices CPOD e uso e necessidade de prótese. Os participantes do estudo piloto foram excluídos da amostra final.

Investigou-se as seguintes variáveis: idade; sexo; estado civil; grau de parentesco; grau de instrução; tipo e o grau de importância da religião; tempo de trabalho e atividade prévia como cuidador; remuneração; carga horária; atividades realizadas no cuidado; dificuldade enfrentada e grau de dependência do idoso¹² classificada em três níveis: os independente, para as ABVD, porém dependentes para as AIVD, os moderadamente dependente e os totalmente dependente.

As condições clínicas de saúde bucal foram avaliadas por meio do exame bucal, realizado no próprio domicílio com auxílio de espátula abaixadora de língua e lanterna, empregando os

índices CPOD e uso e necessidade de próteses, cujo códigos foram registrados em fichas de exame clínico bucal para cada participante.

Em relação as atividades em saúde bucal, registrou-se os procedimentos de escovação dos dentes, da língua e das próteses, realizadas pelos cuidadores nos idosos; se ofereciam enxaguante bucal para os idosos; qual a frequência diária destas atividades; onde o cuidador aprendeu a realizar os procedimentos em saúde bucal e qual a maior dificuldade enfrentada por eles.

Os dados da qualidade de vida relacionada à saúde bucal foram obtidos por meio da aplicação do OHIP-14 na modalidade entrevista, tendo em vista possíveis dificuldades na leitura e escrita por parte dos sujeitos da pesquisa. A escala codificada do instrumento (0 = nunca; 1 = raramente; 2 = às vezes; 3 = frequentemente; 4 = sempre), permitiu a obtenção do valor máximo de 4 para cada uma das 14 perguntas e a pontuação variando entre 0 e 8 para cada dimensão. Foi considerado sem impacto pontuação menor que 3 e com impacto para o valor igual e maior que 3. Desta forma as maiores pontuações representaram pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal.

Algumas variáveis foram dicotomizadas para a realização das análises. A faixa etária foi dividida em dois grupos: os cuidadores com idade de 20 a 60 anos e os com 60 anos ou mais. A variável necessidade de prótese em: os cuidadores com necessidade e os sem necessidade de prótese.

Quanto a religiosidade, os participantes responderam a qual religião pertenciam, porém esse grupo foi dividido em: com religião (CR), para os cuidadores que declaram a religião e sem religião (SR), para aqueles que disseram não praticar nenhuma religião. Foi avaliado, também, o grau de importância que o cuidador dava a religião e as respostas ‘muito’, ‘pouco’ e ‘nenhuma’, foram agrupadas em: MI, o grupo formado por aqueles que consideraram a religião muito importante para sua vida; e PI, o grupo daqueles que consideraram a religião, pouco ou nada importante para sua vida.

Desta forma, para medir a associação, os testes qui-quadrado ou exato de Fisher, de acordo com os valores esperados nas tabelas de contingência, foram empregados e para avaliar a força da associação entre evento e exposição calculou-se o Odds-ratio (OR) pelo método de Mantel-Haenzsel combinado. Os dados foram processados no programa Epi Info versão 7.2 e analisados no BioEstat versão 5.3, com intervalo de confiança (IC) de 95%.

O estudo foi realizado em observância aos princípios e diretrizes apontados na Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo registrada na Plataforma Brasil e

aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista, sob parecer de número 3.064.254. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5.5 Resultados

A maioria dos cuidadores era do sexo feminino; casado; filho do idoso; com idade menor que 60 anos e católicos conforme demonstra a Tabela 1.

Sobre as práticas em saúde bucal realizadas pelos cuidadores, 67% deles não realizavam a higiene bucal no idoso, alegando que esta atividade era desenvolvida pelo próprio idoso. Dos que realizavam a higiene bucal nos idosos (33%), a frequência de duas vezes ao dia (47%) era a mais comum e a higiene das próteses era a maior preocupação dos cuidadores. Todos os cuidadores relataram saber fazer a higiene bucal no idoso, porém quando perguntado se achavam fácil realizá-la, 28% disse que ‘não’ e destes 65% apresentou como principal motivo a dificuldade pessoal com essa atividade. Os resultados mostraram ainda que 88% dos cuidadores entrevistados não realizava o exame bucal no idoso, relatando que caso houvesse algum problema o idoso comunicaria.

O conhecimento da grande maioria (91,3%) foi adquirido na prática de experiência de vida e apenas 8,7% dos entrevistados adquiriu em curso preparatório. 20,1% dos entrevistados demonstrou interesse em participar de curso preparatório para cuidador de idosos, os demais, justificaram que a idade avançada, a saúde debilitada e a falta de interesse na área os impediriam de realizar tal capacitação.

Entre os grupos estudados (cuidador e idoso receptor de cuidado) houve diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,0001$) para as variáveis descritoras das condições clínicas de saúde bucal, hígido; perdido e obturado. Apenas houve igualdade na distribuição do componente ‘cariado’ ($p = 0,1051$). O CPOD médio para a amostra dos cuidadores foi de 19,24 ($\pm 9,05$) e dos idosos sob cuidado foi de 28,70 ($\pm 5,86$), ambos com predomínio do componente ‘perdido’ 13,07 ($\pm 11,26$) e 27,37 ($\pm 8,03$), respectivamente.

Ainda em relação ao estado clínico, verificou-se ausência total do dentes para 15,46% dos cuidadores e 67,53% para os dos idosos receptores de cuidado. Quanto a presença de mais de 20 dentes na boca, essa característica foi observada em 58,76% dos cuidadores e em apenas 7,69% dos idosos.

Dentre os cuidadores examinados, 57,73% usava algum tipo de prótese, sendo a prótese parcial a mais comum em 29,38% destes. Já o exame no idoso, receptor de cuidados, revelou que 63,40% fazia uso de prótese e a total foi predominante em 56,70% deles. Ainda assim, as

necessidades de prótese continuaram altas e a necessidade de prótese inferior representou a maior demanda tanto para os cuidadores (34,54%), quanto para os idosos (51,55%). Tais resultados encontram-se na Tabela 2.

Não houve significância estatística entre os grupos etários e as dimensões do OHIP-14. No entanto, na análise de Mantel-Haenszel combinado, observou-se que os cuidadores do grupo 60 anos ou mais tiveram chance 1,2 vezes maior de apresentar impacto nas dimensões do OHIP, quando comparados aos cuidadores do grupo 20 a 60 anos ($OR=0,837$, $IC95\%= 0,532;1,318$), conforme demonstrado na Tabela 3.

Nos resultados apresentados na Tabela 4, observou-se para a variável necessidade de prótese total, significância estatística nas dimensões incapacidade física ($p=0,038$) e incapacidade psicológica ($p=0,009$). Entretanto não houve associação estatisticamente significativa entre as dimensões do OHIP-14 e a variável necessidade de prótese parcial.

Na análise dos grupos de cuidadores com religião (CR) e os sem religião (SR) com as dimensões do OHIP-14, os resultados não apresentaram associação, porém, ao analisar o grau de importância que o cuidador deu à religião, os resultados foram estatisticamente significantes nas dimensões desconforto psicológico ($p=0,009$), incapacidade física ($p=0,032$) e incapacidade psicológica ($p=0,023$), conforme demonstrado na Tabela 5.

5.6 Discussão

O perfil do cuidador observado neste estudo foi semelhante ao encontrado na literatura^{4,6}. São cuidadores informais, na maioria mulheres, na faixa etária de 30 a 80 anos com parentesco como filha ou esposa do idoso receptor de cuidado e com baixo grau de escolaridade.

Percebeu-se a falta de orientação para realizar ações essenciais no cuidado em saúde bucal, tais como o exame e a higiene oral do idoso dependente, necessitando, assim, de planejamento e acompanhamento por uma equipe multiprofissional, incluindo o cirurgião-dentista, afim de proporcionar ao cuidador capacitação para o cuidado adequado em saúde bucal no idoso.

Uma visão negativa em relação à saúde bucal do idoso esteve associada à percepção dos cuidadores na necessidade de extração total dos dentes do idoso, justificada pelos aspectos tais como dificuldades pessoais com a higienização; praticidade no preparo de alimentos pastosos e dificuldade na locomoção do idoso acamado, esta última demonstra a falta de instruções sobre as técnicas de higienização bucal no leito com instrumentos facilitadores^{4,10}.

Os resultados das condições clínicas mostraram um quadro de condição de saúde bucal precária para os idosos, com o índice CPOD elevado, com predominância do componente ‘perdido’, gerando alta taxa de edentulismo, como encontrado em outras pesquisas sobre saúde bucal dos idosos^{2,7,9,13-15}.

Os participantes consideraram a perda dentária como algo natural, consequência da idade e passível de reposição com as próteses dentárias. Essa naturalização da perda dentária é semelhante em todas as regiões do Brasil, revelando a falta histórica de políticas públicas em saúde bucal para a população adulta e idosa¹⁶.

O efeito da mutilação dentária não correspondeu a uma autopercepção negativa da saúde bucal, mesmo havendo relatos sobre dificuldades na mastigação por falta dos dentes, pois o emprego de próteses dentárias pareceu minimizar os efeitos da mutilação e contribuir para uma autopercepção positiva¹⁷. O retrato da precária condição de saúde bucal, em adultos e idosos, revela a herança de um modelo assistencial curativo, marcado pela perda progressiva dos dentes e pelos tratamentos odontológicos que não impediam a progressão das doenças bucais, mas limitavam-se a reparar suas sequelas¹⁸.

Os problemas bucais, de forma geral, não afetaram o bem estar e qualidade de vida dos cuidadores, eles foram representados por episódios agudos tratáveis e minimizados pela presença de condições crônicas mais severas.

O binômio ausência dentária e prótese possuiu importante impacto nas dimensões físicas, psicológicas e sociais da qualidade de vida relacionada à saúde bucal. Por outro lado, as próteses dentárias não atendem, totalmente, às necessidades mastigatórias impactando, negativamente, a qualidade de vida.

É necessário ressaltar que, no caso dos idosos avaliados, o uso de prótese superior foi maior que o da inferior e isso não correspondeu, necessariamente, ao edentulismo mais elevado na maxila. Este fato reflete o insucesso histórico na adaptação das próteses inferiores, que leva ao abandono das mesmas, resultando em prejuízos alimentares, funcionais, psicológicos e estéticos⁹.

A Organização Mundial de Saúde tem referido a presença de um mínimo de vinte dentes funcionais como meta para uma saúde bucal ser considerada satisfatória¹¹. Os resultados aqui observados mostraram o quanto a população idosa estudada encontra-se longe deste patamar, semelhantemente aos dados encontrados a nível nacional¹⁵. Os altos valores de CPOD nos idosos evidenciaram uma situação próxima ao edentulismo¹⁹, que pode ser observado no predomínio do componente ‘Perdido’ na população estudada.

O impacto da saúde bucal na qualidade de vida dos cuidadores, causado pela necessidade de próteses, foi pequeno demonstrando reduzida percepção dos participantes em relação à precariedade de sua condição clínica bucal e isso se deve à falta de contextos culturais de valorização do autocuidado⁹. O baixo impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal também foi encontrado em outros estudos que utilizaram o OHIP-14, nos quais o instrumento foi considerado confiável, coerente e representativo^{7,20-22}.

Em relação a necessidade de prótese, verificou-se que a necessidade de prótese total impactou a qualidade de vida dos cuidadores nos domínios incapacidade física e psicológica, sinalizando que essa condição bucal, além de refletir décadas de exclusão aos serviços odontológicos reabilitadores, também demonstra que o tratamento odontológico efetivo é um importante redutor de impacto na qualidade de vida²¹.

