



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Graziela Maria Ferraz de Almeida

Correlação da Atenção Plena e da Sobrecarga em Cuidadores de Idosos

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção de título de Mestra em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes

**Botucatu
2022**

Graziela Maria Ferraz de Almeida

Correlação da Atenção Plena e da Sobrecarga em Cuidadores de Idosos

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção de título de Mestra em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes

Botucatu
2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Almeida, Graziela Maria Ferraz de.

Correlação da atenção plena e da sobrecarga em cuidadores de idosos / Graziela Maria Ferraz de Almeida. - Botucatu, 2022

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cassiana Mendes Bertencello Fontes
Capes: 40400000

1. Atenção plena. 2. Cuidadores. 3. Fardo do cuidador. 4. Idosos. 5. Idoso fragilizado.

Palavras-chave: Atenção plena; Cuidadores; Fardo do Cuidador; Idoso; Idoso fragilizado.

Graziela Maria Ferraz de Almeida

Correlação da Atenção Plena e da Sobrecarga em Cuidadores de Idosos

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes

Comissão examinadora

Prof(a). Dr(a) Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Prof(a). Dr(a) Silvia Cristina Mangini Bocchi
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

Prof(a). Dr(a) Daniella Pires Nunes
Universidade Estadual de Campinas

Botucatu, 25 de fevereiro de 2022.

Esta pesquisa recebeu apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), por meio de concessão de bolsa Demanda Social (Código de Financiamento 001).

DEDICATÓRIA

A Deus, pela dádiva da vida, pela sua presença constante, pela força para enfrentar dificuldades, por me permitir viver esse sonho e pelas diversas formas de se fazer presente.

À minha família:

Aos meus pais, Luiz Marcilio e Gorete, pelo amor que me dedicam, pelos esforços empenhados à minha formação e por acreditarem na minha capacidade de vencer.

A minha irmã Glaucia, por muitas vezes ter se abdicado das coisas para que eu conseguisse realizar meu sonho. Você é meu espelho.

Ao meu companheiro Sean, pela presença maravilhosa em minha caminhada, pelo incentivo e compreensão sempre presentes.

Aos meus padrinhos de coração, Fernanda e Júnior, meus grandes incentivadores dessa trajetória.

Com eterno e infinito amor.

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo a mim mesma, não por egoísmo, mas por gratidão e reconhecimento com a única pessoa responsável por tudo que aconteceu. Olho a minha trajetória e fico feliz com que vejo, sei que estou no caminho certo para realizar todos os meus sonhos.

Agradeço principalmente dos meus pais Gorete e Luiz e a minha irmã Gláucia. Eles foram a minha base para eu chegar aonde estou hoje, eles são o alicerce de toda a minha caminhada. Foram eles que me incentivaram, me apoiaram e lutaram comigo em todos os momentos. Sem vocês eu não teria a garra e a força de vontade que tenho. Minha eterna gratidão a cada detalhe da presença de vocês nesse percurso. Essa conquista é nossa. Eu amo vocês.

Agradeço também, a pessoa que me completa, que me abraçou, me amou e seguiu o árduo caminho ao meu lado, eu te amo Sean.

Agradeço infinitamente a minha orientadora, enfermeira, docente, doutora, mãe, amiga, Cassiana. Juntas sempre iremos mais longe. Obrigada por todo aprendizado, empenho com nosso trabalho e por lutar comigo pelos meus objetivos.

Agradeço ao pessoal da geriatria e do ambulatório, com vocês toda a coleta de dados ficou mais leve e prazerosa.

Obrigada FMB, Departamento de Enfermagem, coordenadora e professores da pós-graduação, se não fosse vocês, não conseguiríamos essa conquista.

Também agradeço toda a minha família e amigos que deixei cada um em seu cantinho, em cidades diferentes. Obrigada por sempre rezarem e torcerem por mim.

Agradeço a Deus, por agir na minha vida da maneira que tem que ser, por manter viva minha fé e por me guiar nesses anos.

Gratidão a todos.

“Não existem sonhos impossíveis para aqueles que realmente acreditam que o poder realizador reside no interior de cada ser humano. Sempre que alguém descobre esse poder, algo antes considerado impossível se torna realidade”.

Albert Einstein

Almeida GMF. Correlação da Atenção Plena e da Sobrecarga em Cuidadores de Idosos [dissertação]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - Unesp; 2022.

RESUMO

Introdução: As condições de saúde variam durante o envelhecimento humano, e a manutenção da satisfação das necessidades humanas pode implicar desde a independência até a dependência total de cuidados. As limitações dos idosos variam e o cuidador é a pessoa que proporciona cuidados para atender as incapacidades. Porém os cuidadores sofrem restrições na vida pessoal, levando-os à sobrecarga, impactando de forma negativa suas vidas. A utilização da Atenção Plena (AP) como ferramenta de desvios do automatismo que se refere a rotina diária, corrobora para gerenciarem a carga de trabalho do cuidado ao idoso. A AP é a consciência sem julgamento, no momento presente, observando a natureza de seus pensamentos, sem que necessariamente apanhe seu conteúdo, aproveitando a experiência atual.

Objetivo: Correlacionar a habilidade da atenção plena e a sobrecarga em cuidadores de idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. **Método:** Estudo transversal observacional e analítico correlacional, realizado nos ambulatórios de geriatria de um hospital e de uma unidade primária em um município do interior do estado de São Paulo. A amostra do estudo foi composta por 100 cuidadores de idosos, que acompanhavam nos atendimentos ambulatoriais e que aceitaram participar após concordar e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram utilizados para a coleta dos dados três instrumentos: o Questionário Sociodemográfico e de Condições de Trabalho e Saúde; o FFMQ-BR e o Inventário de Sobrecarga do Cuidador – Escala de Burden. Foram demonstradas as frequências absoluta e relativa das variáveis categorizadas dos dados sociodemográficos. Quanto às variáveis idade e tempo de cuidador foram demonstrados os valores em percentil, média, mediana em dois quartis (Q1 e Q2) onde Q1 refere-se a 25% e Q2 a 75%. As Correlações de Pearson foram obtidas entre os escores dos questionários FFMQ-BR e Escala de Burden com a utilização dos domínios e o geral. O teste qui-quadrado foi utilizado para a associação das variáveis demográficas com a classificação dos escores finais do Inventário de Sobrecarga de Cuidadores. Para as variáveis contínuas e comparações de médias foram utilizadas a mesma classificação do questionário, primeiramente com a ANOVA e em seguida o teste de comparação múltipla de Tukey. O FFMQ-BR e a Escala de Burden foram avaliados de acordo com as instruções para o cálculo dos escores dos domínios e o escore geral. Também foram obtidos os coeficientes alpha de Cronbach, para identificar a consistência e coerência de ambos. Foi realizada uma análise fatorial exploratória (AFE) com Rotação Varimax para a obtenção dos domínios estabelecidos pelas instruções, seguida da análise fatorial confirmatória, de modo a confirmar os domínios dos questionários. **Resultados:** Dos 100 cuidadores, 80 eram do sexo feminino; com idade média de 53,23; vivem sem companheiro; possuem filho e crença religiosa. Houve correlações entre as variáveis demográficas idade e anos de estudo. Das escalas aplicadas as correlações foram entre os domínios “observar” e “não reagir” do FFMQ-BR; e o domínio “sobrecarga tempo dependente” da Escala de Burden. Foram identificadas correlações negativas entre as escalas do FFMQ-BR e Burden, pois demonstrou-se que, quanto maior a AP, menor é o escore de sobrecarga do cuidador. Os valores atribuídos à sobrecarga dos cuidadores foram para “sobrecarga moderada” (>20 a ≤ 40) e “moderada a

severa" (≥ 40 a ≤ 60). Na análise de comparação das médias demográficas da FFMQ-BR com a Escala de Burden houve diferença significativa no fator "não julgar" ($p=0,0008$) e "agir com consciência" com a "sobrecarga severa" ($p=0,0022$). O cálculo do coeficiente Alpha de Cronbach geral apresentou a consistência e coerência respectivamente a FFMQ-BR de 0,7883 e Escala de Burden com 0,91576. A AFE demonstrou as relações existentes entre diferentes variáveis e as organizou em fatores. A análise fatorial confirmatória foi respondida pelos instrumentos pelo Índice de Qualidade de Ajuste de 100%. **Conclusão:** Os resultados demonstram que cuidadores de idosos que tem maior AP, sofrem uma menor sobrecarga, mostrando um potencial benéfico a intervir nessa população sobrecarregada.

Descritores: Atenção Plena; Esgotamento Profissional; Esgotamento Psicológico; Cuidadores; Idoso; Idoso Fragilizado, Fardo do Cuidador.

Almeida GMF. Correlation of Mindfulness and Overload in Caregivers of the Elderly [dissertation]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - Unesp; 2022.

ABSTRACT

Introduction: Health conditions vary during human aging, and maintaining satisfaction of human needs can involve anything from independence to total dependence on care. The limitations of the elderly vary and the caregiver is the person who provides care to meet the disabilities. However, caregivers suffer restrictions in their personal lives, leading them to overload, negatively impacting their lives. The use of Mindfulness (AP) as a tool to deviate from the automatism that refers to daily routine, corroborates to manage the workload of elderly care. AP is non-judgmental awareness, in the present moment, observing the nature of one's thoughts, without necessarily catching their content, enjoying the present experience.

Objective: To correlate the ability of full attention and the overload in caregivers of elderly assisted in a geriatric outpatient clinic. **Method:** Cross-sectional observational and analytical correlational study, carried out in the geriatrics outpatient clinics of a hospital and a primary care unit in a city in the interior of the state of São Paulo. The study sample was composed of 100 caregivers of the elderly, who accompanied them during outpatient care and who agreed to participate after agreeing and signing the Informed Consent Form. Three instruments were used for data collection: the Sociodemographic and Working Conditions and Health Questionnaire, the FFMQ-BR, and the Caregiver Burden Inventory. The absolute and relative frequencies of the categorized variables of the sociodemographic data were shown. As for the variables age and length of time as a caregiver, the values were shown in percentile, mean, median, and two quartiles (Q1 and Q2) where Q1 refers to 25% and Q2 refers to 75%. Pearson's Correlations were obtained between the scores of the FFMQ-BR and Burden Scale questionnaires with the use of the domains and the overall. The chi-square test was used for the association of demographic variables with the rating of the final scores of the Caregiver Burden Inventory. For continuous variables and comparisons of means the same classification of the questionnaire was used, first with ANOVA and then Tukey's multiple comparison test. The FFMQ-BR and the Burden Scale were evaluated according to the instructions for calculating domain scores and the overall score. Cronbach's alpha coefficients were also obtained, to identify the consistency and coherence of both. An exploratory factor analysis (AFE) with Varimax rotation was performed to obtain the domains established by the instructions, followed by confirmatory factor analysis to confirm the domains of the questionnaires. **Results:** Of the 100 caregivers, 80 were female; with a mean age of 53.23; living without a partner; having a child and religious beliefs. There were correlations between the demographic variables age and years of study. Of the scales applied, the correlations were between the "observing" and "not reacting" domains of the FFMQ-BR; and the "time-dependent burden" domain of the Burden Scale. Negative correlations were identified between the FFMQ-BR and Burden scales, as it was shown that the higher the PA, the lower the caregiver burden score. The values assigned to caregiver burden were for "moderate burden" (>20 to ≤ 40) and "moderate to severe" (≥ 40 to ≤ 60). In the comparison analysis of the demographic means of the FFMQ-BR with the Burden Scale there was a significant difference in the factor "non-judgmental" ($p=0.0008$) and "acting conscientiously" with

"severe overload" ($p=0.0022$). The calculation of the overall Cronbach's Alpha coefficient showed the FFMQ-BR consistency and cohesiveness respectively at 0.7883 and Burden Scale with 0.91576. The EFA demonstrated the relationships that exist between different variables and organized them into factors. The confirmatory factor analysis was answered by the instruments by a Quality of Fit Index of 100%.

Conclusion: The results show that caregivers of seniors who have higher PA, suffer a lower burden, showing a beneficial potential to intervene in this overburdened population.

Descriptors: Mindfulness; Burnout, Professional; Burnout, Psychological; Caregivers; Aged; Older Adults; Frail, Caregiver Burden.

LISTA DE SIGLAS

AFE	Análise Fatorial Exploratória
AP	Atenção Plena
ASAS-R	Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised
Brief IPQ	Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve
CAAE	Certificado de apresentação de apreciação ética
CSE	Centro de Saúde Escola
DCNT	Doença Crônica não transmissível
DRS	Departamento Regional de Saúde
FFMQ-BR	Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
HC	Hospital das Clínicas
ISRS	Inibidores Seletivo de Recaptação de Serotonina
KMO	KaiserMeyer-Olkin
MÁX	Máxima
MÍN	Mínima
Q	Quartil
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Pontuação da FFMQ-BR	30
---------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização do perfil sociodemográfico dos cuidadores de idosos acompanhados em ambulatórios de geriatria de dois serviços de referência (n=100).....	34
Tabela 2 – Caracterização dos cuidadores de idosos segundo os hábitos de vida (n=100).	35
Tabela 3 – Análise descritiva da idade e tempo de cuidador (n=100).....	36
Tabela 4 – Correlações entre as variáveis demográficas e as escalas FFMQ-BR e Burden (n=100).....	36
Tabela 5 – Relações entre as escalas FFMQ-BR e Burden (n=100)	37
Tabela 6 – Correlação dos valores da sobrecarga dos cuidadores com as variáveis sociodemográficas (n=100).....	38
Tabela 7 – Comparação das médias demográficas e do FFMQ-BR com a Escala de Burden (n=100).....	39
Tabela 8 – Valores de alpha de Cronbach da Escala FFMQ-BR (n=100).....	39
Tabela 9 – Caracterização dos cinco fatores do FFMQ-BR com as respectivas questões significativas.....	40
Tabela 10 – Estrutura fatorial do FFMQ-BR (n=100)	40
Tabela 11 – Análise estatística descritiva do FFMQ-BR (n=100).....	41
Tabela 12 – Valores de alpha de Cronbach da Escala de Burden (n=100).	42
Tabela 13 – Caracterização dos domínios da Escala de Burden com as respectivas questões significativas... ..	42
Tabela 14 – Estrutura fatorial da Escala de Burden (n=100).	43
Tabela 15 – Análise estatística descritiva da Escala de Burden (n=100)	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Sobrecarga de cuidadores e a Escala de Burden	20
1.2	A Atenção Plena e o Questionário das Cinco Facetas de <i>Mindfulness</i>	21
1.3	Justificativa.....	23
1.4	Hipótese do estudo	24
2	OBJETIVOS.....	25
2.1	Geral	25
2.2	Específicos.....	25
3	MÉTODOS.....	26
3.1	Tipo de Estudo	26
3.2	Local do estudo.....	26
3.3	População do estudo.....	27
3.4	Cálculo amostral	28
3.5	Procedimentos de Coleta dos Dados	28
3.6	Instrumentos de coleta dos dados	29
3.7	Procedimento de análise dos dados	32
4	RESULTADOS	34
5	DISCUSSÃO.....	44
6	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	52
7	CONCLUSÃO.....	53
	REFERÊNCIAS.....	54
	ANEXOS	63
	Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do CEP local	63
	Anexo 2 – Questionário das Cinco Facetas de <i>Mindfulness</i> (FFMQ-BR)	67
	Anexo 3 – Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos.....	69
	APÊNDICES.....	70
	Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	70
	Apêndice 2 – Questionário Sociodemográfico e de Condições de Trabalho e Saúde.....	71
	Apêndice 3 – Caracterização dos participantes de acordo com a classe farmacológica.....	72
	Apêndice 4 – Caracterização das doenças referidas dos idosos dependentes de cuidados.....	73

1 INTRODUÇÃO

O ser e estar idoso diferem culturalmente e mundialmente. Em países desenvolvidos conceitua-se a pessoa idosa com 65 anos ou mais, e em países em desenvolvimento com 60 anos ou mais⁽¹⁾. Porém, a idade cronológica não é um determinante específico para as mudanças que levam ao envelhecimento. O envelhecimento é multifatorial, não homogêneo e aumenta a discrepância individual com o passar do tempo⁽²⁾.

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde cita que a complexidade das necessidades e capacidades dos idosos proveem dos acontecimentos do decorrer da vida e são modificáveis. O avançar da idade não significa dependência, e assim o ciclo da vida influencia o entendimento do processo de envelhecimento⁽³⁾.

Uma vez que a expectativa de vida aumenta, as condições de saúde relacionadas podem levar às limitações nos idosos e à morbidade. As incapacidades e enfermidades aumentam e transformam-se em dependência cognitiva, emocional e física. Nesse contexto despontam a necessidade de cuidados permanentes⁽⁴⁾.

O crescimento populacional atual caracteriza-se com a alteração de perfil epidemiológico da população, aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); declínio sensorial; perda cognitiva; acidentes e isolamento social. A perda da funcionalidade torna os idosos dependentes de outros para a manutenção dos cuidados da vida diária⁽⁵⁾.

O envelhecimento requer elaboração de políticas públicas para o acesso aos serviços de saúde e que determinam ações em todos os níveis de atenção. A ausência dessas ações estão demonstradas nas altas taxas de internações hospitalares de idosos, em relação às demais faixas etárias⁽⁶⁾.

Nas redes de atenção a saúde, para implementar a linha de cuidado do idoso, é preciso realizar uma análise multidimensional, visto as diversas condições e capacidade funcional, assim é possível reconhecer as necessidades de saúde e segmentar os idosos em três principais grupos: pessoas idosas independentes e autônomas; pessoas idosas com alguma limitação funcional (com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros); e pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar suas atividades cotidianas. Assim, é possível ter o olhar “macro”, possibilitando implementar políticas de saúde e o “micro”, avaliando particularmente a necessidade de cada idoso⁽⁷⁾.

Para que se obtenha Envelhecimento Saudável, e não apenas a ausência de adoecimento, a presença de doenças e a busca da habilidade funcional, as políticas públicas devem propor planos e estratégias em todos os níveis de governo (Federal, Estadual, Municipal) e as responsabilidades de cada órgão⁽³⁾.

As dificuldades e limitações que os idosos apresentam, tornando-os dependentes, com necessidade de cuidadores para auxiliar em suas atividades cotidianas.

Um estudo transversal realizado no município de São Paulo, avaliou e demonstrou em 1413 idosos com 60 anos ou mais, participantes do Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), as dificuldades nas atividades diárias e a necessidade de cuidados referentes à: realizar tarefas domésticas pesadas (28,8%); administrar as próprias finanças (25%); utilizar transporte (22,7%); fazer compras (17,4%); realizar tarefas leves (13,2%); utilizar o telefone (12,4%); tomar o próprio medicamento (11,3%); vestir-se (9,1%); transferir-se (8,8%); preparar refeição (7,2%); tomar banho (6,2%); ir ao banheiro (5,8%); realizar higiene pessoal (4,6%); locomover-se (3,6%) e comer (2,9%)⁽⁸⁾.

O cuidado ao idoso e o grau da dependência possuem uma relação direta, pois os cuidadores podem suprir as necessidades da vida diária do idoso e para isso tem que possuir habilidades, preparo e capacidade. Frequentemente nas famílias dos idosos algum membro possui essa “vocação”, geralmente podem ser os filhos, noras, genros etc⁽⁹⁾.

Geralmente os cuidadores familiares de idosos são responsáveis pelo cuidado, e sentem-se inseguros e solitários para essa tarefa, quando não possuem orientação ou não podem ter acesso a um cuidador profissional. Por outro lado, apontam situações positivas desse cuidado como o conforto de estar em casa, a ajuda do serviço de atenção domiciliar e a queda de gastos com o deslocamento para os serviços de saúde⁽¹⁰⁾.

Estudo qualitativo, realizado com dois grupos de cuidadores familiares de idosos dependentes, em Portugal e no Brasil, mostrou que o papel do cuidador familiar foi atribuído, em sua maioria, à mulher, e demonstrou as necessidades abordadas por elas: aprender sozinho; tempo para manutenção dos papéis; possuir rede de suporte; apoio à intervenção nos desequilíbrios familiares e os recursos para o cuidar⁽¹¹⁾.

Cuidar ou ser cuidado concebe uma questão essencial para a vida. Em vários momentos, precisamos cuidar ou receber o cuidado de alguém. Cuidar acarreta al-

gum tipo de compromisso e responsabilidade, é necessário estar disposto a aproximar-se, valorizar o próximo, trabalhar, sacrificar-se⁽¹²⁾.

O cuidador é a pessoa que proporciona cuidados para complementar a incapacidade funcional, definitiva ou temporária do idoso e deve ajudar o idoso nas suas limitações mentais ou físicas. Proporcionar a participação nas atividades de bem-estar ou para melhora subjetiva em relação ao seu cotidiano social, também é papel do cuidador⁽¹³⁾.

Existem dois tipos de cuidador, o formal e o informal. O primeiro é preparado por uma entidade de ensino para proporcionar cuidados às necessidades do indivíduo; o segundo, é geralmente um familiar ou um membro da comunidade, que proporciona qualquer tipo de cuidado às pessoas dependentes⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Refere-se a cuidador formal pessoas que exercem a profissão sendo devidamente qualificado e cumprem as exigências profissionais, para isso, recebem remuneração, mantendo um vínculo profissional para o ato de cuidar. Eles contribuem significativamente na saúde da pessoa cuidada⁽¹⁶⁾.

No decorrer do cuidado com a pessoa idosa, cuidadores informais sofrem restrições na vida pessoal, quando assumem o compromisso de cuidar e realizar as atividades sem interrupção, passando por momentos de desgaste, levando ao afastamento de laços afetivos e profissionais, limitações de lazer e convívio, na rede social, levando a sobrecarga⁽⁴⁾.