A qualidade de vida relacionada à saúde bucal também esteve associada a religiosidade dos cuidadores domiciliares de idosos. Se por um lado o tipo de religião declarada não causou impacto na qualidade de vida destes cuidadores, por outro, o grau de importância dada à religião, como um ato de fé, influenciou a qualidade de vida relacionada à saúde bucal nos aspectos físicos e psicológicos.

Os resultados do presente estudo estão em conformidade com pesquisas recentes, que apontaram cuidadores com maior religiosidade apresentando menos sintomas depressivos²³. Outro estudo revela que os níveis elevados de envolvimento religioso estariam associados à indicadores de bem-estar psicológico, tais como, satisfação com a vida, alegria de viver e afetividade, pois a religiosidade relacionou-se também com a construção de sentido e ordenação da vida dos indivíduos, influenciando direta e positivamente a saúde²⁴.

Pode-se concluir no presente estudo que a saúde bucal de fato é um importante indicador no bem estar e na qualidade de vida das pessoas e que os níveis reduzidos de impacto na qualidade de vida relacionada à saúde bucal na população estudada, foram justificados pela presença de contextos culturais pouco valorativos de autocuidado associados à percepção positiva de saúde bucal, mesmo em condições clínicas precárias, evidenciando a necessidade de planejamento de ações voltadas à promoção de saúde bucal para cuidadores domiciliares de idosos.

5.7 Referências

1. Del Duca GF, Silva MCD, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):796-805.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>

2. Silva DA, Freitas YNL, Oliveira TC, Silva RL, Pegado CPP, Lima KC. Condições de saúde bucal e atividades da vida diária em uma população de idosos no Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):917-29.
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562016019.160031>

3. Saliba NA, Moimaz SAS, Marques JAM, Prado RL. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. *Interface*. 2007;11(21):39-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000100005>

4. Bonfá K, Mestriner SF, Fumagalli IHT, Mesquita LP, Bulgarelli AF. Percepção de cuidadores de idosos sobre saúde bucal na atenção domiciliar. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(5):651-60. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170010>

5. Luo J, Wu B, Zhao Q, Guo Q, Meng H, Yu L, *et al*. Association between tooth loss and cognitive function among 3063 chinese older adults: a community-based study. *PLoS One*. 2015;10(3):e0120986. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0120986>

6. Warmling AMF, Santos SMA, Mello ALSF. Estratégias de cuidado bucal para idosos com Doença de Alzheimer no domicílio. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(5):851-60.
<http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.160026>

7. Miotto MH, Barcellos LA, Veltren DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da região sudeste. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(2):397-406. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000200014>

8. Hernández-Palacios RD, Ramirez-Amador V, Jarillo-Soto EC, Irigoyen-Camacho ME, Mendoza-Núñez VM. Relationship between gender, income and education and self-percieved oral health among elderly Mexicans: an exploratory study. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(4):997-1004. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00702014>

9. Oliveira EJP, Rocha VFB, Nogueira DA, Pereira AA. Qualidade de vida e condições de saúde bucal de hipertensos e diabéticos em um município do Sudeste Brasileiro. *Cienc Saude Coletiva*. 2018;23(3):763-72. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018233.00752016>
10. Ferraz GA, Leite ICG. Instrumentos de visita domiciliar: abordagem da odontologia na estratégia de saúde da família. *Rev APS*. 2016;19(2):302-14.
11. World Health Organization (WHO) [Internet]. Oral health. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/en/>. Citado: 2019 mar 12.
12. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the aged. The index ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-9. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
13. Vasconcelos LCAD, Prado Júnior RR, Teles JBM, Mendes RF. Autopercepção da saúde bucal de idosos de um município de médio porte do Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2012;28(6):1101-10. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000600009>
14. Haikal DSA, Paula AMBD, Martins AMEDB, Moreira AN, Ferreira EF. Autopercepção da saúde bucal e impacto na qualidade de vida do idoso: uma abordagem quanti-qualitativa. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(7):3317-29. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800031>
15. Brasil. Ministério da Saúde. SB-Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
16. Agostinho ACMG, Campos ML, Silveira JLGC. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol UNESP*. 2015;44(2):74-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.1072>
17. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2005000200005>

18. Leitaó RFA, Azevedo AC, Bonan RF, Bonan PRF, Forte FDS, Batista AUD. Fatores socioeconômicos associados à necessidade de prótese, condições odontológicas e autopercepção de saúde bucal em população idosa institucionalizada. Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada 2012;12(2):179-85.
<http://dx.doi.org/10.4034/PBOCI.2012.122.05>

19. Rovida TAS, Moimaz SAS, Garbin CAS, Dias IA, Saliba NA. Contribuição do processo ensino-aprendizagem na qualificação de recursos humanos no cuidado da saúde bucal dos idosos. Interagir. 2016;(22):78-94. <https://doi.org/10.12957/interag.2016.25208>

20. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. Community Dent Oral Epidemiol. 2005;33(4):307-14.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0528.2005.00225.x>

21. Chapelin CC, Barcellos LA, Miotto MHB. Efetividade do tratamento odontológico e redução de impacto na qualidade de vida. UFES Rev Odontol. 2008;10(2):46-51.
<https://doi.org/10.21722/rbps.v0i0.479>

22. Sanders AE, Slade GD, Lim S, Reisine ST. Impact of oral disease on quality of life in the US and Australian populations. Community Dent Oral Epidemiol. 2009;37(2):171-81.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2008.00457.x>

23. Pessotti CFC, Fonseca LC, Tedrus GMAS, Laloni DT. Family caregivers of elderly with dementia Relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden. Dement Neuropsychol. 2018;12(4):408-14. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-040011>

24. Melo CF, Sampaio IS, Souza DLA, Pinto NS. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. Estud Pesqui Psicol. 2015;15(2):447-64.

Tabela 1: Características sociodemográficas de cuidadores de idosos, Brasil, 2019. (n=194)

Características	n	%
Idade		
20 a 60 anos	112	57,73
60 anos ou mais	82	42,27
Sexo		
Feminino	157	80,93
Masculino	37	19,07
Estado civil		
Solteiro	46	23,71
Casado	115	59,28
Divorciado	23	11,86
Viúvo	10	5,15
Grau de parentesco		
Esposo (a)	56	28,87
Filho (a)	88	45,36
Neto (a)	9	4,64
Outro	20	10,31
Contratado (a)	21	10,82
Grau de instrução		
Analfabeto	8	4,12
Fundamental incompleto	70	36,08
Fundamental completo	22	11,34
Ensino médio	66	34,02
Superior incompleto	5	2,58
Superior completo	23	11,86
Religião		
Nenhuma	14	7,22
Católica	101	52,06
Evangélica	61	31,44
Espírita	4	2,06
Outra	14	7,22
Importância da religião		
Muito importante	170	87,63
Pouco importante	19	9,79
Nada importante	5	2,58

Tabela 2: Uso e necessidade de prótese em cuidadores e idosos sob cuidado, Brasil, 2019. (n=388)

Brasil, 2019. (n = 588)			
	Cuidador	Idoso	
Uso	n (%)	n (%)	P
Não usa PS	82 (42,27)	71 (36,60)	<0,0001
Usa PP superior	57 (29,38)	13 (6,70)	<0,0001
Usa PT superior	55 (28,35)	110 (56,70)	<0,0001
Não usa PI	144 (74,23)	111 (57,22)	<0,0001
Usa PP inferior	28 (14,43)	13 (6,70)	0,0132
Usa PT inferior	22 (11,34)	70 (36,08)	<0,0001
OS	112 (57,73)	123 (63,40)	<0,0001 ^{Q*}
PI	50 (25,77)	83 (42,78)	
Necessidade			
Não necessita PS	158 (81,44)	128 (65,98)	<0,0001
Necessita PP superior	32 (16,49)	25 (12,89)	0,3155
Necessita PT superior	4 (2,06)	41 (21,13)	<0,0001
Não necessita PI	126 (65,28)	94 (48,45)	<0,0001
Necessita PP inferior	60 (30,93)	41 (21,13)	0,0279
Necessita PT inferior	7 (3,63)	59 (30,41)	<0,0001
OS	36 (18,56)	66 (34,02)	<0,0001 ^{Q*}
PI	67 (34,54)	100 (51,55)	

Legenda: PP= prótese parcial; PT= prótese total; PS=prótese superior; PI=prótese inferior; estatística significativa à $p < 0,05$; Q*=Teste do qui quadrado de McNemar aferido para a relação de dependência entre uso/necessidade de próteses superiores x inferiores, demonstrando: 1) maior uso de próteses superiores que inferiores; 2) maior necessidade de próteses inferiores que superiores.

Tabela 3: Relação entre os grupos etários dos cuidadores de idosos e as dimensões da escala OHIP-14, Brasil, 2019. (n=194)

Dimensão	20 a 60 anos		60 anos ou mais		p*
	n	%	n	%	
Limitação Física					
Sem impacto	109	56,19	79	40,72	0,503
Com impacto	3	1,55	3	1,55	
Dor física					
Sem impacto	94	48,45	75	38,66	0,122
Com impacto	18	9,28	7	3,61	
Desconforto psicológico					
Sem impacto	98	50,52	74	38,14	0,552
Com impacto	14	7,22	8	4,12	
Incapacidade física					
Sem impacto	102	52,58	76	39,18	0,687
Com impacto	10	5,15	6	3,09	
Incapacidade psicológica					
Sem impacto	108	55,67	76	39,18	0,201
Com impacto	4	2,06	6	3,09	
Incapacidade social					
Sem impacto	109	56,19	80	41,24	0,644
Com impacto	3	1,55	2	1,03	
Deficiência					
Sem impacto	111	57,22	81	41,75	0,668
Com impacto	1	0,52	1	0,52	
Mantel-Haenszel combinado					0,515

*Estatisticamente significativo à $p < 0,05$

Tabela 4: Relação entre necessidade de prótese parcial e total dos cuidadores de idosos e as dimensões da escala OHIP-14, Brasil, 2019. (n=194)

Dimensão	Nec. PP n	Não Nec. PP n	p	Nec. PT n	Não Nec. PT N	P
Limitação funcional						
Sem impacto	65	123	0,334	9	179	0,273
Com impacto	1	5		1	5	
Dor física						
Sem impacto	55	114	0,259	8	161	0,373
Com impacto	11	14		2	23	
Desconforto psicológico						
Sem impacto	58	114	0,805	7	165	0,089
Com impacto	8	14		3	19	
Incapacidade física						
Sem impacto	59	119	0,391	7	171	0,038*
Com impacto	7	9		3	13	
Incapacidade psicológica						
Sem impacto	62	122	0,459	7	177	0,009*
Com impacto	4	6		3	7	
Incapacidade social						
Sem impacto	64	125	0,550	9	180	0,233
Com impacto	2	3		1	4	
Deficiência						
Sem impacto	65	127	0,566	9	183	0,100
Com impacto	1	1		1	1	

*Estatisticamente significativo à $p < 0,05$. Nec. PP= necessidade de prótese parcial. Nec. PT= necessidade de prótese total.

Tabela 5: Relação entre religiosidade dos cuidadores de idosos e as dimensões da escala OHIP-14, Brasil, 2019. (n=194)

Dimensão	CR n	SR n	p	MI n	PI N	P
Limitação funcional						
Sem impacto	174	14	0,634	165	23	0,526
Com impacto	6	0		5	1	
Dor física						
Sem impacto	159	10	0,087	149	20	0,373
Com impacto	21	4		21	4	
Desconforto psicológico						
Sem impacto	161	11	0,201	155	17	0,009*
Com impacto	19	3		15	7	
Incapacidade física						
Sem impacto	165	13	0,676	159	19	0,032*
Com impacto	15	1		11	5	
Incapacidade psicológica						
Sem impacto	172	12	0,155	164	20	0,023*
Com impacto	8	2		6	4	
Incapacidade social						
Sem impacto	175	14	0,684	166	23	0,473
Com impacto	5	0		4	1	
Deficiência						
Sem impacto	178	14	0,860	169	23	0,232
Com impacto	2	0		1	1	

*Estatisticamente significativo à $p < 0,05$. CR= com religião. SR=sem religião. Grau de importância da religião (MI=muito importante, PI=pouco ou nada importante).