Os cuidadores também enfrentam sintomas de estresse e depressão, sono prejudicado, menor adesão à atividade física, isolamento social e solidão, o que pode caracterizar riscos à própria saúde⁽¹⁷⁾.

As tarefas do cuidador informal são complexas, e podem levar a vários sentimentos, que podem estar associados entre si, porém nem sempre são percebidos, como: culpa; cansaço; raiva; medo; tristeza; estresse; nervosismo e choro⁽¹⁸⁾.

Deste modo, à medida que aumenta o número de idosos que necessitam de cuidados, aumentam também a importância dos cuidadores e profissionais de saúde. O processo de trabalho do cuidar é extremamente complexo e gera estresse, e associa-se a alta rotatividade de trabalhadores, o surgimento do *burnout* e a falta de assiduidade no trabalho⁽¹⁹⁾.

A expressão “sobrecarga de cuidado” é utilizada para mostrar quantitativamente a responsabilidade e a carga desse papel de cuidador⁽¹⁸⁾.

As ações do processo de cuidar compreendem a assistência nas tarefas diárias e também a complexidade de como o agente desse cuidado, o cuidador, deve realizá-las. Isso pode gerar, de uma certa forma, a sobrecarga⁽¹⁸⁾.

A missão de cuidar pode ser determinada como quantidade ou qualidade da demanda, e que pode ir além da capacidade de desempenho do cuidador, devido às técnicas envolvidas e ao tempo requerido para as ações. Durante esse processo de cuidado ao idoso, o cuidador incorpora a responsabilidade e o peso da carga, que podem levar à exaustão emocional⁽¹⁸⁾.

1.1 Sobrecarga de cuidadores e a Escala de Burden

O grau de dependência do idoso é diretamente proporcional ao nível de sobrecarga que os cuidadores podem apresentar⁽⁴⁾.

A sobrecarga das tarefas que envolvem o processo de cuidar de idosos pode levar os cuidadores a apresentarem sintomas psiquiátricos, e até a utilização de psicotrópicos, o que pode prejudicar a capacidade cuidar do idoso⁽⁵⁾.

O *Caregiver Burden Inventory* - Inventário de Sobrecarga do Cuidador – é um instrumento desenvolvido por pesquisadores do Canadá e adaptado para o idioma chinês, com a finalidade de avaliar a sobrecarga do cuidador e mostra informações sobre o impacto do cuidar em vários domínios na vida dos cuidadores familiares⁽²⁰⁾.

A relevância na utilização de um instrumento multidimensional para medir a sobrecarga em relação a aqueles unidimensional ou global, se dá justamente por possuírem escores separados para cada dimensão. O escore global tende a esconder as diferenças entre os níveis de sobrecarga em domínios do cuidado diferentes e não permite investigar níveis de sobrecarga do cuidador⁽²⁰⁾.

A referida escala avalia cinco domínios: *tempo dependente; sobrecarga à vida pessoal; sobrecarga física; sobrecarga social e sobrecarga emocional*⁽²⁰⁾.

O conceito “sobrecarga do cuidador”, na validação desse instrumento para versão brasileira, refere-se a problemas psicológicos, emocionais, sociais, físicos e financeiros enfrentados por cuidadores familiares⁽²⁰⁾.

A adaptação do Inventário de Sobrecarga do Cuidador resultou em um instrumento de fácil administração e pontuação, e breve compreensão, e que avalia uma variedade de prováveis problemas enfrentados pelo cuidador⁽²⁰⁾.

Uma das maiores dificuldades do papel de cuidador informal e familiar em tempo integral de um idoso, é o fato de que possam ter que usar seus próprios recursos com gastos relacionados ao cuidado, e isso pode associar-se à sobrecarga do cuidador. Obter ajuda de outros pode diminuir a sobrecarga, já que é possível muitas vezes haver divisão de responsabilidades⁽²⁰⁾.

Uma revisão de escopo, entre 1990 e 2016, que mapeou as intervenções de saúde para cuidadores familiares, demonstrou que esses dedicam-se de cinco a vinte horas por dia em atendimento ao familiar idoso⁽²¹⁾.

Estudo que abordou cuidadores cadastrados nos Centros de Referência de Assistência Social, realizado no interior de São Paulo, Brasil, mostrou níveis de sobrecarga de cuidadores de idosos. Dos 67,4% dos entrevistados apresentaram sobrecarga, sendo: de leve a moderada sobrecarga, 43,1%, de moderada a severa, 19,7% e sobrecarga severa, 4,6%⁽⁴⁾.

Pesquisa realizada no interior de São Paulo, com cuidadores de idosos atendidos no ambulatório de um hospital de referência, traz a relação ao nível de sobrecarga: sem sobrecarga (45,17%), sobrecarga moderada (25,81%) e sobrecarga severa (29,04%). Também mostrou significância estatística pelos cuidadores na diminuição da realização de atividades de lazer após assumir o papel de cuidador⁽¹⁴⁾.

Dessa maneira avaliar a sobrecarga de cuidadores de idosos torna-se relevante para a formulação de políticas públicas e sua implementação e corrobora com a avaliação da qualidade do cuidado ao binômio idoso-cuidador.

1.2 A Atenção Plena e o Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*

Diminuir a sobrecarga do cuidador é essencial porque níveis elevados de sobrecarga podem prejudicar o desenvolvimento e a performance do cuidador e influenciar negativamente nos resultados de saúde a serem alcançados pelo idoso⁽²²⁾.

Diante desse contexto, identificou-se na literatura meios ou ações utilizadas para aliviar a sobrecarga de cuidadores. Como exemplos citam-se: a atenção plena⁽²³⁻²⁵⁾; o programa de redução de estresse⁽²⁶⁾; programa para cultivo do equilíbrio emocional⁽²⁷⁾; programa de resiliência psicológica na força de trabalho⁽²⁸⁾ entre outros.

Nesse estudo utiliza-se o conceito de Atenção Plena (AP) como uma intervenção, e que pode ser avaliada por meio de um instrumento validado com finalidade de identificar como os cuidadores de idosos percebem as questões relacionadas

à autopercepção de sentimentos, pensamentos sobre a sua vida, sobre a prática cotidiana no papel do cuidar, o autoconhecimento e a consciência plena do presente.

O instrumento denominado de Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ-BR) foi desenvolvido por Baer et. al.⁽²⁹⁾, sendo que na língua inglesa a AP é denominada com o termo *Mindfulness*. Trata-se de um questionário autoaplicável de 39 itens, com cinco subescalas, ou seja, as cinco facetas: observar, descrever, agir com consciência, não julgar e não reagir⁽²⁹⁻³⁰⁾.

O observar está relacionado com o que vemos, percebemos e sentimos no mundo interno e externo e selecionamos o que requer nossa atenção e foco. O descrever é a forma de como classificamos nossas experiências e como as expressamos. Agir com consciência mostra a maneira que agimos depois de ter informações no momento presente, mostra se agimos saindo do piloto automático. Não julgar exige autoaceitação e empatia por si e pelos outros para não permitir que o crítico os prejudique. E por fim, o não reagir que refere-se ao desapego das coisas negativas, para que aceitemos sua existência e não reagimos a elas⁽³¹⁻³³⁾.

A AP é a consciência sem julgamento, no momento presente, que observa a natureza dos próprios pensamentos, sem que necessariamente identifique o conteúdo, e com aproveitamento da experiência atual vivenciada⁽³⁴⁾.

Como prática a AP envolve a atenção na respiração ou a percepção dos estímulos no presente momento, o desinteresse de ocasiões passadas e futuros planos. Ao cultivar a AP, vai-se além ou atrás do pensamento⁽³⁵⁾.

AP é essencialmente uma tomada de consciência do que surge no presente, momento a momento. É o simples ato de prestar atenção e perceber, é estar presente em qualquer coisa que esteja fazendo⁽³⁶⁾.

Existe diferença entre AP e meditação, pois a meditação é uma prática intencional, onde a pessoa se concentra para desenvolver uma atitude de calma e serenidade⁽³⁶⁾.

A compreensão e operacionalização da AP pelo ser humano significa não agir em modo de “piloto automático”, ou seja, estar presente onde quer que esteja, em todos os momentos. Essa sensação de estar no “piloto automático” é justamente o contrário da AP. Reconhecer esse estado de funcionamento te traz de volta a busca a AP. O “piloto automático” é um estado mental em que desempenhamos ações sem

se quer percebê-las, sem ter intencionalidade⁽³⁷⁾, por exemplo, alguma vez você se deu conta de que estava no trabalho, sem se lembrar de como havia chegado lá?

O estado “*mindful*” mostra o comprometimento pleno com o ambiente, com as tarefas que realiza entre outros momentos do cotidiano. O estado “*mindless*” é o funcionamento automático, onde não interroga-se a rotina e não tem consciência sobre as tarefas, perdendo de alguma forma o contato com o momento presente⁽³⁷⁾.

Mindfulness atende aos pensamentos, sentimentos, sensações das pessoas com interesse e bondade. Muitas vezes, a ação é automática e a reação é impulsiva. Disso surgem as dificuldades para lutar ou resistir às experiências. Refere-se a prestar atenção nos sentimentos e pensamentos para tornar a sua conscientização presente e, assim preparar-se para gerenciá-los⁽³⁸⁾.

Prestar atenção no momento atual e presente colabora para uma pausa nas dificuldades ou na ansiedade de eventos passados e futuros, avaliando a experiência do novo, e cria-se um espaço para as escolhas novas⁽³⁸⁾.

A AP e a autocompaixão possuem uma ligação. A atenção diminui o auto julgamento, promove uma chance para diminuir as experiências emocionais negativas e torná-las mais fáceis vendo com bondade. A autocompaixão elevada leva uma mentalidade mais positiva. A autocompaixão e *mindfulness* ajudam os indivíduos a lidar melhor com as pressões diárias e também é útil nos cuidados e no contexto de saúde⁽³⁸⁾.

Entre os benefícios da AP estão o autocontrole, melhor concentração e clareza mental, compaixão, aceitação, objetividade, maior flexibilidade, inteligência emocional, tolerância e a capacidade de se relacionar com os outros com bondade⁽³⁹⁾.

Com isso, acredita-se que o nível de AP esteja relacionado a um ambiente mais favorável. Assim, mediremos isso em relação ao nível de sobrecarga de cuidadores formais e informais de idosos.

1.3 Justificativa do estudo

De acordo com o exposto, nota-se que cuidadores de idosos ficam sobrecarregados e isso atinge de forma negativa as suas vidas. Assim podem surgir sintomas psiquiátricos e necessidade de tratamento medicamentoso.

A utilização da AP como ferramenta de desvios do automatismo da rotina diária, corrobora para que os cuidadores tornem-se conscientes de seus sentimentos e pensamentos, e preparados para gerenciar a carga de trabalho do cuidado ao idoso.