6 CAPÍTULO 2 - Cuidadores Domiciliares de Idosos: Qualidade de Vida e Práticas no Processo de Cuidar[‡]

6.1 Resumo

Objetivou-se avaliar a autopercepção da qualidade de vida dos cuidadores de idosos e conhecer as práticas no processo de cuidar. A amostra foi composta por 194 cuidadores domiciliares de idosos. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, utilizando um roteiro semiestruturado e o instrumento EQ-5D-3L/VAS. Do total, 34,5% não apresentaram problemas nas cinco dimensões estudadas (mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão) e declararam boa saúde (VAS médio 86,5 $\pm$ 13,4). Em 65,5%, observaram-se problemas moderados e ou extremos, sendo que os extremos foram relatados somente nas dimensões dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Administravam medicamentos 76,8% dos cuidadores, 60,3% auxiliavam com vestuário, 58,7% com o banho, 58,2% com a locomoção, 31,9% alimentação e 34% com a higiene bucal. O sexo feminino representou 80,93% da amostra. Do total, 39,18% relataram dificuldades na rotina de cuidados, sendo 12,89% relacionada à locomoção do idoso; 7,73% ao banho; 3,09% à convivência com o idoso e 0,52% à administração de medicamentos. Outras dificuldades foram descritas por 14,95% dos cuidadores e agrupadas em três categorias: ‘isolamento social’ (13,80%), ‘conflitos de convivência’ (48,27%) e ‘sobrecarga física e emocional’ (37,93%). Houve predomínio de cuidadores do sexo feminino. A percepção de forma mais negativa do estado de saúde das cuidadoras pode ser explicada pela situação quase que imposta pelos familiares, pelo acúmulo de funções diversas no lar e, na maioria das vezes, pela falta de suporte familiar e financeiro. A rotina de cuidados prestados aos idosos é complexa e são necessárias intervenções voltadas ao acompanhamento e capacitação dos cuidadores.

Palavras-chave: cuidador, autopercepção, qualidade de vida

6.2 Abstract

The objective was to evaluate the self-perception of the quality of life of caregivers of the elderly and to know the practices in the care process. The sample consisted of 194 home caregivers for the elderly. Data were collected through interviews, using a semi-structured script and the EQ-5D-3L / VAS instrument. Of the total, 34.5% had no problems in the five

[‡] De acordo com as normas da Revista Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento (Anexo H)

dimensions studied (mobility, self-care, usual activities, pain / malaise and anxiety / depression) and declared good health (average VAS 86.5 ± 13.4). In 65.5%, moderate and / or extreme problems were observed, and the extremes were reported only in the dimensions of pain / malaise and anxiety / depression. 76.8% of the caregivers administered medication, 60.3% helped with clothing, 58.7% with the bath, 58.2% with walking, 31.9% with food and 34% with oral hygiene. The female gender represented 80, 93%. Of the total, 39.18% reported difficulties in the care routine, with 12.89% related to the elderly's locomotion; 7.73% to the bath; 3.09% to living with the elderly and 0.52% to medication administration. Other difficulties were described by 14.95% of caregivers and grouped into three categories: 'social isolation' (13.80%), 'conflicts of coexistence' (48.27%) and 'physical and emotional overload' (37.93 %). There was a predominance of female caregivers. The more negative perception of caregivers' health status can be explained by the situation almost imposed by family members. The accumulation of diverse functions in the home and, most of the time, due to the lack of family and financial support would also explain. The routine of care provided to the elderly is complex and interventions aimed at monitoring and training caregivers are necessary.

Keywords: Caregivers, Self Concept, Quality of life

6.3 Introdução

O envelhecimento da população brasileira trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo país, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar (BRASIL, 2014). As alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, em muitos casos, levam o idoso a necessitar de alguém para auxiliá-lo nas atividades do dia a dia e neste panorama, surge a figura do cuidador de idoso (GARBIN *et al.*, 2010).

No Brasil, o déficit na formação de profissionais para cuidar adequadamente dos idosos aliado as dificuldades financeiras das famílias em contratar um profissional especificamente para o cuidado do idoso, faz com que um dos membros da família torne-se o cuidador e essa imposição muitas vezes resulta em desgaste tanto para o idoso quanto para o próprio cuidador (ROVIDA *et al.*, 2015).

Os níveis de dependência do idoso incluem desde dificuldades na mobilidade até níveis mais complexos de incapacidades físicas para a realização das atividades de vida diária (KATZ *et al.*, 1963). Em razão da perda da capacidade funcional, o idoso passa a necessitar de um

cuidador, com as mais diferentes funções, variando de simples companhia até execução de atividade como dar banho, medicação, alimentação e locomoção (BARBOSA *et al.*, 2014).

O envolvimento diário nos cuidados com idoso implica, muitas vezes, deixar sua vida em segundo plano, fazendo com que o cuidador negligencie os cuidados com a sua própria saúde. Essa situação causa, na grande maioria, ansiedade, estresse, depressão e senso de sobrecarga, tendo impacto direto no bem-estar e na qualidade de vida do cuidador familiar, que geralmente, exerce suas funções sem auxílio ou orientações adequadas (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A qualidade de vida é considerada como a percepção que o indivíduo tem de sua própria vida em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, no contexto cultural e sistema de valores nos quais vive (WHOQOL GROUP, 1994). Essa percepção é construída por características subjetivas e multidimensionais como fatores culturais, necessidades espirituais e materiais, valores que são agregados à experiência de vida (CESÁRIO *et al.*, 2017).

Proposto para medir a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), o instrumento *EuroQol 5 Dimensions* (EQ-5D) foi empregado em estudos internacionais mostrando que a QVRS pode ser influenciada pelo sexo, faixa etária, renda, condições crônicas, além do acesso e utilização de serviços de saúde (AGBORSANGAYA *et al.*, 2013; MIELCK; VOGELMANN; LEIDL, 2014; SZENDE; JANSSEN; CABASES, 2014; PADDISON *et al.*, 2015). Possui aplicações clínica e econômica dos cuidados de saúde, bem como em pesquisas de saúde em populações (RENNEN; OPPE, 2015). No Brasil, uma pesquisa apontou que idosos, mulheres e indivíduos em piores condições de saúde e socioeconômicas apresentaram mais problemas relacionados à saúde (MENEZES *et al.*, 2015). No entanto, no Brasil não foram encontrados estudos empregando o EQ-5D para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores domiciliares de idosos.

6.4 Objetivo

Objetivo no presente estudo foi avaliar a autopercepção da qualidade de vida dos cuidadores domiciliares de idosos e conhecer as práticas no processo de cuidar, realizadas pelo cuidador no idoso receptor de cuidados.

6.5 Método

Trata-se de um estudo transversal com cuidadores domiciliares de idosos, realizado no ano de 2019. O local da pesquisa foi um município, de pequeno porte, no estado de São Paulo, Brasil.

Inicialmente, obteve-se a relação de 243 domicílios nos quais haveria um idoso com cuidador. Foram incluídos todos os domicílios e as entrevistas com os cuidadores foram realizadas por um pesquisador treinado, com duração média 30 minutos. Foram excluídos da amostra os domicílios que permaneceram fechados após a terceira visita. A amostra final foi obtida por 194 cuidadores domiciliares de idosos, que poderiam ser contratado ou um membro da família.

Nas entrevistas, empregou-se um questionário semiestruturado, para registro dos dados do perfil dos participantes, dentre eles: idade, sexo, estado civil, grau de parentesco, grau de instrução e religião; área de formação; grau de dependência do idoso classificada em três níveis: independente, moderadamente dependente e totalmente dependente, alvo de cuidados para o desempenho das atividades dos cuidadores (KATZ *et al.*, 1993); tempo como cuidador e atividade prévia como cuidador; remuneração; carga horária e atividades realizadas no cuidado.

A variável “maior dificuldade enfrentada”, pelos cuidadores, na rotina com o idoso, foi investigada e analisada do ponto de vista quantitativo e qualitativo. A dimensão qualitativa foi obtida por meio de resposta discursiva. A classificação das respostas foi realizada após a leitura minuciosa, identificação da ideia central, e agrupamento resultando em três categorias: ‘isolamento social’, ‘conflitos de convivência’ e ‘sobrecarga física e emocional’. Os cuidadores foram identificados com a letra “C” seguida do número da ordem da entrevista (C1 até C194).

Para análise da autopercepção da qualidade de vida foi utilizado o instrumento EQ-5D-3L e a escala visual analógica (VAS), amplamente utilizados para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) e planejar a alocação de recursos no setor da saúde. A primeira parte do instrumento é composto por questionário baseado num sistema classificativo que descreve a saúde em cinco dimensões: mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada uma das dimensões possui três níveis de gravidade relatados pelos indivíduos: 1=sem problemas, 2=alguns problemas e 3=problemas extremos, resultando um total de $3^5=243$ (onde 3=número de níveis e 5=número de dimensões) estados de saúde distintos.

O melhor estado de saúde é representado por 11111, as respostas para cada dimensão é dada pelo número 1=sem problemas, ou seja Mobilidade=1, Autocuidado=1, Atividades habituais=1, Dor/mal-estar=1 e Ansiedade/depressão=1) e o pior estado de saúde é representado por 33333, no qual as respostas para cada dimensão é dada pelo número 3=problemas extremos, ou seja Mobilidade=3, Autocuidado=3, Atividades habituais=3, Dor/mal-estar=3 e Ansiedade/depressão=3) (EUROQOL GROUP, 1990; BROOKS, 1996; BROOKS; RABIN; DE CHARRO, 2013; FERREIRA; FERREIRA; PEREIRA, 2013; SANTOS *et al.*, 2016).

A segunda parte, do instrumento, refere-se a escala visual analógica (VAS) apresentada como termômetro de 0 a 100 e usado para avaliar a autopercepção de saúde, onde 0 representa o pior estado de saúde imaginável e 100 representa o melhor estado imaginável.

Os dados foram coletados e registrados no programa Epi Info versão 7.2 e distribuídos de acordo com as características sociodemográfica; frequência absoluta dos cuidadores segundo o tipo de atividade de cuidado com o idoso; percentual de cuidadores nas cinco dimensão e em cada um dos três níveis do EQ-5D-3L. Examinaram-se as frequências e a média dos valores de VAS em cada um dos estados de saúde encontrados no estudo.

A amostra foi dicotomizada em dois subgrupos: “Cuidadores sem problema”, aqueles que apresentaram apenas a pontuação 1 em cada uma das cinco dimensões e “Cuidadores com problema”, para aqueles que apresentaram as pontuações 2 e 3 (ou seja, com problemas moderados e ou graves). Avaliou-se o comportamento dos grupos nas cinco dimensões do EQ-5D e nos valores médios de VAS em relação às variáveis: sexo, idade, estado civil, grau de parentesco, grau de instrução, religião e dependência do idoso.

Para testar as diferenças entre os subgrupos foi aplicada a regressão logística univariada, por meio de software BioEstat versão 5.3. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de $p < 0,05$.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o parecer 3.064.254. Os cuidadores voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), antes de serem submetidos aos procedimentos do estudo. Ressalta-se que foram respeitados os preceitos éticos em pesquisa com seres humanos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP).

6.6 Resultados

Um total de 194 cuidadores participaram do estudo, 42,27% tinham mais de 60 anos, o que caracteriza a presença de idoso cuidando de outro idoso. A maioria (80,93%) foi representada por mulheres; 59,28% dos cuidadores eram casados; declaram ser católicos 52,06% e quanto ao grau parentesco, 45,36% eram filhos do idoso receptor de cuidado.

Quanto à área de formação, 59,79% dos cuidadores estudaram por mais de 7 anos, sendo considerado ensino fundamental completo, médio e superior. Destes, 73,20% não possuía nenhum tipo de formação para o cuidado do idoso, 20,60% apresentaram formação diversa e apenas 6,20% com formação técnica em enfermagem. Não concluíram o ensino fundamental

ou eram analfabetos 41,2% dos cuidadores. Apenas 10,82% dos cuidadores eram contratados e a grande maioria (87,60%) não remunerada.

A experiência prévia como cuidador de idosos foi observada em 34,50% dos entrevistados. Em 79,4% dos casos a rotina diária de cuidado compreendia um período de 18 a 24 horas e em 47,40% o tempo de cuidado ultrapassava os 6 anos. Do total, 83,50% declarou estar satisfeito com o trabalho como cuidador de idoso, a parcela insatisfeita (16,5%) é na maioria (65,62%) representada por cuidadores com idade até 60 anos.

Do total de cuidadores, 58,8% prestava assistência a idoso com dependência parcial para o desempenho das atividades básicas diárias, 26,8% a idoso com dependência total e 14,4% a idoso considerado independentes para as atividades básicas diárias, mas que necessitava de cuidador para as atividades instrumentais de vida diária tais como companhia, levar ao médico e cuidados com a rotina da casa.

Das atividades desenvolvidas pelos cuidadores de idosos dependentes parcial ou total, 76,8% administravam a medicação, 60,3% ajudavam com a vestuário, 58,7% davam banho, 58,2% auxiliavam a locomoção do idoso, 31,9% com a alimentação e 34,0% realizavam a higiene bucal no idoso.

Quando questionados sobre qual a maior dificuldade enfrentada no trabalho 60,82% dos cuidadores disseram não ter dificuldades em cuidar do idoso. Dos cuidadores que relataram ter dificuldades na rotina diária (39,18%), 12,89% referiu à dificuldades com a locomoção do idoso de um lugar para outro seja dentro ou fora de casa; 7,73% com o banho; 3,09% dificuldades na convivência com o idoso; 0,52% com a administração de medicamentos e 14,95% assinalaram a alternativa outra dificuldade e descreveram-na. Destes últimos, as respostas foram transcritas e agrupada em três grandes categorias, ‘isolamento social’ (13,80%), ‘conflitos de convivência’ (48,27%) e ‘sobrecarga física e emocional’ (37,93%).

O ‘isolamento social’ caracterizado pelo distanciamento de amigos, participação pequena ou quase nula em eventos sociais e momentos de lazer, resulta em sobrecarga emocional, sentimento de solidão, insatisfação gerando prejuízos na sua qualidade de vida. A observação da condição de cuidador solitário traz indignação para quem cuida, por visualizar a liberdade perdida, quando comparada aos demais familiares.

[...] *Deixá-lo sozinho, pois é cego.* (C10)

[...] *Não posso deixar minha mãe sozinha para ir pescar.* (C106)

[...] *Não consigo sair de casa para nada.* (C64)

[...] *Não consigo trabalhar, fazer faculdade, minha avó não fica com ninguém.* (C150)

[...] *Minha irmã é esquizofrênica, muito dependente e eu fico presa em casa.* (C156)

Os ‘conflitos de convivência’ gerados pela resistência e teimosia do idoso, e em alguns casos, pela agressividade do idoso, como resultado da patologia desenvolvida, torna o cuidador vulnerável, nervoso, entristecido e solitário na sua função.

[...] *Teimosia da minha mãe.* (C15)

[...] *Ela é muito teimosa.* (C69)

[...] *Teimosia da minha mãe.* (C78)

[...] *Muito teimosa minha mãe.* (C104)

[...] *Ele é muito resistente, teimoso.* (C122)

[...] *Ele me maltrata.* (C30)

[...] *Ela é muito agressiva.* (C147)

[...] *Ela tem "Corpus de Levi" e é muito agitada e precisa ficar amarrada para não cair.* (C158)

[...] *Quero ajudar mais, motivar mais o idoso e não consigo.* (C32)

[...] *Rotina do xixi, pois ela não quer usar fraldas.* (C148)

O exercício do cuidado, apareceu como fator de ‘sobrecarga física e emocional’ sendo necessário que, em muitos momentos, deixassem de lado seu autocuidado para cuidar do outro. Destaca-se que a carga da atividade dos cuidadores era devido à realização quase sempre de forma solitária, abnegando seus costumes e valores, em detrimento da vida do idoso que se encontrava sob os seus cuidados.

[...] *Não durmo bem porque ele acorda 3 vezes durante a noite.* (C17)

[...] *Ela tem Alzheimer não dorme direito à noite.* (C155)

[...] *Estou cansada e tenho que supervisionar tudo.* (C92)

[...] *Minha idade já está avançada.* (C81)

[...] *Ele surta, arranca a roupa, a fralda e sai na varanda. Dá muito trabalho, mexe no lixo.* (C137)

[...] *Tenho dificuldades para pegá-lo, pois como os filhos não ajudam eu cuido sozinha há 17 anos e meu útero e minha bexiga estão caídos preciso fazer cirurgia, mas como fazer?* (C149)

[...] *Ela dá muito trabalho, está muito revoltada e tentou se matar.* (C177)

[...] *A família que exige muito e cobra muito mais do combinado.* (C29)

[...] *Estou muito cansada.* (C105)

[...] *Sono interrompido porque ele acorda de madrugada.* (C126)

[...] *O idoso não dorme a noite.* (C136)

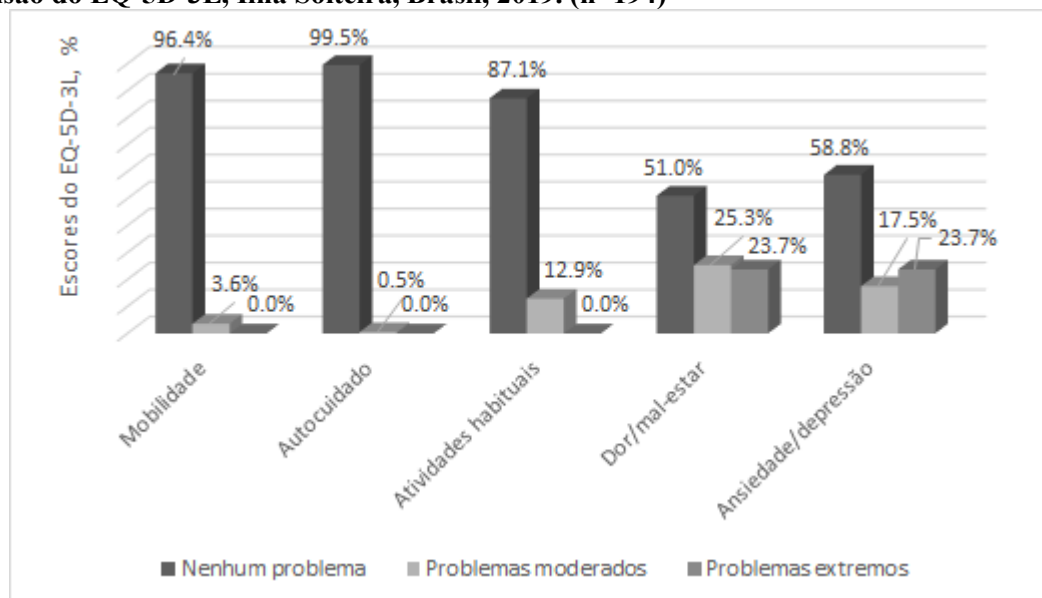
[...] *Tudo! Dar banho, limpar as fezes.* (C146)

[...] *Tenho problemas nas pernas e sinto muita dor ficando em pé na hora de alimentá-lo.* (C151)

[...] *A idosa está acamada e é pesada e tenho dificuldades na hora de levantá-la.* (C182)

A figura 1 mostra a distribuição dos vários desfechos da escala EQ-5D-3L entre os cuidadores. Problemas moderados foram observados nas cinco dimensões, no entanto, observou-se os problemas extremos apenas nos domínios dor/mal-estar e ansiedade/depressão, conforme Figura 1.

Figura 1 - Percentual de cuidadores de idosos segundo nível de problemas relatados para cada dimensão do EQ-5D-3L, Ilha Solteira, Brasil, 2019. (n=194)



Dos 243 estados de saúde possíveis, a Tabela 1 apresenta os 21 diferentes estados de saúde encontrados nos 194 cuidadores de idosos avaliados. O melhor estado de saúde possível (11111) é uma classificação sem problema para todos os cinco itens do EQ-5D e foi relatada por 67 participantes (34,5%); o seu valor médio de VAS foi de 86,5 com desvio padrão de 13,4.

Para os demais estados de saúde, com relato de algum problema em uma das dimensões, o estado de saúde 11121 (n = 19), foi o mais frequente com 9,8%, seguido por 11131 (n=17) com 8,7%, ou seja, ambos sem problemas com mobilidade, autocuidado, atividades habituais e ansiedade / depressão, porém com problemas moderados e grave, respectivamente, na dimensão dor / desconforto.

O pior estado de saúde observado entre os participantes foi o 22232, que representa problemas moderados (2) em quatro itens EQ-5D (mobilidade, autocuidado, atividades habituais e ansiedade/depressão) e com problemas extremos (3) na dimensão dor / desconforto. Todos estados de saúde, extraídos do EQ-5D-3L, suas frequências e seus respectivos valores médios de VAS estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Estados de saúde do EQ-5D segundo frequência absoluta e percentual e os valores média e desvio padrão de VAS entre os cuidadores de idosos. Ilha Solteira, Brasil, 2019. (n = 194)

Estado de saúde	n (%)	média VAS	dp VAS
11111	67 (34,5%)	86,5	13,4
11112	14 (7,2%)	80,3	17,8
11113	16 (8,2%)	80,5	15,6
11121	19 (9,8%)	81,2	18,3
11122	14 (7,2%)	74,3	12,9
11123	5 (2,6%)	64,0	19,1
11131	17 (8,7%)	69,4	16,7
11132	2 (1,0%)	90,0	0,0
11133	12 (6,2%)	62,5	23,0
11211	2 (1,0%)	85,0	7,0
11221	12 (6,2%)	57,8	23,7
11222	1 (0,5%)	70,0	0,0
11223	4 (2,1%)	68,7	14,4
11231	1 (0,5%)	50,0	0,0
11232	2 (1,0%)	35,0	49,5
11233	7 (3,6%)	70,0	27,0
21121	1 (0,5%)	60,0	0,0
21131	2 (1,0%)	75,0	35,4
21221	1 (0,5%)	50,0	0,0
21233	2 (1,0%)	50,0	0,0
22232	1 (0,5%)	50,0	0,0

Nota: Escala Visual Analógica (VAS). 1=sem problema, 2= problema moderado, 3=problema extremo, para cada uma das cinco dimensões do EQ-5D-3L

De acordo com os resultados do EQ-5D-3L, 127 (65.5%) cuidadores apresentaram problemas, moderados e ou extremos, nas cinco dimensões. Os percentuais foram significativamente maiores na dimensão dor / desconforto (A4) 49.0% e ansiedade / depressão (A5) 41,2%. As mulheres relataram mais problemas que os homens tiveram escores médios de