Permanecer em estado de AP poderá reduzir as experiências emocionais negativas e ajudará o cuidador no enfrentamento diário da carga de trabalho, mesmo diante do contexto das necessidades de cuidado do idoso.

1.4 Hipótese do estudo

A hipótese deste estudo se estabelece à partir de que: ao identificar os fatores da AP pelo instrumento FFMQ-BR, e pontuar os níveis de sobrecarga do cuidador pela Escala de Burden, possa haver correlação dos valores obtidos com a aplicação dos dois instrumentos, quando aplicados a cuidadores de idosos atendidos em ambulatórios de geriatria de duas instituições públicas de referência na assistência e no ensino.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Correlacionar a habilidade da atenção plena e a sobrecarga em cuidadores de idosos atendidos em um ambulatório de geriatria.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de cuidadores de idosos;

- Descrever o nível de atenção plena em cuidadores de idosos;

- Descrever a sobrecarga do cuidado em cuidadores de idosos;

- Verificar as relações entre os escores e domínios obtidos com a aplicação da Escala de Burden e do Questionário das Cinco Facetas *Mindfulness*;

- Correlacionar as variáveis demográficas com a Escala de Burden e o Questionário das Cinco Facetas *Mindfulness*;

- Correlacionar os valores da sobrecarga dos cuidadores com as variáveis sociodemográficas;

- Comparar as médias demográficas e do Questionário das Cinco Facetas *Mindfulness* com a Escala de Burden;

- Avaliar a validade da Análise Fatorial exploratória dos instrumentos.

3 MÉTODOS

Estudo aprovado, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, com Parecer Consubstanciado de 24 de abril de 2020, nº 3.989.509, (ANEXO 1), e número na Plataforma Brasil - CAAE 30038620.9.0000.5411.

Para a elaboração da estrutura metodológica, foi utilizado o *guideline* recomendado para a descrição de estudos observacionais, descritivos e quantitativos, o Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)⁽⁴⁰⁾.

3.1 Tipo de Estudo

Estudo observacional, transversal, analítico correlacional. Os estudos observacionais têm por objetivo observar e anotar as informações que serão úteis ou interessarem para análise posterior. Como uma subcategoria, no estudo transversal não se conhece inicialmente o desfecho para uma definida população, e à partir de uma amostragem, identifica-se o desfecho⁽⁴¹⁾.

Os estudos correlacionais verificam a relação entre duas ou mais variáveis, ou seja, se a mudança em uma das variáveis afeta a outra, em sentido positivo ou negativo; e quantificam a força dessa relação entre variáveis⁽⁴²⁾.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) e no Centro de Saúde Escola (CSE), nos ambulatórios referenciados de geriatria do HCFMB e no CSE que foram descritos a seguir.

O HC vincula-se à Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo para fins administrativos e associa-se à FMB da UNESP para fins de ensino, pesquisa e extensão. O HC é a maior instituição pública vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) na região. Estima-se que a abrangência populacional de atendimento do HC seja de dois milhões de pessoas sendo que o tratamento a pessoas com idade superior a 60 anos, está circunscrito a 68 municípios da DRS VI – Bauru.

Os atendimentos médicos realizados nos ambulatórios de geriatria do HC contemplam aproximadamente 23 idosos por semana, esse número se refere a fase pré-pandemia da Covid-19, iniciada em março de 2020. Os atendimentos compreendem: consultas ambulatoriais, reavaliações de internações hospitalares e novos casos.

Com o advento da pandemia em março de 2020 houve uma redução de 50% nos atendimentos ambulatoriais devido às recomendações sanitárias de prevenção da Covid-19.

O CSE é uma Unidade Auxiliar de Estrutura Complexa da FMB com administração própria. É um órgão de integração docente-assistencial para atenção primária à saúde, destinado ao desenvolvimento do ensino, pesquisa e assistência com extensão de serviços à comunidade. O CSE faz parte do SUS de Botucatu, respondendo por aproximadamente 30% da atenção básica do município em diversas modalidades de atendimento. Os pacientes atendidos são do território de abrangência dessa Unidade.

Os atendimentos realizados por equipe multiprofissional no ambulatório de geriatria do CSE abrangem casos novos, consultas ambulatoriais e reavaliações. Antes da pandemia da Covid-19 aproximadamente 10 idosos por semana eram atendidos nessa Unidade.

3.3 População do estudo

A população constituiu-se por cuidadores formais e informais de idosos que são acompanhados nos ambulatórios de geriatria do HC e do CSE, com idade superior a 18 anos, independentemente do nível socioeconômico, nível de escolaridade e desempenho de função.

Os critérios de inclusão foram:

- Ser cuidador formal e ou informal e acompanhar o idoso matriculado para atendimento nos ambulatórios de Geriatria do HC e do CSE e ser maior de 18 anos.

Foram adotados como critérios de exclusão os cuidadores que não responderem completamente os questionários.

3.4 Cálculo amostral

O tamanho amostral foi calculado considerando que a prevalência do *mindfulness* elevado em cuidadores seja desconhecida (50%), com uma margem de erro de 10%, confiabilidade de 95%, o tamanho amostral mínimo deverá ser de 96 participantes.

3.5 Procedimentos de Coleta dos Dados

A coleta de dados ocorreu entre junho e dezembro de 2020 nos ambulatórios de geriatria do HC da UNESP e no CSE. Ressalta-se que a coleta foi realizada presencialmente durante a pandemia da Covid-19, respeitando-se todas as recomendações sanitárias da OMS e dos locais do estudo: as pesquisadoras durante a coleta utilizaram equipamento de proteção individual como máscara N95, distanciamento seguro entre as pessoas, higienização das mãos e do local com álcool 70%.

A coleta foi realizada por três discentes, uma aluna do curso de graduação em enfermagem e duas alunas da pós-graduação *latu e stricto sensu* da Universidade.

No HC, a coleta foi realizada nos dias dos ambulatórios de geriatria geral, interconsultas e retorno breve: às quartas e sextas-feiras, no período das 08 às 12 horas; e às quartas e quintas-feiras no período da 13 às 18 horas. A pesquisadora primeiramente acessava o Sistema de Informação do HC e/ou solicitava aos responsáveis das Unidades, a listagem dos idosos que seriam atendidos naquele período.

No CSE a coleta foi realizada no ambulatório geriátrico às sextas-feiras das 13:30 às 17 horas. A pesquisadora solicitava ao responsável pela agenda do ambulatório a listagem dos idosos que seriam atendidos semanalmente.

A coleta de dados consistiu em que de posse da listagem dos idosos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão da amostra do estudo, as pesquisadoras procediam a explicação detalhada da pesquisa, e se os participantes concordassem, liam e assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), **(Apêndice 1)** e realizava-se a entrevista em sala privativa. O tempo médio de coleta foi de 30 minutos. Os idosos estavam presentes durante a coleta de dados com os cuidadores pois eles não poderiam ficar desacompanhados. As respostas eram anotadas individualmente em cada questionário.

Durante a entrevista os participantes puderam optar pelo autopreenchimento dos questionários ou pela pesquisadora, sem prejuízo dos atendimentos dos idosos. A pesquisadora mantinha-se presente ao lado do entrevistado, e caso fosse necessário e requerido pelo participante, explicações e dúvidas sobre os termos utilizados nos questionários eram dirimidas, independente do modo de preenchimento.

A seguir descrevem-se os três questionários aplicados durante a coleta: primeiramente o Questionário sociodemográfico e de condições de trabalho e saúde; em seguida o Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ-BR); e por último o Inventário de Sobrecarga do Cuidador.

3.6 Instrumentos de coleta dos dados

A) Questionário Sociodemográfico e de Condições de Trabalho e Saúde

O questionário (**Apêndice 2**) foi elaborado pela pesquisadora e contemplam as variáveis: idade; sexo; anos de estudo; vive com companheiro(a); filhos; possui crença religiosa; praticou algum tipo de meditação nos últimos 12 meses; possui vínculos empregatício; pratica algum tipo de atividade física; fuma atualmente; consome bebida alcoólica; faz uso de drogas ilícitas; faz uso de alguma medicação tipo psicofármaco; há quanto tempo é cuidador e doenças referidas do indivíduo que presta cuidados.

B) Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ-BR)

No Brasil, a FFMQ (Anexo 2) foi validada por Barros et al.⁽³¹⁾, e sua consistência interna foi avaliada através do coeficiente Alpha de Cronbach, obtendo coeficiente 0.81 para a escala total. Este instrumento é uma das medidas mais citadas para avaliar *mindfulness* e é capaz de medir os níveis de consciência em uma grande população com ou sem experiência de meditação⁽³¹⁾.

O instrumento possui 39 itens que medem cinco domínios (ou facetas) da AP: observar (F1), descrever (F2), agir com consciência (F3), não julgar (F4) e não reagir (F5)⁽³¹⁾.

As opções de resposta vão de um a cinco, sendo: 1 = nunca ou raramente verdadeiro, 2 = às vezes verdadeiro, 3 = não tenho certeza, 4 = normalmente verdadeiro e 5 = sempre ou quase sempre verdadeiro. As pontuações são feitas de forma direta, ou seja, os itens são pontuados de acordo com o valor *Likert* e de forma re-

versa, onde pontuamos os itens de trás para frente, por exemplo, 1 adiciona uma pontuação de 5, 5 a pontuação de 1 (Tabela 1). Quanto as propriedades psicométricas da FFMQ-BR, o instrumento apresentou níveis de validade de confiabilidade satisfatórios⁽³¹⁻³³⁾.

A variável resposta do FFMQ – BR, se dá através da somatória da pontuação em cada uma das 39 questões, ou seja, quanto maior o escore atingido, maior o nível de *mindfulness* do respondente.

A pontuação máxima que pode-se atingir é de 195 pontos, pela soma dos escores nas facetas, e a menor 39 pontos, a qual indica o nível máximo e mínimo de *mindfulness*, respectivamente⁽⁴³⁾.

As pontuações máxima (máx.) e mínima (mín.) para avaliação de *mindfulness* são⁽³³⁾:

- 1- Não julgar a experiência interna (máx. 40 e mín. 8);
- 2- Piloto automático (máx. 25 e mín. 5);
- 3- Observar (máx. 35 e mín. 7);
- 4- Descrever – formulação positiva (máx. 25 e mín. 5);
- 5- Descrever – formulação negativa (máx. 15 e mín. 3);
- 6- Não reagir à experiência interna (máx. 40 e mín. 8);
- 7- Distração (máx. 15 e mín. 3).

O quadro 1 apresenta o modo de pontuação da FFMQ-BR.

Quadro 1 – Pontuação da FFMQ-BR. Botucatu, SP. Brasil - 2021.