VAS menores que os homens. As demais comparações para cada variável estudada estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Comparações de subgrupos na amostra de cuidadores de idosos, Ilha Solteira, Brasil, 2019. (n=194)

	11111 n (%)	A1 n (%)	A2 n (%)	A3 n (%)	A4 n (%)	A5 n (%)	VAS μ (dp)	n (%)
Total	67 (34.5)	7 (3.6)	1 (0.5)	25 (12.9)	95 (49.0)	80 (41.2)	77.3 (19.4)	194 (100)
Sexo								
Masculino	20 (54.1)	-	-	1 (2.7)	13 (35.1)	6 (16.2)	82.5 (13.8)	37 (19.1)
Feminino	47 (29.9)	7 (4.5)	1 (0.6)	24 (15.3)	82 (52.2)	74 (47.1)	76.0 (20.3)	157 (80.9)
Idade								
Até 60 anos	48 (41.0)	3 (2.6)	1 (0.9)	7 (6.0)	48 (41.0)	47 (40.2)	78.9 (18.2)	117 (60.3)
Acima 60 anos	19 (24.7)	4 (5.2)	-	18 (23.4)	47 (61.0)	33 (42.9)	74.7 (20.8)	77 (39.7)
Estado civil								
Solteiro	20 (43.5)	1 (2.2)	-	2 (4.3)	19 (41.3)	17 (37.0)	77.4 (16.9)	46 (23.7)
Casado	33 (28.7)	2 (1.7)	1 (0.9)	17 (14.8)	66 (57.4)	50 (43.5)	78.6(20.3)	115 (59.3)
Divorciado	10 (43.5)	3 (13.0)	-	3 (13.0)	7 (30.4)	8 (34.8)	70.2 (19.4)	23 (11.9)
Viúvo	4 (40.0)	1 (10.0)	-	3 (30.0)	3 (30.0)	5 (50.0)	77.5 (18.4)	10 (5.2)
Instrução								
Analfabeto	-	1 (12.5)	-	2 (25.0)	5 (62.5)	2 (25.0)	76.2 (23.9)	8 (4.1)
Fund. Incompleto	17 (24.3)	3 (4.3)	-	14 (20.0)	45 (64.3)	29 (41.4)	73.2 (20.8)	70 (36.1)
Fund. Completo	6 (27.3)	-	-	1 (4.5)	13 (59.1)	11 (50.0)	80.6 (13.0)	22 (11.3)
Ensino médio	32 (45.1)	1 (1.4)	-	4 (5.6)	24 (33.8)	30 (42.3)	81.8 (17.0)	71 (36.6)
Ensino superior	12 (52.2)	2 (8.7)	1 (4.3)	4 (17.4)	8 (34.8)	8 (34.8)	70.4 (22.4)	23 (11.9)
Religião								
Católica	33 (32.7)	5 (5.0)	1 (1.0)	14 (13.9)	50 (49.5)	45 (44.6)	76.4 (18.7)	101 (52.1)
Evangélica	19 (31.1)	1 (1.6)	-	4 (6.6)	31 (50.8)	24 (39.3)	81.5 (17.2)	61 (31.4)
Outra	5 (27.8)	-	-	6 (33.3)	10 (55.6)	8 (44.4)	69.9 (22.5)	18 (9.3)
Nenhuma	10 (71.4)	1 (7.1)	-	1 (7.1)	4 (28.6)	3 (21.4)	74.3 (25.9)	14 (7.2)
Parentesco								
Esposo(a)	10 (17.9)	1 (1.8)	-	13 (23.2)	39 (69.6)	26 (46.4)	75.4 (20.8)	56 (28.9)
Filho (a)	30 (34.1)	3 (3.4)	-	5 (5.7)	42 (47.7)	38 (43.2)	77.2 (19.2)	88 (45.4)
Contratado (a)	10 (47.6)	-	-	-	7 (33.3)	8 (38.1)	78.1 (16.3)	21 (10.8)
Outro	17 (58.6)	3 (10.3)	1 (3.4)	7 (24.1)	7 (24.1)	8 (27.6)	80.2 (19.8)	29 (14.9)
Dependência do idoso								
Independente	9 (32.1)	1 (3.6)	-	4 (14.3)	12 (42.9)	10 (35.7)	77.6 (17.3)	28 (14.4)
Dependência parcial	42 (36.8)	2 (1.8)	-	13 (11.4)	56 (49.1)	44 (38.6)	77.9 (18.6)	114 (58.8)
Dependência total	16 (30.8)	4 (7.7)	1 (1.9)	8 (15.4)	27 (51.9)	26 (50.0)	75.7 (22.1)	52 (26.8)

Nota: 11111= sem problema nas cinco dimensões do EQ-5D-3L; A1= Problemas com mobilidade; A2= Problemas com autocuidado; A3= Problemas com autocuidado; A4= Problemas com dor/mal estar; A5= Problemas com ansiedade/depressão; VAS= escala visual analógica; μ = média; dp= desvio padrão

Na análise univariada, a dimensão mobilidade (A1), diferença significativa foi encontrada apenas no estado civil divorciado, no qual a “odds ratio” (OR) foi de 6.2 vezes maior a chance quando comparado aos demais estados civis ($p=0.022$). A dimensão ansiedade/depressão (A5) também foi influenciada por apenas uma variável, o “sexo”, onde a chance de ocorrer problema foi de 4.5 vezes maior no sexo feminino quando comparado com o sexo masculino ($p=0.0015$). Na dimensão autocuidado (A2) não houve associação estatisticamente significante com nenhuma das variáveis estudadas. Já a dimensão atividades habituais (A3) foi influenciada pelas variáveis “idade”, “parentesco”, “grau de instrução” e “religião”, conforme Tabela 3 e a

dimensão dor/mal estar (A4) pelas variáveis “idade”, “parentesco”, “estado civil”, “grau de instrução” como apresentado na Tabela 4.

Tabela 3 - Análise de regressão logística univariada para a dimensão atividades habituais, Ilha Solteira, Brasil, 2019. (n=194)

Variável	Categoria	p-valor	OR	IC 95% OR
Sexo	Feminino	0.071	0.15	0.02 - 1,18
	Masculino			
Idade	Até 60 anos	0.001*	4.79	1.89 - 12.13
	Acima de 60 anos			
Parentesco	Esposo (a)	0.008*	3.17	1.35 - 7.48
	Filho (a)	0.010*	0.26	0.09 - 0.72
	Outro	0.057	2.60	0.97 - 6.93
	Contratado (a)	0.793	0.0001	0.00 – infinito
Estado civil	Solteiro	0.065	0.25	0.06 - 1.09
	Casado	0.344	1.54	0.63 - 3.76
	Divorciado	0.981	1.02	0.28 - 3.70
	Viúvo	0.114	3.16	0.76 - 13.11
Instrução	Analfabeto	0.310	2.36	0.45 - 12.41
	Fund. incompleto	0.030*	2.57	1.10 - 6.02
	Fund. completo	0.242	0.29	0.04 - 2.29
	Ensino médio	0.033*	0.30	0.10 - 0.90
	Ensino superior	0.495	1.50	0.47 - 4.85
Religião	Católica	0.673	1.20	0.52 - 2.79
	Evangélica	0.084	0.37	0.12 - 1.14
	Outra	0.011*	4.13	1.39 - 12.28
	Nenhuma	0.513	0.50	0.06 - 4.00
Dependência do idoso	Total	0.531	1.34	0.54 - 3.31
	Parcial	0.463	0.73	0.31 - 1.69
	Independente	0.811	1.15	0.36 - 3.65

Nota: IC 95% OR=Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. OR (*Odds Ratio*). *Significância para $p < 0.05$

Tabela 4 - Análise de regressão logística univariada para a dimensão dor/mal-estar, Ilha Solteira, Brasil, 2019. (n=194)

Variável	Categoria	p-valor	OR	IC 95% OR
Sexo	Feminino			
	Masculino	0.064	0.4954	0.24 - 1.04
Idade	Até 60 anos			
	Acima de 60 anos	0.007*	2.25	1.25 - 4.05
Parentesco	Esposo (a)	0.0003*	3.36	1.73 - 6.52
	Filho (a)	0.753	0.91	0.52 - 1.61
	Outro	0.057	0.28	0.11 - 0.69
	Contratado (a)	0.135	0.48	0.19 - 1.26
Estado civil	Solteiro	0.235	0.67	0.34 - 1.30
	Casado	0.005*	2.32	1.29 - 4.18
	Divorciado	0.064	0.41	0.16 - 1.05
	Viúvo	0.230	0.43	0.11 - 1.71
Instrução	Analfabeto	0.440	1.78	0.41 - 7.65
	Fund. incompleto	0.002*	2.66	1.45 - 4.89
	Fund. completo	0.316	1.59	0.64 - 3.90
	Ensino médio	0.001*	0.35	0.19 - 0.65
	Ensino superior	0.152	0.51	0.21 - 1.28
Religião	Católica	0.876	1.05	0.60 - 1.84
	Evangélica	0.727	1.11	0.61 - 2.04
	Outra	0.558	1.34	0.50 - 3.55
	Nenhuma	0.124	0.39	0.12 - 1.29
Dependência do idoso	Total	0.619	1.18	0.62 - 2.22
	Parcial	0.959	1.02	0.57 - 1.80
	Independente	0.485	0.75	0.33 - 1.68

Nota: IC 95% OR=Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. OR (*Odds Ratio*). *Significância para $p < 0.05$

6.7 Discussão

Cuidadores domiciliares de idosos do sexo feminino são a maioria e apresentam problemas moderados e ou graves em todas as cinco dimensões do EQ-5D-3L. Observaram-se também diferenças significativas entre a percepção do estado de saúde, medida pela escala visual analógica (VAS) e o sexo dos cuidadores, sendo que as mulheres perceberam seus estados de saúde de forma mais negativa que os cuidadores do sexo masculino. Isso pode ser explicado pelo fato delas estarem em uma situação quase que imposta pelos familiares, em razão do acúmulo de funções diversas no lar e também por, na maioria das vezes, exercerem a função sem suporte financeiro e apoio familiar (ANDERSON *et al.*, 2013; HANSEN; SLAGSVOLD, 2013; ROVIDA *et al.*, 2015; HAJEK; KÖNIG, 2016; ASCEF *et al.*, 2017; N'GORAN *et al.*, 2017; REIS; DOURADO; GUERRA, 2019).

O cuidado, na população brasileira, ainda está intrinsecamente ligado às questões relacionadas ao sexo. Isso se dá porque, cultural e socialmente, ainda é considerado como sendo uma característica da mulher adaptar-se às exigências dos familiares, prover assistência e organização da vida familiar, em virtude de exercer o cuidado dos filhos, atividades domésticas

e, portanto, estarem mais preparadas para desempenhar o referido papel, enquanto o homem deve ser o principal provedor financeiro da família (CESÁRIO *et al.*, 2017).

A insatisfação com a atividade de cuidador de idoso foi mais frequente entre os participantes com idade igual ou menor de 60 anos. Anderson *et al.* (2013) também observaram que cuidadores entre 18 e 64 anos apresentaram mais chances de sentirem-se insatisfeitos com a vida quando comparados a cuidadores com mais de 64 anos, pelo fato de indivíduos mais jovens acumularem outras tarefas, como trabalhar e estudar.