Facetas	Afirmações que o medem	Padrão de Pontuação
F1 Observar	1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36	Pontuação direta
F2 Descrever	2, 7, 12, 16, 22, 27, 32, 37	12, 16 e 22 - Reverter Itens
F3 Agir com consciência	5, 8, 13, 18, 23, 28, 34, 38	Pontuação reversa
F4 Não julgar	3, 10, 14, 17, 25, 30, 35, 39	Pontuação reversa
F5 Não reagir	4, 9, 19, 21, 24, 29, 33	Pontuação direta

C) Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos (Caregiver Burden Inventory)

No Brasil, a Escala de Burden (Anexo 3) foi validada por Valer et al.⁽²⁰⁾, e sua consistência interna foi avaliada através do coeficiente Alpha de Cronbach, obtido valor de 0.936 para a escala total.

Este inventário contém 24 perguntas fechadas, divididas em cinco domínios: *tempo dependente* (D1); *sobrecarga à vida pessoal* (D2); *sobrecarga física* (D3); *sobrecarga social* (D4) e *sobrecarga emocional* (D5). As pontuações totais para tais domínios variam de 0 a 20⁽²⁰⁾.

Cada domínio possui cinco itens, exceto a denominada de *sobrecarga física*, que contém quatro itens. Cada item é pontuado de 0 (discordo totalmente) à 4 (concordo totalmente)⁽²⁰⁾.

Os escores utilizados para classificar a sobrecarga são demonstrados como⁽⁴⁴⁾:

- somatória ≤ 20 sobrecarga nula ou pequena;
- somatória >20 a ≤ 40 sobrecarga moderada;
- somatória ≥ 40 a ≤ 60 sobrecarga moderada a severa;
- somatória >60 a ≤ 88 sobrecarga severa.

3.7 Procedimento de análise dos dados

Os dados obtidos com a aplicação dos três instrumentos foram organizados em planilhas separadas elaboradas no programa do Microsoft Excel, com dupla digitação para diminuir a possibilidade de erro.

O nível de significância considerado para as análises estatísticas foi de 5% ou o p-valor correspondente, e foram realizadas pelo Programa SAS for Windows, v.9.4.

Os dados sociodemográficos foram submetidos à uma análise descritiva, as variáveis categorizadas foram demonstradas em frequências absoluta e relativa. Para as variáveis idade e tempo de cuidador foram demonstrados os valores de percentil, média, mediana em dois quartis – o quartil 1 (Q1) e o quartil 2 (Q2), onde Q1 refere-se a 25% e Q2 a 75%.

O teste para avaliação da normalidade para os dados demográficos e do FFMQ foi o teste de Shapiro-Wilk.

As Correlações de Pearson foram obtidas entre os escores dos questionários da FFMQ-BR e da Escala de Burden, com a utilização dos domínios e o geral.

O teste qui-quadrado foi utilizado para a associação das variáveis demográficas com a classificação dos escores finais do Inventário de Sobrecarga de Cuidadores.

Para as variáveis contínuas e comparações de médias foram utilizadas as denominações da classificação dos questionários. Primeiramente com a ANOVA e em seguida o teste de comparação múltipla de Tukey.

O FFMQ-BR e a Escala de Burden foram avaliados de acordo com as instruções para o cálculo dos escores dos domínios e o escore geral.

Foi realizada uma análise fatorial exploratória (AFE)⁽⁴⁵⁾ com Rotação Varimax para a obtenção dos domínios estabelecidos pelas instruções, seguida da análise fatorial confirmatória, de modo a confirmar os domínios dos questionários.

A AFE é um método estatístico que analisa correlações entre diversas variáveis, agrupando-as em fatores. Ela propicia diminuir os dados, caracterizando as variáveis mais essenciais ou formando um novo grupo de variáveis, menor que o original⁽⁴⁵⁾.

Os requisitos da AFE consistem em observar se o emprego da análise fatorial tem eficácia nas variáveis escolhidas. O método KaiserMeyer-Olkin (KMO) é o mais aplicado e consiste em indicar o quão adequada é a aplicação da AFE. Os valores

julgados aceitáveis devem ser maiores que 0,5, o que indica possibilidade de descrever perfeitamente as variações dos dados originais, porém, duas variáveis apenas serão fortemente correlacionadas se elas possuírem altas cargas no mesmo fator⁽⁴⁵⁾.

Caso ocorra de uma variável ser estatisticamente independente das outras, ela pode ser excluída da análise, pois as variáveis independentes não colaboram para a formação de um fator comum⁽⁴⁵⁾.

Foi necessário para efetuar a AFE uma avaliação da confiabilidade e para tal realizou-se a identificação do coeficiente de consistência interna, o Alpha de Cronbach, das escalas utilizadas. Isso consiste em analisar o estágio que os itens de uma base de dados estão correlacionados entre si⁽⁴⁵⁾.

Para a interpretação dos valores obtidos, o valor do Alpha de cada item deve ser mais alto e deve variar de 0 a 1, ou seja, quanto mais próximo de um, maior confiabilidade. O menor limite aceito é de 0,5, para garantir uma boa consistência interna na análise exploratória⁽⁴⁵⁾.

4 RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 100 cuidadores que acompanhavam os idosos em atendimentos ambulatoriais, sendo 50 do ambulatório do HC e 50 do CSE. Não foi identificado nenhum cuidador menor de 18 anos, não houve recusa de participação em nenhuma etapa do estudo e não houve exclusão de participante.

Demonstra-se na tabela 1 a caracterização sociodemográfica dos 100 cuidadores entrevistados. Destacam-se: predomínio do sexo feminino 80 (80%); com ensino médio completo 41 (41%); que vivem sem companheiro 71 (71%), possuem filho 79 (79%) e crença religiosa 95 (95%); 30 (38,46%) relataram ter dois filhos e 58 (61,05%) referiram ser católicos.

Tabela 1 – Caracterização do perfil sociodemográfico dos cuidadores de idosos acompanhados em ambulatórios de geriatria de dois serviços de referência (n=100). Botucatu, SP. Brasil - 2021.

Variável	Frequência n=100	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	80	80
Masculino	20	20
Escolaridade		
Iletrado	1	1
Fundamental	26	26
Médio	41	41
Superior	25	25
Pós-graduação	7	7
Situação conjugal		
Sem companheiro	71	71
Com companheiro	29	29
Possui filhos		
Sim	79	79
Não	21	21
Residem com os filhos n=79		
Sim	46	58,23
Não	33	41,77
Crença Religiosa		
Sim	95	95
Não	5	5
Trabalha além de cuidador		
Não	54	54

Sim	46	46
-----	----	----

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A tabela 2 demonstra os hábitos de vida dos cuidadores de idosos. Em relação à prática de meditação, 78 (78%) não a realizam; 45 (45%) praticam atividade física sendo que 27 (27%) fazem caminhada; dentre os sete tabagistas, três usavam 10 cigarros/dia e um cuidador faz uso maconha diariamente; 10 participantes ingerem bebida alcóolica 1x/semana.

Tabela 2 – Caracterização dos cuidadores de idosos segundo os hábitos de vida (n=100). Botucatu, SP. Brasil - 2021.

Variável	Frequência n=100	Percentual (%)
Meditação		
Não	78	78
Sim	22	22
Atividade física		
Não	55	55
Sim	45	45
Fumante		
Não	93	93
Sim	7	7
Uso de álcool		
Não	84	84
Sim	16	16
Uso de drogas ilícitas		
Não	99	99
Sim	1	1

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

O tempo de dedicação ao papel de cuidador e a idade foram analisados de acordo com o cálculo das frequências simples, média, e desvio-padrão, demonstrados na tabela 3. A idade média foi de 53,23 e o tempo de cuidador em meses de 71,65.

Devido ao intervalo do desvio padrão ser grande, utilizou-se quartis (Q1 e Q2), sendo Q1 25% e Q2 75%.

Tabela 3 – Análise descritiva da idade e tempo de cuidador (n=100). Botucatu, SP. Brasil - 2021.

Fatores	Média	DP	Min	Max	Mediana	Q1	Q2
Idade	53,23	12,11	22	84	55	45,5	61
Tempo de cuidador em meses / anos	71,65 / 5,97	88,43 / 7,36	0,5 / 0,5	624 / 52	48 / 4,0	18 / 1,5	96 / 8,0

Fonte: Elaborado pela pesquisadora
Quartis 1 (25%) e 2 (75%)

Dentre os 100 participantes, 27 relataram fazer uso de psicofármacos. A classe farmacológica mais utilizada foram os Inibidores Seletivo de Recaptação de Serotonina (ISRS), com 19 cuidadores utilizando. Dentre os que utilizam psicofármacos, 17 (17%) utilizam um único, oito (8%) utilizam dois e dois (2%) fazem uso de três psicofármacos. A caracterização detalhada dos participantes do estudo de acordo com o nome da classe farmacológica, nome genérico das medicações identificadas e a frequência absoluta estão demonstrados no **Apêndice 3**.

Em relação as doenças referidas dos 100 idosos dependentes de cuidado dos cuidadores da amostra do estudo, identificaram-se com maior frequência: Síndrome Demencial, Alzheimer, Diabetes Mellitus, Parkinson, Idade avançada, Hipertensão Arterial Sistêmica, Transtorno Depressivo e Risco de Quedas, como indica o **Apêndice 4**.

Foram realizadas correlações das variáveis demográficas idade, anos de estudo e tempo de cuidados e as escalas aplicadas, conforme demonstrado na tabela 4. Considerou-se p-valor 0,05.

Tabela 4 – Correlações entre as variáveis demográficas e as escalas FFMQ-BR e Burden (n=100). Botucatu, SP. Brasil - 2021.

	F1	F2	F3	F4	F5	Escore FFMQ	D1	D2	D3	D4	D5	Escore Burden
Idade	-0,023	0,199	-0,097	0,172	0,223	0,158	0,258	0,137	0,088	0,041	0,021	0,158
<i>p-valor*</i>	0,816	0,046	0,333	0,086	0,025	0,116	0,009	0,172	0,383	0,679	0,835	0,115
Anos de Estudo	-0,027	0,007	0,153	0,193	-0,204	0,062	-0,198	-0,063	0,022	-0,087	-0,110	-0,118
<i>p-valor*</i>	0,786	0,941	0,127	0,054	0,041	0,534	0,047	0,527	0,822	0,388	0,275	0,240
Tempo de cuidador/	-0,081	0,109	0,015	0,043	-0,032	0,020	0,113	-0,044	-0,081	0,076	0,177	0,055

meses

p-valor* 0,422 0,278 0,877 0,665 0,751 0,841 0,262 0,660 0,418 0,449 0,077 0,582

Legenda: Fator1: Não julgar Fator; 2: Descrever; Fator3: Agir com consciência; Fator4: Observar Fator; 5: Não reagir
D1 Sobrecarga tempo dependente; D2 Sobrecarga à vida pessoal; D3 Sobrecarga física; D4 Sobrecarga social; D5 Sobrecarga emocional

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

*Coeficiente de Correlção de Pearson ($p \leq 0,05$)

A correlação entre as escalas esta apresentada na tabela 5. Identificam-se correlações negativas, ou seja, quanto maior os valores da escala de FFMQ-BR temos menores valores de Burden. Isso demonstra, em seus valores uma significância, o que sugere uma amostra com baixa sobrecarga e uma maior AP.