O grau de dependência física, do idoso receptor de cuidados não interferiu na qualidade de vida de seus cuidadores e tal relação corroborou com os achados da literatura (CALDEIRA *et al.*, 2017). No entanto, em outros estudos, a patologia e o grau de agitação do idoso demonstraram influenciar, de forma negativa, a percepção do estado de saúde dos seus cuidadores. Essas pesquisas apontaram para a influência negativa que grau dependência do idoso causaria na qualidade de vida de seu cuidador. Cuidadores de idosos fisicamente dependentes tendem a ser mais satisfeitos do que aqueles que cuidavam de idosos com comprometimentos cognitivos, pois estes últimos lidam frequentemente com alterações de humor e de comportamento do idoso, o que afeta negativamente o bem-estar do cuidador (FIGUEIREDO; LIMA; SOUSA, 2012).

Em outros estudos sobre cuidadores familiares de idosos dependentes, a satisfação com a vida foi afetada negativamente, pois em muitos casos, sentiam-se despreparados e por não receberem suporte para desempenhar a função, apresentaram esgotamento físico e psicológico (MAUSBACH *et al.*, 2013; SEQUEIRA, 2013; CALDEIRA *et al.*, 2017).

A maioria dos cuidadores, no presente estudo, relatou estar satisfeito e não ter dificuldade na rotina de trabalho. Estudos que compararam a satisfação com a vida entre idosos cuidadores e idosos não cuidadores, observaram que tanto os idosos cuidadores quanto os não cuidadores estavam satisfeitos com a vida, justificado pela capacidade de criar estratégias de enfrentamento para solucionar problemas e pela percepção de que o aprendizado em cuidar de alguém sempre traz crescimento emocional (LENARDT *et al.*, 2011; TOMOMITSU; PERRACINI; NERI, 2014). Para aqueles que apontaram ter alguma dificuldade, observou-se que elas estavam relacionadas à sobrecarga física e emocional, ao isolamento social, no qual o cuidador vivia e aos conflitos gerados pela própria convivência com idoso, que muitas vezes torna-se agressivo e resistente aos cuidados.

O sono prejudicado do cuidador esteve relacionado à inquietação noturna do idoso, devido às alterações do processo de senescência e do aparecimento de patologias. O cuidador apresentou preocupação com a possibilidade de queda do idoso, especificamente no período da

noite. A preocupação é pertinente, pois a literatura aponta que essa inquietação noturna é uma das principais causas de queda, além das características do ambiente onde vive o idoso (REIS; ROCHA; DUARTE, 2014; SANTOS; WEIZENMANN; KOETZ, 2015).

Cuidar de idosos dependentes é uma atividade complexa e requer atenção e qualificação na execução da rotina de cuidados diários, principalmente administração de medicamentos e alimentação. A adaptação com os horários na rotina dos cuidados prestados é condição estressante que interfere no cotidiano do cuidador e gera sobrecarga física e emocional. Outra dificuldade apresentada nos relatos diz respeito às alterações de humor do idoso causada pela condição de dependência, incapacidade, tristeza e depressão (ALMEIDA *et al.*, 2017).

A religiosidade tem apresentado interferências positivas na qualidade de vida das pessoas. A vulnerabilidade faz com que o indivíduo busque superação para os acontecimentos negativos da vida tais como cura, paz e conforto espiritual por meio de rezas ou orações (OLIVEIRA; ALVES, 2014; SANTOS *et al.*, 2017).

Os níveis elevados de envolvimento religioso estariam associados à indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, alegria de viver e afetividade, pois a religiosidade relacionou-se também com a construção de sentido e ordenação da vida dos indivíduos, influenciando direta e positivamente a saúde (MELO *et al.*, 2015; OLIVEIRA; ALVES, 2014).

A qualidade de vida relacionada à saúde é uma medida subjetiva e multidimensional influenciada por variáveis como sexo, idade, relação de parentesco com o idoso, grau instrução e religião. Pesquisas, empregando o EQ-5D, confirmaram a influência destas variáveis com a QVRS (AGBORSANGAYA *et al.*, 2013; MIELCK; VOGELMANN; LEIDL, 2014; SZENDE; JANSSEN; CABASES, 2014; PADDISON *et al.*, 2015).

Observou-se, no presente estudo, que mesmo para o caso de uma cuidadora na situação de cadeirante, a qual teve sua perna amputada por causa da diabetes, o valor dado para sua saúde, no momento da entrevista, medido pela escala visual analógica, foi alto, demonstrando assim que nem todas as limitações geram insatisfação com a vida.

Mais da metade dos cuidadores, relataram algum tipo de dor ou mal-estar, o que afetaria, negativamente, a percepção do próprio estado de saúde. Uma parcela significativa destes cuidadores, relataram também dor, mal-estar, ansiedade e depressão de forma extrema em algumas das dimensões estudadas, porém, o pior estado de saúde (33333), ou seja, a presença de problemas extremos em todas as dimensões, não foi encontrado neste estudo.

O fato dos participantes pertencerem a um município de pequeno porte do estado de São Paulo, poderia representar uma limitação do estudo. Talvez os resultados sejam diferentes em

populações de outras regiões do país ou em outros países. Destaca-se também a subjetividade na avaliação da autopercepção de saúde, uma vez que, a percepção torna-se suscetível às mudanças ao longo da vida em decorrência de condições contextuais e estado psicológico vivenciado pelo indivíduo.

A rotina de cuidados prestados aos idosos é uma atividade complexa, requerendo, portanto, além da capacitação, o desenvolvimento de ações e programas de assistência voltados aos cuidadores domiciliares de idosos.

6.8 Conclusão

A atividade mais frequente foi a administração de medicamentos, seguida da ajuda com o vestuário, banho e locomoção do idoso. A higiene bucal no idoso era realizada por menos da metade dos cuidadores, alegando a resistência do idoso em deixar realizar tal atividade. Para os cuidadores que relataram ter alguma dificuldade na rotina do cuidado com o idoso, observou-se que estavam relacionadas à sobrecarga física e emocional, ao isolamento social, no qual o cuidador vivia e aos conflitos gerados pela própria convivência com idoso, que muitas vezes torna-se agressivo e resistente aos cuidados.

A grande maioria dos cuidadores domiciliares de idosos eram mulheres e para as cuidadoras, a autopercepção do seu estado de saúde apresentou-se de forma mais negativa, o que pode ser explicado pela situação, muitas vezes, imposta pelos familiares, pelo acúmulo de funções diversas no lar e por, quase sempre, desenvolverem a atividade sem apoio financeiro e familiar, gerando insatisfação com a vida e consequentemente impacto na qualidade de vida.

6.9 Referências

AGBORSANGAYA, Calypse B. *et al.* Health-related quality of life and healthcare utilization in multimorbidity: results of a cross-sectional survey. *Quality of Life Research*, Oxford, v. 22, n. 4, p. 791-799, 2013. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0214-7>

ALMEIDA, Camila Aparecida Pinheiro Landim *et al.* A visão de cuidadores no cuidado de idosos dependentes institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 145-161, 2017.

ANDERSON, Lynda A. *et al.* Adult caregivers in the united states: characteristics and differences in well-being, by caregiver age and caregiving status. *Preventing Chronic Disease*, Atlanta, v. 10, n. 15, p. 1-5, 2013. <https://doi.org/10.5888/pcd10.130090>

ASCEF, Bruna de Oliveira *et al.* Qualidade de vida relacionada à saúde dos usuários da atenção primária no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, n. 13, p. 22s, 2017. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007134>

BARBOSA, Bruno Rossi *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>

BRASIL. Ministério Da Saúde. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS*: proposta de modelo de atenção integral. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BROOKS, Richard. EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, New York, v. 37, n. 1, p. 53-72, 1996. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(96\)00822-6](https://doi.org/10.1016/0168-8510(96)00822-6)

BROOKS, Richard; RABIN, Rosalind; DE CHARRO, Frank (Ed.). *The measurement and valuation of health status using EQ-5D: a European perspective: evidence from the EuroQol BIOMED Research Programme*. New York: Springer Science & Business Media; 2013.

CALDEIRA, Rebeca de Barros *et al.* Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 503-517, 2017. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160177>

CESÁRIO, Vanovya Alves Claudino *et al.* Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.41, p.171-182, 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711214>

EUROQOL GROUP. EuroQol: a new facility for the measurement of health: related quality of life. *Health Policy*, New York, v. 16, n. 3, p. 199-208, 1990. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)

FERREIRA, Pedro Lopes; FERREIRA, Lara Noronha; PEREIRA, Luis Nobre. Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 26, n. 3, p. 664-675, 2013.

FIGUEIREDO, Daniela; LIMA, Margarida Pedroso; SOUSA, Liliana. Cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência: rede social, pessoal e satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 13, n. 1, p. 117-129, 2012.

GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2941-2948, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600032>

HAJEK, André; KÖNIG, Hans-Helmut. Informal caregiving and subjective well-being: evidence of a population-based longitudinal study of older adults in Germany. *Journal of the American Medical Directors Association*, New York, v. 17, n. 4, p. 300-305, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.10.015>

HANSEN, Thomas; SLAGSVOLD, Britt. The psychological effects of providing personal care to a partner: a multidimensional perspective. *Health Psychology Research*, Pavia, v. 25, n. 1, p. 126-134, 2013. <https://doi.org/10.4081/hpr.2013.e25>

KATZ, Sidney *et al.* Studies of Illness in the aged. The index ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, Chicago, v. 185, p. 914-919, 1963. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>

LAWTON, M. Powell; BRODY, Elaine M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, Whashington, v. 9, n. 3, p.179-186, 1969.

LENARDT, Maria Helena *et al.* A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Colombia Médica*, Cali, v. 42, n. 1, p. 17-25, 2011.

MAUSBACH, Brent T. *et al.* A comparison of psychological outcomes in elderly Alzheimer's caregivers and non-caregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Washington, v. 21, n. 1, p. 5-13, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.10.001>

MELO, Cynthia de Freitas *et al.* Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 447-464, 2015.

MENEZES, Renata de Miranda *et al.* EQ-5D-3L-3L as a health measure of Brazilian adult population. *Quality of Life Research*, Oxford, v. 24, n. 11, p. 2761-2776, 2015. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-0994-7>

MIELCK, Andreas; VOGELMANN, Martin; LEIDL, Reiner. Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, London, v. 12, n. 1, p. 58, 2014. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-58>

N'GORAN, Alexandra A. *et al.* Comparing the self-perceived quality of life of multimorbid patients and the general population using the EQ-5D-3L. *PloS One*, San Francisco, v. 12, n. 12, p. e0188499, 2017. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188499> .

OLIVEIRA, Julimar Fernandes de *et al.* Qualidade de vida de idosos que cuidam de outros idosos com doenças neurológicas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 428-438, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180077>

OLIVEIRA, Rosemeire Moreira de; ALVES, Vicente Paulo. A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetitê (BA). *Revista Kairós: Gerontologia*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 305-327, 2014.

PADDISON, Charlotte A. M. *et al.* Why do patients with multimorbidity in England report worse experiences in primary care? Evidence from the General Practice Patient Survey. *BMJ Open*, London, v. 5, n. 3, p. e006172, 2015. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006172>

REIS, Edison dos; DOURADO, Victor Zuniga; GUERRA, Ricardo Luís Fernandes. Qualidade de vida e fatores de riscos à saúde de cuidadoras formais de idosos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 47-61, 2019.

REIS, Luciana de Araújo; ROCHA, Thais de Souza; DUARTE, Stênio Fernando Pimentel. Quedas: risco e fatores associados em idosos institucionalizados. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 28, n. 3, p. 225-234, 2014.

RENNEN, Mand V.; OPPE Mark. *EQ-5D-3L-3L: version 5.1*. Rotterdam: EuroQol Group; 2015.

Disponível

em:

http://www.euroqol.org/fileadmin/user_upload/Documenten/PDF/Folders_Flyers/EQ-5D-3L-3L_UserGuide_2015.pdf Acesso em: 3 fev. 2020.

ROVIDA, Tânia Adas Saliba *et al.* Elderly caregivers at long-stay institutions: quality of life and temporomandibular dysfunction. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, Piracicaba, v. 14, n. 3, p. 204-208, 2015. <https://doi.org/10.1590/1677-3225v14n3a06>

SANTOS, Ariana Oliveira *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes em instituição de longa permanência: uma revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, Caçador, v. 6, n. 1, p. 147-162, 2017.

SANTOS, Marilucia Vieira dos; WEIZENMANN, Simone Ely; KOETZ, Lydia Christmann Espindola. Avaliação dos idosos e a percepção dos profissionais quanto os riscos de quedas em uma instituição de longa permanência. *Cinergis*, Santa Cruz do Sul, v. 16, n. 1, p. 9-14, 2015. <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v16i1.5491>

SANTOS, Marisa *et al.* Brazilian valuation of EQ-5D-3L health states: results from a saturation study. *Medical Decision Making*, Cambridge, v. 36, n. 2, p. 253-263, 2016. <http://dx.doi.org/10.1177/0272989X15613521>

SEQUEIRA, Carlos. Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal portuguese caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, Oxford, v. 22, n. 3-4, p. 491-500, 2013. <https://doi.org/10.1111/jocn.12108>

SZENDE, Agota; JANSSEN, Bas; CABASES, Juan (Ed.). *Self-reported population health: an international perspective based on EQ-5D*. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-7596-1>

TOMOMITSU, Monica Regina Scandiuzzi Valente; PERRACINI, Monica Rodrigues; NERI, Anita Liberalesso. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3429-3440, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.13952013>

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

ANEXOS

ANEXO A - Referências da Introdução Geral e Metodologia Expandida

1. World Health Organization. Ageing and health. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> Acessado em: 26 jul. 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
3. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 2010.
4. Brasil. Estatuto do idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
6. Monteiro CP, Monteiro JL. Internação domiciliária. In: Duarte YAO, Oliveira YA, Diogo MJDE. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 584.
7. Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002.
8. Israel NE, Andrade OG, Teixeira JJ. The family caretaker perception about the elderly physical recovery with functional disability. Cienc Saude Coletiva. 2011;16 Supply 1:1349-56.
9. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185:914-9.
10. Rocha Júnior PR, Corrente JE, Hattor CH, Oliveira IM, Zancheta D, Gallo CG, et al. The results of training of informal caregivers on the quality of life of the elderly with a déficit in self-care. Cienc Saude Coletiva. 2011;16(7):3131-7.

11. Simons D, Baker P, Jones B, Kidd EA, Beighton D. An evaluation of na oral health training programme for cares of the elderly in residential home. *Br Dent J*. 2000;188(4):226-10.
12. Saliba NA, Moimaz SAS, Marques JAM, Prado RL. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre a saúde bucal. *Interface*. 2007;11(21):39-50.
13. Brondani MA. Educação preventiva em odontogeriatrics: mais do que uma necessidade, uma realidade. *Rev Odonto Ciênc*. 2002;17(35):57-61.
14. Garbin CAS, Sumida DH, Moimaz SAS, Prado RL, Silva MM. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *CiêncSaúde Coletiva*. 2010;15(6):2941-8.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
16. WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, eds. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer; 1994. p. 41-60
17. Organização Mundial de Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: WHO; 2004.
18. Cesário VAC, Leal MCC, Marques APO, Claudino KA. Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. *Saúde Debate*. 2017;41:171-82.
19. Freitas Melo C, Sampaio IS, Abreu Souza DL, Santos Pinto N. Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2015;15(2), 447-464.
20. Oliveira RM, Alves VP. A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). *Revista Kairós: Gerontologia*, São Paulo. 2014;17(3), 305-327.

21. Tedrus GMA, Fonseca LC, Ciancaglio JCB, Mônico GS, Zamperi C. Religiosity and quality of life of individuals with Alzheimer's disease and of caregivers: Relationship with clinical aspects. *Dementia & Neuropsychologia*. 2020; 14(1), 69-74.
22. Izzo JM, Cunha AMR, Cesarino CB, Martins MRI. The impact of chronic pain on the quality of life and on the functional capacity of cancer patients and their caregivers. *BrJP*. 2019; 2(4), 336-341.
23. Miotto MH, Barcellos LA, Veltren DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da região sudeste. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(2):397-406.
24. Hernández-Palacios RD, Ramirez-Amador V, Jarillo-Soto EC, Irigoyen-Camacho ME, Mendoza-Núñez VM. Relationship between gender, income and education and self-perceived oral health among elderly Mexicans: an exploratory study. *Cienc Saude Coletiva*. 2015;20(4):997-1004.
25. Oliveira EJP, Rocha VFB, Nogueira DA, Pereira AA. Qualidade de vida e condições de saúde bucal de hipertensos e diabéticos em um município do Sudeste Brasileiro. *Cienc Saude Coletiva*. 2018;23(3):763-72.
26. Róvoda TAS, Peruchini LFD, Moimaz SAS, Garbin CAS. O conceito de saúde geral e bucal na visão dos cuidadores de idosos. *Odontol Clin Cient*. 2013;12(1):43-6.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais; Brasília: DF: Ministério da Saúde; 2011.
28. Alcântara CM, Dias CA, Rodrigues SM, Reis FA. Estudo comparativo da condição de saúde bucal de idosos não institucionalizados de Governador Valadares - MG, com a meta proposta pela Organização Mundial de Saúde para 2010. *Physis*. 2011;21(3):1023-44.
29. Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;12(4):1051-6.

30. Unfer B, Braun K, Silva CP, Pereira Filho LD. Autopercepção da perda de dentes em idosos. *Interface*. 2006;10(19):217-26.
31. World Health Organization. Oral health. Disponível em www.who.int/entity/oral_health/publications/abstract_oral_health/en/ Acessado em: 24. Jul. 2018.
32. Horn R, Heng C, Chea C, Sieng C, Louv C, Turton B, et al. Perceptions of oral health among older Cambodians and their caregivers: A qualitative study. *Gerodontology*. 2018;35:45–50.
33. Campos CH, Ribeiro GR, Garcia RCMR. Oral health-related quality of life in mild Alzheimer: patient versus caregiver perceptions. *Spec Care Dentist*. 2016;36(5):271-6.
34. Castrejón-Pérez RC, Borges-Yáñez A, Irigoyen-Camacho E, Cruz-Hervert LP. Negative impact of oral health conditions on oral health related quality of life of community dwelling elders in Mexico city, a population based study. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17:744–52.
35. Silveira JOL. Exodontia. Porto Alegre: Médica Missau; 1998.
36. Rovida TAS, Moimaz SAS, Garbin CAS, Dias IA, Saliba NA. Contribuição do processo ensino-aprendizagem na qualificação de recursos humanos no cuidado da saúde bucal dos idosos. *Interagir*. 2016;(22):78-94.
37. Saliba CA, Saliba NA, Marcelino G, Moimaz SAS. Saúde bucal dos idosos: uma realidade ignorada. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 1999;53(4):279-82.
38. Frenkel H, Harvey I, Newcombe RG. Oral health care among nursing home residents in Avon. *Gerontology*. 2000;17(1):33-8.
39. Miranda AF, Miranda MPAF, Lia EM, Leal SC. Doença de Alzheimer: características e orientações em odontologia. *RGO*. 2010;58(1):1-9.

40. Pereira KCR, Guimarães FS, Alcauza MTR, Campos DA, Pires ROM. Percepção, conhecimento e habilidades de cuidadores em saúde bucal de idosos acamados. *Saúde Transf. Soc.* 2014;5(3):34-41.
41. Pedreira LC, Oliveira AMS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(5):730-6.
42. Rovida TAS, Prado RL, Joaquim RC, Tano LF, Garbin CAS. Elderly caregivers at long-stay institutions: quality of life and temporomandibular dysfunction. *Braz J Oral Sci.* 2015;14(3):204-8.
43. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS; 2003.
44. Almeida MEL, Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA. Um olhar sobre o idoso: estamos preparados? *Rev Fac Odontol Porto Alegre.* 2004;45(1):63-8.
45. Slade GD. Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25(4):284–90.
46. Oliveira BH, Nadanovsky P. Psychometric properties of the Brazilian version of the oral health impact profile-short form. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(4):307-14.
47. Brooks R. EuroQoL: the current state of play. *Health Policy.* 1996;37:53- 72.
48. EuroQoL Group. EuroQol: a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy.* 1990;16:199-208.
49. Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN. Contribution for the validation of the Portuguese version of EQ-5D. *Acta Med Port.* 2013;26(6):664–75.
50. Santos M, Cintra MACT, Monteiro AL, Santos B, Gusmão F, Andrade Filho MV, et al. Brazilian valuation of EQ-5D-3L-3L health states: results from a saturation study. *Med Decis Making.* 2016;36(2):253–62.

ANEXO B - Perfil do Cuidador

ENTREVISTADO Nº _____

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

1. Idade: _____

2. Sexo: ☐ feminino ☐ masculino

3. Grau de parentesco:

☐ Esposo(a) ☐ Filho (a) ☐ Neto (a) ☐ Outro ☐ Contratado(a)

4. Estado civil:

☐ Solteiro (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viúvo (a) ☐ Casado (a)

5. Grau de instrução:

☐ Analfabeto ☐ fundamental incompleto ☐ Fundamental completo☐ Ensino Médio completo ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo

6. Qual a sua religião?

☐ Nenhuma ☐ Católica ☐ Evangélica ☐ Espírita ☐ Outra: _____

7. Se possui religião, qual a importância da religião na sua vida?

☐ muito importante ☐ pouco importante ☐ nada importante

8. Vive com o idoso:

☐ Sim ☐ Não

9. O idoso sob seu cuidado é:

☐ independente ☐ dependente (Total) ☐ moderadamente dependente (Parcial)

10. Qual sua área de formação?

☐ enfermeiro (a) ☐ técnico em enfermagem ☐ auxiliar de enfermagem☐ nenhuma ☐ outra(especifique): _____

11. Há quanto tempo cuida do idoso?

☐ 0-2 anos ☐ 2-4 anos ☐ 4-6 anos ☐ mais de 6 anos

12. Já trabalhou anteriormente com idosos?

☐ Sim ☐ Não

13. Em caso afirmativo, por quanto tempo permaneceu no trabalho?

☐ 0-2 anos ☐ 2-4 anos ☐ 4-6 anos ☐ mais de 6 anos

14. Você está satisfeito com o trabalho de cuidador de idosos?

☐ Sim ☐ Não Por que? _____

15. Este trabalho é remunerado?

☐ Sim ☐ Não

16. Se sim, qual a sua remuneração?

☐ até 1 SM ☐ de 1 a 2 SM ☐ de 2 a 3 SM ☐ mais de 3 SM ☐ Nenhuma

17. Quantas horas você dedica ao cuidado do idoso?

☐ 0-6h ☐ 6-12h ☐ 12-18h ☐ 18-24h

18. Você tem outra(s) atividade(s) além de cuidar do idoso? (por exemplo trabalha, estuda...)

☐ Sim ☐ Não

19. Quais atividades você realiza no cuidado com o idoso?

☐ Alimentação ☐ Medicação ☐ Dar Banho ☐ Higiene Bucal
☐ Vestí-lo ☐ Locomoção/Transferência

20. Qual a maior dificuldade enfrentada no trabalho?

☐ Convivência com o idoso
☐ Transferência do idoso (de um lugar para outro)
☐ Dar Banho
☐ Dar medicamentos
☐ Problemas relacionados com as condições de trabalho
☐ Não tem dificuldades
☐ Outras. Quais? _____

21. Onde você aprendeu a cuidar de idosos?

☐ Na prática diária ☐ Curso técnico preparatório

22. Você sabe fazer os procedimentos de higiene bucal em idosos?

☐ Sim ☐ Não

23. Onde você aprendeu esses procedimentos?

☐ Na prática diária ☐ Curso técnico preparatório

24. É fácil para você realizar os cuidados bucais no idoso?