Tabela 5 – Relações entre as escalas FFMQ-BR e Burden (n=100). Botucatu, SP. Brasil - 2021.

	D1	D2	D3	D4	D5	Escore Burden
Não julgar	-0,1458	-0,3155	-0,3886	-0,2933	-0,3581	-0,3844
p-valor*	0,1476	0,0014	<.0001	0,0031	0,0003	<.0001
Observar	0,1613	0,1918	0,2763	0,2081	0,2894	0,2885
p-valor*	0,1087	0,0559	0,0054	0,0377	0,0035	0,0036
Agir com consciência	-0,0796	-0,3536	-0,3446	-0,3196	-0,2941	-0,3567
p-valor*	0,4311	0,0003	0,0004	0,0012	0,003	0,0003
Descrever	0,0537	-0,1349	-0,0667	-0,0563	-0,0974	-0,0755
p-valor*	0,5956	0,1808	0,5093	0,5776	0,3347	0,4551
Não reagir	0,2260	0,0761	0,0772	0,0065	0,1578	0,1481
p-valor*	0,0237	0,4516	0,4447	0,9481	0,1168	0,1414
Escore FFMQ	0,0590	-0,2237	-0,1923	-0,1872	-0,1422	-0,1726
p-valor*	0,5594	0,0253	0,0552	0,0621	0,1579	0,0859

Legenda: D1 Sobrecarga tempo dependente; D2 Sobrecarga à vida pessoal; D3 Sobrecarga física; D4 Sobrecarga social; D5 Sobrecarga emocional

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

*Coeficiente de Correlção de Pearson ($p \leq 0,05$)

A análise quantitativa da sobrecarga dos cuidadores pela Escala de Burden em relação às variáveis sociodemográficas está demonstrada na tabela 6. Não observou-se associação entre as variáveis e as categorias da sobrecarga. Nota-se que a sobrecarga dos cuidadores concentrou-se na “sobrecarga moderada” e na “moderada a severa”.

Tabela 6 – Correlação dos valores da sobrecarga dos cuidadores com as variáveis sociodemográficas. (n=100). Botucatu, SP. Brasil - 2021.

Variáveis	Categorias	Nula	Moderada	Moderada a severa	Severa	Total	p-valor*
Sexo	Masculino	7	5	6	2	20	0,0693
	Feminino	9	28	27	16	80	
	Total	16	33	33	18	100	
Escolaridade	Sem estudo	0	0	0	1	1	0,5353
	Fundamental	2	10	10	4	26	
	Médio	7	15	12	7	41	
	Superior	5	5	9	6	25	
	Pós-graduação	2	3	2	0	7	
	Total	16	33	33	18	100	
Situação conjugal	Com companheiro	11	22	23	15	71	0,6375
	Sem companheiro	5	11	10	3	29	
	Total	16	33	33	18	100	
Possui filhos	Sim	11	23	30	15	79	0,1239
	Não	5	10	3	3	21	
	Total	16	33	33	18	100	
Residem com os filhos	Sim	9	14	16	7	46	0,2954
	Não	2	9	14	8	33	
	Total	11	23	30	15	79	
Crença religiosa	Sim	14	31	32	18	95	0,3633
	Não	2	2	1	0	5	
	Total	16	33	33	18	100	
Meditação	Sim	3	8	7	4	22	0,9763
	Não	13	25	26	14	78	
	Total	16	33	33	18	100	
Trabalha atualmente	Sim	10	16	13	7	46	0,4265
	Não	6	17	20	11	54	
	Total	16	33	33	18	100	
Atividade física	Sim	10	14	13	8	45	0,4772
	Não	6	19	20	10	55	
	Total	16	33	33	18	100	
Fumante	Sim	2	2	1	2	7	0,5612
	Não	14	31	32	16	93	
	Total	16	33	33	18	100	
Uso de álcool	Sim	4	6	6	0	16	0,2013
	Não	12	27	27	18	84	
	Total	16	33	33	18	100	
Uso de drogas ilícitas	Sim	1	0	0	0	1	0,1509
	Não	15	33	33	18	99	
	Total	16	33	33	18	100	
Uso de psicotrópico	Sim	2	8	9	8	27	0,2023
	Não	14	25	24	10	73	
	Total	16	33	33	18	100	

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

*p-valor obtido pelo teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

A análise de comparação das médias demográficas e do FFMQ-BR com a Escala de Burden foi demonstrada na tabela 7. Observa-se diferença no “não julgar” e no “agir com consciência” com a “sobrecarga severa”, com valor significativo estatisticamente ($p \leq 0,05$).

Tabela 7 – Comparação das médias demográficas e do FFMQ-BR com a Escala de Burden (n=100). Botucatu, SP. Brasil - 2021.

Variáveis	Nula		Moderada		Moderada a severa		Severa		p-valor*
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Idade	48,75	12,46	53,39	12,61	54,18	11,06	55,17	12,76	0,4189 ¹
Anos de Estudo	14,63	4,05	12,24	5,26	12,91	5,85	12,50	5,72	0,5278 ¹
Tempo de cuidador em meses	36,94	57,66	85,56	112,37	88,85	88,45	45,44	36,01	0,0138 ²
Não julgar	28,75	6,20	27,09	8,31	22,27	6,81	20,61	6,71	0,0008 ¹
Observar	26,88	7,32	29,36	7,70	31,36	6,72	31,50	5,69	0,1434 ¹
Agir com consciência	32,38	6,56	32,15	6,87	28,76	7,96	24,39	7,68	0,0022 ¹
Descrever	30,38	6,43	30,09	7,43	29,00	7,21	27,78	8,93	0,6873 ¹
Não reagir	19,44	4,79	22,21	5,52	22,24	6,61	23,67	6,77	0,2331 ¹
Score FFMQ	137,81	18,81	140,91	16,86	133,64	20,63	127,94	21,75	0,1277 ¹

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

*1 p-valor obtido pelo teste anova seguido de tukey ($p \leq 0,05$)

*2 p-valor obtido gama seguido de wald ($p \leq 0,05$)

A análise dos instrumentos FFMQ-BR e a Escala de Burden, procedeu-se inicialmente do cálculo do coeficiente alpha de Cronbach geral e por domínios, a fim de verificar a consistência e coerência dos instrumentos. Na Escala FFMQ-BR obteve o valor 0,7883 do coeficiente alpha de Cronbach geral, mostrando adequada consistência. (Tabela 8).

Tabela 8 – Valores de alpha de Cronbach da Escala FFMQ-BR (n=100). Botucatu, SP. Brasil - 2021.

Domínio	Alpha de Cronbach
Geral	0,7883
Observar	0,7513
Descrever	0,7863
Agir com consciência	0,7917

Não julgar	0,7677
Não reagir	0,6434

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Os cinco fatores do instrumento FFMQ-BR são descritos na Tabela 9, juntamente com as respectivas questões que apresentaram significância estatística em relação ao valor do KMO ($\geq 0,5$) pela AFE realizada.

Foram excluídas nove questões de quatro fatores do instrumento FFMQ-BR devido a variável ser estatisticamente independente das outras, não colaborando para a formação de um fator comum, são elas: Fator 2: questão 22, Fator 3: questão 18, Fator 4: questões 01, 11 e 36 e Fator 5: questões 04, 09, 21 e 29.

Tabela 9 – Caracterização dos cinco fatores do FFMQ-BR com as respectivas questões significativas. Botucatu, SP. Brasil - 2021.

Fator1: Não julgar- FFMQ3r, FFMQ10r, FFMQ14r, FFMQ17r, FFMQ25r, FFMQ30r, FFMQ35r, FFMQ39r

Fator2: Descrever- FFMQ2, FFMQ7, FFMQ12r, FFMQ16r, FFMQ27, FFMQ32, FFMQ37

Fator3: Agir com consciência- FFMQ5r, FFMQ8r, FFMQ13r, FFMQ23r, FFMQ28r, FFMQ34r, FFMQ38r

Fator4: Observar- FFMQ6, FFMQ15, FFMQ20, FFMQ26, FFMQ31

Fator5: Não reagir- FFMQ19, FFMQ24, FFMQ33

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A tabela 10 mostra os valores obtidos em cada fator, segundo cada questão. O menor valor obtido foi na FFMQ27 com 0,50435 e maior na FFMQ24 com 0,76645.

Tabela 10 – Estrutura fatorial do FFMQ-BR (n=100). Botucatu, SP. Brasil - 2021.

	Questão Fator 1	Questão Fator 2	Questão Fator3	Questão Fator 4	Questão Fator 5
FFMQ3r	0,5698	FFMQ2 0,6496	FFMQ5r 0,5291	FFMQ6 0,7300	FFMQ19 0,5247
FFMQ10r	0,6242	FFMQ7 0,6331	FFMQ8r 0,5886	FFMQ15 0,7533	FFMQ24 0,7664

FFMQ14r	0,5578	FFMQ12r	0,6660	FFMQ13r	0,6401	FFMQ20	0,5732	FFMQ33	0,6772
FFMQ17r	0,5161	FFMQ16r	0,6021	FFMQ23r	0,6092	FFMQ26	0,6674		
FFMQ25r	0,6132	FFMQ27	0,5043	FFMQ28r	0,5984	FFMQ31	0,5440		
FFMQ30r	0,6676	FFMQ32	0,6248	FFMQ34r	0,7287				
FFMQ35r	0,5356	FFMQ37	0,6675	FFMQ38r	0,6568				
FFMQ39r	0,5114								

Legenda: Fator1: Não julgar Fator; 2: Descrever; Fator3: Agir com consciência; Fator4: Observar Fator; 5: Não reagir

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A análise fatorial confirmatória é respondida pelo Índice de Qualidade de Ajuste de 100% para o instrumento da FFMQ-BR, confirmando que as variáveis estão associadas aos seus respectivos fatores.

Os dados dos instrumentos foram submetidos à estatística descritiva com o cálculo das frequências simples, média e desvio-padrão. Demonstra-se a seguir, na tabela 11 a análise descritiva do instrumento FFMQ-BR. A maior média foi de 30,01 no fator observar e a menor de 22,04 no fator não reagir.

Tabela 11 – Análise estatística descritiva do FFMQ-BR (n=100). Botucatu, SP. Brasil - 2021.

Fatores	Média	DP	Min	Max	Mediana
Observar	30,01	7,08	10	40	32
Descrever	29,36	7,45	9	40	30
Agir com consciência	29,67	7,81	8	40	31
Não julgar	24,6	7,77	9	40	25
Não reagir	22,04	6,07	7	35	23
Escore FFMQ	135,68	19,66	87	169	138

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

O coeficiente alpha de Cronbach da Escala de Burden são descritos na Tabela 12 de acordo com os valores geral e dos domínios, e demonstram adequada consistência.