☐ Sim ☐ Não

25. Qual a maior dificuldade em realizar a higiene bucal no idoso?

☐ Resistência por parte do idoso
☐ Dificuldades pessoais com essa atividade
☐ Dificuldade no manejo do idoso

☐ Outros. Quais? _____

☐ Nenhuma

26.Quais são os cuidados realizados por você no idoso?

☐ Escovação dentária

☐ Higiene das próteses dentárias

☐ Higiene da língua

☐ Higiene com enxaguantes bucais (listerine, cepacol, plax...)

☐ Não faço a higiene bucal no idoso

27.Quantas vezes por dia você realiza a higiene bucal no idoso?

☐ Uma vez ao dia ☐ Duas vezes ao dia ☐ Três vezes ao dia

☐ Somente quando acho necessário ☐ Nenhuma

28.Quando você percebe alguma alteração na boca do idoso, o que você faz?

☐ Comunica ao idoso

☐ Comunica aos familiares

☐ Leva ao cirurgião dentista

☐ Leva ao médico

☐ Nunca percebeu nada

☐ Não costumo examinar a boca dele(a)

29.Você gostaria de receber mais informações sobre os cuidados de higiene bucal nos idosos?

☐ Sim ☐ Não

30.Você gostaria de participar de cursos técnicos higiene bucal para idosos?

☐ Sim ☐ Não

31.Você acha que seria difícil para você fazer um treinamento de cuidador de idosos?

☐ Sim ☐ Não

Se “sim” qual o motivo?

☐ Falta de tempo ☐ Renda insuficiente

☐ Dificuldade em retornar a estudar ☐ Nenhum

☐ Outros: _____

ANEXO C - Ficha de Exame Clínico

ENTREVISTADO Nº _____

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

ENTREVISTADO: () CUIDADOR () IDOSO

EDENTULISMO

USO DE PRÓTESE

SUP INF

--	--

- 0 – NÃO USA
- 1 – USA PF (UNITÁRIA OU PONTE)
- 2 – USA MAIS DE UMA PF
- 3 – USA UMA PPR
- 4 – USA MAIS DE UMA PPR
- 5 – USA PRÓTESE TOTAL (PT)
- 9 – SEM INFORMAÇÃO

NECESSIDADE DE PRÓTESE

SUP INF

--	--

- 0 – NÃO NECESSITA
- 1 – NECESSITA DE PF OU PPR (1 ELEMENTO)
- 2 – NECESSITA DE PF OU PPR (MAIS DE 1 ELEMENTO)
- 3 – NECESSITA DE PRÓTESE TOTAL (PT)
- 9 – SEM INFORMAÇÃO

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

COROA

- 0 – COROA HÍGIDA
- 1 – COROA CARIADA
- 2 – RESTAURADO C/ CÁRIE
- 3 – RESTAURADO S/ CÁRIE
- 4 – PERDIDO POR CÁRIE
- 5 – PERDIDO POR OUTRA RAZÃO
- 6 – SELANTE
- 7 – APOIO DE PRÓTESE
- 8 – COROA NÃO ERUPCIONADA
- 9 – DENTE EXCLUÍDO
- T - TRAUMA

TRATAMENTO

- 0 – NENHUM
- 1 – REST 1 FACE
- 2 – REST 2 OU MAIS FACES
- 3 – COROA POR QQ RAZÃO
- 4 – FACETA ESTÉTICA
- 5 – TTO PULPAR/REST
- 6 – EXTRAÇÃO
- 7 – REMINERALIZAÇÃO
- 8 – SELANTE
- 9 – SEM INFORMAÇÃO

MUCOSA ORAL

CONDIÇÃO _____

LOCALIZAÇÃO _____

ANEXO D – OHIP-14

Oral Health Impact Profile (OHIP-14 versão Viera, 2003)

Marque com um X a resposta	Sempre	Frequentemente	As vezes	Raramente	Nunca	Não sabe
1. Você teve problemas para falar alguma palavra por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
2. Você sentiu que o sabor dos alimentos ficou pior por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
3. Você sentiu dores em seus dentes ou sua boca?						
4. Você se sentiu incomodado (a) ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
5. Você ficou preocupado (a) por causa de problemas com sua boca?						
6. Você se sentiu estressado (a) por causa de problemas com sua boca?						
7. Sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
8. Você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
9. Você encontrou dificuldades para relaxar por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
10. Você se sentiu envergonhado (a) por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
11. Você ficou irritado (a) com outras pessoas por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
12. Você teve dificuldades em realizar suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
13. Você sentiu que sua vida em geral ficou pior por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						
14. Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias por causa de problemas com seus dentes ou sua boca?						

ANEXO E - Sistema Descritivo - EQ-5D-3L

A1. Mobilidade

- ☐ 1. Não tenho problemas em andar
- ☐ 2. Tenho alguns problemas em andar
- ☐ 3. Estou limitado a ficar na cama

A

A2. Cuidados Pessoais

- ☐ 1. Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais
- ☐ 2. Tenho alguns problemas para me lavar ou me vestir
- ☐ 3. Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho

A

A3. Atividades habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

- ☐ 1. Não tenho problemas em desempenhar minhas atividades habituais
- ☐ 2. Tenho alguns problemas em desempenhar minhas atividades habituais
- ☐ 3. Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais

A

A4. Dor/Mal-estar

- ☐ Não tenho dores ou mal-estar
- ☐ 2. Tenho dores ou mal-estar moderados
- ☐ 3. Tenho dores ou mal-estar extremos

A

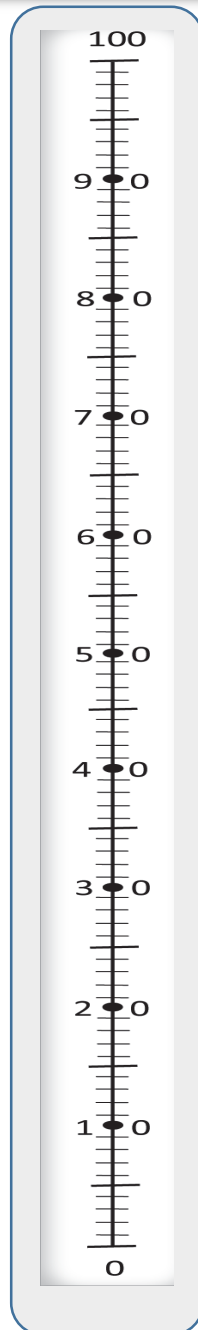
A5. Ansiedade/ Depressão

- ☐ 1. Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)
- ☐ 2. Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)
- ☐ 3. Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

A

ANEXO F - Escala Analógica Visual (VAS)

O MELHOR estado de
saúde imaginável



O PIOR estado de saúde
imaginável

INSTRUÇÕES:

- Para ajudar as pessoas a dizer quão bom ou mau o seu estado de saúde é. Uma escala (semelhante a um termômetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.
- Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou mau é, na sua opinião, o seu estado de saúde **hoje**.
- Por favor, desenhe uma linha na escala e escreva “EU” ao lado da linha que indica seu estado de saúde

ANEXO G – Normas de Publicação da Revista ABCS Health Sciences

<https://nepas.emnuvens.com.br/abcs/shs/about/submissions#authorGuidelines>

ANEXO H – Normas de Publicação da Revista Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento

<https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/about/submissions#authorGuidelines>

ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da Pesquisa: “Avaliação da qualidade de vida e da percepção dos cuidadores de idosos domiciliados: conhecimento e práticas em saúde bucal.”

Nome do (a) Pesquisador (a): LILIANE CRISTINA BARBOSA

Nome do (a) Orientador (a): TÂNIA ADAS SALIBA

1. **Natureza da pesquisa:** o(a) sr.(a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa que tem como finalidade avaliar a qualidade de vida e as percepções dos cuidadores de idosos domiciliados em relação às prática em saúde bucal.
2. **Participantes da pesquisa:** os participantes da pesquisa serão os cuidadores de idosos domiciliados.
3. **Envolvimento na pesquisa:** ao participar deste estudo o(a) sr.(a) permitirá que o (a) pesquisador (a) obtenha informações a respeito de sua condição socioeconômica, formação, conhecimento em saúde bucal e as práticas realizadas nos idosos sob seu cuidado, bem como informações que permitirão avaliar sua qualidade de vida. O(a) sr.(a) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do (a) pesquisador (a) do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
4. **Sobre as entrevistas:** As entrevistas terão duração de 30 minutos, na qual o participante responderá perguntas sobre a situação socioeconômica, conhecimentos e práticas em relação à saúde bucal e qualidade de vida.
5. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não infringe as normas legais e éticas. Esta pesquisa trará riscos e desconfortos mínimos ao participante tais como: desconforto em ter que responder questionário, cansaço físico por permanecer sentado durante a entrevista e ter que dispensar tempo para responder o questionário. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
6. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o(a) pesquisador(a) e seu (sua) orientador(a) (e/ou equipe de pesquisa) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa.

7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa o(a) sr.(a) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo resulte em informações importantes sobre a qualidade de vida, conhecimentos e práticas dos cuidadores de idosos domiciliados, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa gerar informações importantes que constituirão bases para políticas e intervenções públicas, onde pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos, respeitando-se o sigilo das informações coletadas, conforme previsto no item anterior.
8. **Pagamento:** o(a) sr.(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem: Confiro que recebi via deste termo de consentimento, e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Pesquisador(a): LILIANE CRISTINA BARBOSA (18) 99663-0563

Orientador(a): PROF(A) DRA TÂNIA ADAS SALIBA (18) 3636-3249

Coordenador(a) do Comitê de Ética em Pesquisa: Prof. Dr. Aldiéres Alves Pesqueira

Vice-Coordenador(a): Profa. Dra. Cristiane Duque

Telefone do Comitê: (18) 3636-3234 E-mail cep@foa.unesp.br

ANEXO J – Parecer Consubstanciado do CEP

UNESP - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA-CAMPUS DE
ARAÇATUBA/ UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da qualidade de vida e da percepção dos cuidadores de idosos domiciliados: conhecimento e práticas em saúde bucal.

Pesquisador: Tania Adas Saliba

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02337218.9.0000.5420

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia do Campus de Araçatuba - UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.064.254

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo epidemiológico observacional do tipo transversal realizado em município brasileiro, no interior do Estado de São Paulo, para avaliação das percepções dos cuidadores de idosos em relação ao conhecimento e práticas de saúde bucal no processo de cuidar.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida e as percepções dos cuidadores de idosos em relação às práticas de saúde bucal no processo de cuidar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Esta pesquisa trará riscos e desconfortos mínimos ao participante tais como: desconforto em ter que responder questionário, cansaço físico por permanecer sentado durante a entrevista e ter que dispensar tempo para responder o questionário.

Benefícios: Resultar informações importantes sobre a qualidade de vida, conhecimentos e práticas dos cuidadores de idosos domiciliados, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa gerar informações importantes que constituirão bases para políticas e intervenções públicas.

Endereço: JOSE BONIFACIO 1193
Bairro: VILA MENDONCA **CEP:** 16.015-050
UF: SP **Município:** ARACATUBA
Telefone: (18)3636-3200 **Fax:** (18)3636-3332 **E-mail:** andrebertoz@foa.unesp.br