Tabela 12 – Valores de alpha de Cronbach da Escala de Burden (n=100). Botucatu, SP. Brasil - 2021.

Domínios	Alpha de Cronbach
Geral	0,91576
D1 Sobrecarga tempo dependente	0,88531
D2 Sobrecarga à vida pessoal	0,85222
D3 Sobrecarga física	0,88004
D4 Sobrecarga social	0,68785
D5 Sobrecarga emocional	0,72491

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Os cinco domínios da Escala de Burden são descritos na Tabela 13, juntamente com as respectivas questões que apresentaram significância relação ao valor do KMO ($\geq 0,5$) pela AFE realizada.

Foram excluídas quatro questões de dois domínios, sem prejudicar a análise estatística, por serem variáveis estatisticamente independente umas das outras e que não colaboram para a formação de um fator comum. São elas: Domínio 2: questão 05 e Domínio 4: questão 02, 03 e 05.

Tabela 13 – Caracterização dos domínios da Escala de Burden com as respectivas questões significativas. Botucatu, SP. Brasil - 2021.

Domínio 1: Sobrecarga à vida pessoal e sobrecarga física- D21, D22, D23, D24, D25, D31, D32, D33, D34, D44

Domínio 2: Sobrecarga tempo dependente- D11, D12, D13, D14

Domínio 3: Sobrecarga emocional- D51, D53, D55

Domínio 4: Sobrecarga social- D41

Domínio 5: Sobrecarga emocional- D52, D54

Legenda: D: domínio; 1º número: número do domínio; 2º número: número da questão dentro do domínio que antecede
Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A tabela 14 demonstra os valores obtidos em cada domínio da escala de Burden, segundo cada questão. O menor valor obtido foi no D25 com 0,61291 e maior no D11 com 0,89088.

Tabela 14 – Estrutura fatorial da Escala de Burden (n=100). Botucatu, SP. Brasil - 2021.

Questão Fator1		Questão Fator2		Questão Fator3		Questão Fator4		Questão Fator5	
D21	0,7073	D11	0,8908	D51	0,7953	D41	0,8052	D52	0,7511
D22	0,6283	D12	0,8886	D53	0,7425			D54	0,6921
D23	0,7852	D13	0,8270	D55	0,7006				
D24	0,7593	D14	0,7934						
D25	0,6129								
D31	0,7917								
D32	0,8501								
D33	0,8131								
D34	0,6875								
D44	0,6163								

Legenda: D: domínio; 1º número: número do domínio; 2º número: número da questão dentro do domínio que antecede
Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A análise fatorial confirmatória é respondida pelo Índice de Qualidade de ajuste de 100% para a Escala de Burden, confirmando que as variáveis estão associadas aos seus respectivos fatores.

Demonstra-se a seguir, na tabela 15 a análise descritiva da Escala de Burden. A maior média foi de 12,38 no D1 Sobrecarga tempo dependente e a menor de 5,07 no D5 Sobrecarga emocional.

Tabela 15 – Análise estatística descritiva da Escala de Burden (n=100). Botucatu, SP. Brasil - 2021.

Domínios	Média	DP	Min	Max	Mediana
D1 Sobrecarga tempo dependente	12,38	5,97	0	20	14
D2 Sobrecarga à vida pessoal	9,32	5,94	0	20	9
D3 Sobrecarga física	6,44	4,95	0	16	6
D4 Sobrecarga social	7,9	4,39	0	20	8
D5 Sobrecarga emocional	5,07	4,13	0	16	5

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

5 DISCUSSÃO

A presente investigação identificou a AP e a sobrecarga de cuidado em cuidadores de idosos atendidos em dois centros ambulatoriais de referência em geriatria.

A partir das análises estatísticas implementadas e baseado na hipótese do estudo, demonstraram-se o perfil dos cuidadores de idosos, os valores obtidos com os instrumentos aplicados, a correlação entre os valores obtidos e uma análise fatorial entre os domínios das escalas aplicadas.

Evidenciou-se que a maioria dos cuidadores são mulheres, o que historicamente está relacionado ao papel do cuidador pelas filhas, noras, irmãs etc.

A sociedade culturalmente, de geração em geração, atribui ao sexo feminino a função do cuidar. Na antiguidade as mulheres não participavam do mercado de trabalho, aliado à denominação de feminista para as que se aventuravam. Nos tempos modernos e atuais esse estigma, mesmo com a mudança do contexto e dos cenários, o papel de cuidador ainda é atribuído às mulheres⁽⁴⁶⁻⁴⁸⁾.

A idade dos cuidadores variou de 22 a 84 anos, com média de 53,23, similar a outros estudos^(46,49). Muitas vezes, é atribuído o cuidado aos mais jovens devido a atenção que receberam pelos idosos ao longo da vida⁽⁴⁸⁾.

Outra realidade atual é que os cuidadores familiares estão envelhecendo também e frequentemente os cônjuges se tornam idosos, e estão cuidando de outro idoso. Esse cenário é preocupante pois as limitações funcionais e físicas impostas pelo próprio envelhecimento aumentam a exposição aos riscos inerentes⁽⁴⁷⁾.

Dentre os hábitos de vida abordados neste estudo, a atividade física era realizada por 45 (45%) dos cuidadores. Pesquisa realizada com 22 cuidadores de idosos informais, no Rio Grande do Sul, mostra que 59,01% dos cuidadores relataram praticar atividade física, interferindo diretamente em sua qualidade de vida⁽⁵⁰⁾.

O uso de álcool e tabaco pelos cuidadores formais é justificado como forma de reduzir o estresse e a tensão. Investigação realizada no Rio de Janeiro, com 171 enfermeiros e uma médica, 9% referiram o uso de droga regularmente (usa três ou mais dias na semana). As drogas mais consumidas foram o álcool (21,7%) e o tabaco (17,4%)⁽⁵¹⁾. Resultado que aproxima com nosso estudo, onde 16% fazem uso de álcool e 7% de tabaco.

A média de idade dos cuidadores, 53,23 anos, demonstra a vulnerabilidade em sofrer prejuízos ao longo da vida por desempenhar essa função, pois são faixas produtivas laborais na sociedade atual. Esse papel de cuidador familiar sofre interferência no contexto da sua situação socioeconômica e do trabalho, como: a redução da carga horária de trabalho externo; perda de oportunidades de emprego; necessidade de abandono do trabalho, demissão, baixo rendimento por fadiga e estresse⁽⁴⁹⁾.

Com relação ao tempo de função como cuidador, ocorreu variação de seis meses a 52 anos. Essa variação influencia nos valores das frequências das classificações da sobrecarga, com discrepância de cuidadores com pouco tempo executando cuidados, em relação a alguns com décadas nesse papel.

Estudo realizado na Bahia com cuidador familiar de idosos com dependência funcional, identificou que 41,3% estão nessa função há mais de 10 anos; 3,2%, de sete a nove anos; 11,1%, de quatro a seis anos; 23,8%, de um a três anos e 20,6% a menos de um ano. Em relação a sobrecarga, utilizaram o Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal, onde 85,7% apresentaram extremamente grave e 14,3% grave⁽⁵²⁾.

Dentre as doenças que exigem um cuidador para o idoso, incluem-se a Síndrome Demencial, principalmente o Alzheimer, que prevalece entre os estudos⁽⁵³⁻⁵⁷⁾. Por ser uma doença irreversível de declínio progressivo, necessita-se de cuidado integral, gerando desgaste no cuidador, seja ele emocional e/ou físico, gerando sobrecarga⁽⁵⁸⁾.

Resultados semelhantes foram obtidos no presente estudo onde identificaram-se com maior frequência de doença referida a Síndrome Demencial seguida do Alzheimer.

O idoso e o cuidador precisam ter apoio da família e necessitam das redes de atenção à saúde para que respaldem o cuidado. O cuidador sobrecarregado é propenso a esgotar energia e a tolerância, ficar estressado e até ter sentimento de culpa. Esse sentimento afeta negativamente em sua vida e no trabalho de cuidar. É preciso ter acompanhamento conjunto com o idoso e estratégias para aliviar a sobrecarga dos cuidadores⁽⁵⁹⁾.

Com o objetivo de reduzir a sobrecarga de cuidadores, estudos com intervenções vêm sendo realizados.

Uma pesquisa realizada em Minas Gerais, com cuidadores de idosos com Alzheimer, realizou um programa psico-educativo e verificou uma melhora estatística-

mente significativa em relação a sobrecarga e um aumento clinicamente relevante com uso de estratégias construtivas de *coping*. A intervenção compreendeu abordaram sobre enfrentamento de situações estressantes a fim de encontrarem maneiras construtivas para reduzir a dificuldade de cuidar⁽⁶⁰⁾.

Uma revisão integrativa de literatura⁽⁶¹⁾ realizada pelas autoras do presente estudo, identificou três artigos que responderam a questão norteadora do estudo “Quais as evidências na literatura sobre a efetividade do *mindfulness* como intervenção para a redução da sobrecarga em cuidadores de idosos?”. O artigo⁽²⁴⁾ demonstrou a efetividade de uma intervenção de *mindfulness* em cuidadores de idosos na melhora da saúde mental, na redução da carga do cuidador, estresse, solidão e ansiedade; os outros dois⁽⁶²⁻⁶³⁾, são estudos prospectivos e abrangem cuidadores de idosos que passaram por intervenção, porém sem resultados concluídos. Um⁽⁶²⁾ interviu com *mindfulness* e o outro⁽⁶³⁾ com fornecimento de suporte na redução do estresse, solidão e sintomas depressivos e na melhora da qualidade de vida.

Dessa maneira identificam-se a necessidade de intervir com ações em prol dos cuidadores e profissionais de saúde no desempenho das atividades do cuidar do idoso.

Após correlacionar variáveis demográficas entre as escalas, a idade correlacionou-se com descrever (F2), não reagir (F5) e sobrecarga de tempo dependente (D1) e anos de estudo com não reagir (F5) e sobrecarga de tempo dependente (D1); assim vemos que a sobrecarga na demanda de tempo está sempre evidente e mesmo apresentando ela, o cuidador acaba não reagindo a situação vivida. Isso também é evidenciado em outras pesquisas, onde identificaram que o tempo destinado a função de cuidar contribuem para a sobrecarga⁽⁶⁴⁾.

Ao analisar a correlação entre as escalas, notamos uma correlação negativa, mostrando em seus valores uma discreta significância, apontando uma população que não tem muita sobrecarga e tem uma maior AP. Isso, possivelmente pode estar relacionado com o perfil de idosos atendidos nos ambulatórios, e também o período de pandemia realizado a coleta, a qual foram canceladas consultas de idosos de maior risco.

Em contrapartida, observa-se o benefício de cuidadores com maior AP, apresentando uma menor sobrecarga. Sobre este resultado identificou-se que um ensaio clínico randomizado e controlado, realizado no interior de São Paulo, com cuidado-

res familiares de idosos com demência mostrou que uma intervenção baseada em *mindfulness* apresentou discreta melhora em relação à sobrecarga⁽⁶⁵⁾.

A definição da sobrecarga abrange domínios que podem ter origem em problemas psicológicos e emocionais, físico, financeiro e social, vivenciados pelos cuidadores familiares, provenientes ou não do cuidar do outro⁽⁶⁶⁾.

O *mindfulness*, quando praticado, pode permitir ao cuidador possuir subsídios e enfrentar os desafios diários desse honroso papel. Auxilia no foco da atenção intencional para o momento presente, o que corrobora para diminuir a preocupação com o futuro, a ansiedade, e previne recorrência dessas situações⁽⁶⁶⁾.

Ensaio clínico randomizado e controlado, realizado no interior de São Paulo, com cuidadores familiares de idosos com demência, analisou uma intervenção baseada em *mindfulness* que consistiu em oito encontros em domicílio. Observou-se pós-intervenção que o grupo apresentou melhora nos sintomas de depressão e ansiedade ($p=0,048$)⁽⁶⁷⁾.

Em relação as classificações da sobrecarga, neste estudo concentrou-se na “sobrecarga moderada” e na “moderada a severa”, em contrapartida, estudo realizado com cuidadores informais de pacientes neurológicos, no Rio de Janeiro, com o mesmo instrumento, identificou a maioria (54,54%) na “sobrecarga nula ou pequena”, seguido da “sobrecarga moderada” (36,36%) e somente um (9,09%) cuidador na “sobrecarga severa”⁽⁶⁸⁾.

Pesquisa realizada com 136 cuidados familiares de idosos com acidente vascular encefálico, em João Pessoa – PB, também com a Escala de Burden, mostrou que 77,2% dos cuidadores apresentaram sobrecarga. Destes, 79 (58,0%) apresentaram “sobrecarga moderada”, 31 (22,8%) “sobrecarga nula ou pequena” e 26 (19,1%) “sobrecarga moderada a severa”, também concentrando-se na “sobrecarga moderada”⁽⁶⁹⁾.

Ainda com a Escala de Burden, foi realizado pesquisa em Sergipe, com cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. 80 (47,6%) apresentaram ausência ou pouca sobrecarga; 70 (41,7%) sobrecarga moderada; 17 (10,1%) sobrecarga moderada a severa e 1 (0,6%) sobrecarga severa⁽⁷⁰⁾. Assim, vemos que em quaisquer públicos que demanda cuidado, a sobrecarga está presente, uns demandando mais e outros menos do cuidador, ressaltando a importância de cuidar do cuidador.

No Brasil, ainda não temos políticas públicas que abrangem cuidar do cuidador, mesmo sendo urgente visto o grande aumento da população idosa. Países como Estados Unidos, Canadá e alguns da Europa possui algumas políticas vigentes para o cuidador. A maioria delas ainda possui lacunas e as famílias continuam sendo os principais responsáveis pelo cuidado. A predisposição é incluir os cuidadores como primeiro nível de atenção básica a saúde, universalizando a cooperação aos cuidadores⁽⁷¹⁾.

Pesquisa realizada no Ceará, no momento pandêmico, com os profissionais de uma atenção primária, com objetivo de proporcionar autocuidado, apoio e incentivo para eles. A intervenção consistiu na realização de técnicas de relaxamento como: massagem, alongamento, musicoterapia, respirações profundas e meditação. Obtiveram-se resultado positivo, com melhora no bem-estar físico e emocional dos profissionais, com queda na tensão e estresse, promovendo o autocuidado para esses cuidadores⁽⁷²⁾. Assim, ressalta-se a importância de ter esse olhar de cuidado com o cuidador.

É interessante destacar, que na pandemia da Covid-19 aumentou ainda mais a pressão que os cuidadores não remunerados sofrem devido ao compromisso de cuidar, preocupações relacionadas a pandemia, implicações financeiras, saúde e bem-estar dos cuidadores e adaptabilidade dos cuidadores. As medidas que ajudaram os cuidadores nesse momento foi a tecnologia, ajuda financeira e apoio para os cuidadores que trabalham⁽⁷³⁾.

O presente estudo demonstra que quanto maior a AP menor a sobrecarga do cuidador. Com isso, temos evidência de que essa é uma intervenção efetiva para ser aplicada em cuidadores de idosos atendidos em ambulatório geriátrico. Outras pesquisas trazem resultados benéficos, como descritas a seguir.

Atividade de intervenção de *mindfulness* realizada *online* com 40 cuidadores, por oito semanas nos Estados Unidos, obteve em análise estatística pelo teste t de pares pareados, que houve diminuição de sobrecarga, estresse percebido, ansiedade, solidão, além de melhorar o bem-estar mental dos participantes⁽²⁴⁾.

Estudo realizado com 19 médicos de um hospital comunitário nos Estados Unidos, realizou um programa de *mindfulness* via vídeo durante oito semanas. Identificou-se resultado estatisticamente significativo quanto ao nível de estresse, realização pessoal e exaustão emocional ($p < 0,05$). Foram obtidos aumento significativo em todas as habilidades da AP⁽⁷⁴⁾.

Intervenção baseada em *mindfulness* realizada em 94 enfermeiros oncológicos em Portugal, por seis semanas, indicou queda significativa na fadiga por compaixão, estresse e *burnout* e aumentos na AP, satisfação com a vida e autocompaixão⁽⁷⁵⁾.

Ao comparar o FFMQ-BR com a Escala de Burden foi significativa o não julgar (F4) e agir com consciência (F3) com a sobrecarga severa, ou seja, se o cuidador está sobrecarregado, ele vai julgar e vai agir no piloto automático.

A AFE do presente estudo demonstrou consistência interna e uma similaridade com os instrumentos originais. O alpha Cronbach ficou no FFMQ-BR entre 0,64 e 0,79, sendo similar a validação brasileira⁽³¹⁾ com 0,63 e 0,79 e também a validação portuguesa⁽⁷⁵⁾ com 0,66 e 0,89.

Em relação à Escala de Burden, obteve-se valores entre 0,68 a 0,88 no presente estudo, similar aos valores do instrumento original canadense⁽⁷⁶⁾, com 0,73 a 0,86. No estudo do instrumento para a validação brasileira⁽²⁰⁾, obteve-se valores entre 0,75 a 0,91, assim como na validação chinesa⁽⁷⁷⁾, com 0,79 e 0,93.

Em ambos os instrumentos, para a AFE, foram excluídas algumas questões estatisticamente independentes, e obtiveram-se melhores valores do alpha Cronbach, sem prejuízo na análise.

No estudo de validação em Portugal do instrumento do FFMQ, foi excluído a questão 36, pois apresentou a saturação mais baixa (menor que 0,30) que todos os outros itens do instrumento⁽⁷⁸⁾.

Em outros instrumentos também podemos observar a exclusão, como na escala Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised (ASAS-R), que em estudo metodológico mostraram a exclusão de nove itens da escala, e comprovaram como o valor do alpha Cronbach ficou superior após essa exclusão⁽⁷⁹⁾.

Ao proceder a AFE do “Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve” (Brief IPQ), o item 2 denominado dimensão temporal, apresentou cargas fatoriais muito baixas, o que levou a sua exclusão do questionário para obter-se melhores valores estatísticos⁽⁸⁰⁾.

Foi obtido na presente pesquisa o Índice de Qualidade de Ajuste de 100% para os instrumentos na análise fatorial confirmatória. Similarmente no estudo de validação da Escala de Burden no Brasil foi obtido o mesmo valor, e apresentou análise confirmatória apropriada com a manutenção dos cinco componentes da escala original⁽²⁰⁾.

Já na validação do FFMQ-BR, para a língua portuguesa do Brasil, não foi realizada a análise fatorial confirmatória, o que deve merecer futura investigação⁽³¹⁾.

Assim, percebemos como a sobrecarga atinge negativamente a vida desses cuidadores. Da mesma forma que é importante cuidar do outro, é fundamental cuidar de si, seja cuidador formal ou informal.

Cuidar do cuidador, é seriamente importante, bem como tentar impedir a evolução do adoecimento e lapidar a qualidade de vida na assistência prestada. O cuidador que entende a dimensão do cuidar de si, é preparado a cuidar do outro, transformando quem cuida e quem é cuidado⁽⁸¹⁾.

Estudo realizado em Fortaleza, Ceará, com cuidadores da comunidade, realizou uma intervenção baseada na Teoria do Autocuidado de Orem, com foco na Teoria dos Sistemas, onde foi feita estratégias de motivação e efetivação do autocuidado e diminuir a sobrecarga. Foi realizada durante um mês, uma vez por semana, durante duas horas. Os resultados foram eficazes para a promoção do autocuidado com cuidadores que apresentaram sobrecarga moderada a severa⁽⁸²⁾.

Pesquisa feita com equipe mínima de um Centro de Saúde da Família, da linha de frente da pandemia da Covid-19, no norte do Ceará, interviram durante uma única manhã, com momentos de meditação guiada, técnicas de relaxamento com musicoterapia, massagens e alongamento e educação em saúde com os residentes. Foi notável a redução da tensão dos profissionais, pois precisavam de relaxamento físico e mental e autocuidado. Os profissionais expressaram desejo que essas intervenções acontecessem com regularidade no trabalho⁽⁸³⁾.

Em 2006, foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e instituiu no SUS condutas de cuidado integral à população por meio de outras práticas que abrangem diversos recursos terapêuticos a fim de prevenir diversas doenças⁽⁸⁴⁾.

Hoje o Brasil conta com 29 práticas integrativas pelo SUS (ayurveda, homeopatia, medicina tradicional chinesa, medicina antroposófica, plantas medicinais/fitoterapia, arteterapia, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa, termalismo social/crenoterapia, yoga, apiterapia, aromaterapia, bioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais), liderando na oferta dessas práticas na atenção básica. Essas práticas são investimento em prevenção à saúde⁽⁸⁴⁾.

As terapias estão presentes em 3.173 municípios, sendo que 88% são oferecidas na Atenção Básica. Nem todas as Unidades da Atenção Básica oferecem essas terapias. Além disso, nem todas contam com a mesma quantidade de atividades⁽⁸⁴⁾.

Entre os benefícios das práticas integrativas, foi identificado em revisão integrativa com 21 artigos selecionados que elas proporcionam o “*relaxamento e bem-estar, alívio da dor e da ansiedade, diminuição de sinais e sintomas de doenças, estimula o contato profissional-paciente, redução do uso de medicamentos, fortalecimento do sistema imunológico, melhoria da qualidade de vida e diminuição de reações adversas*”⁽⁸⁵⁾.

Dessa forma, dentre as práticas alternativas e complementares que o SUS oferece, não encontra-se o *mindfulness*, sendo ele uma boa proposta de intervenção para políticas públicas com cuidadores de idosos, como foi demonstrado nos resultados desse estudo.

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A coleta dos dados foi realizada durante a pandemia da Covid-19 e sabe-se que nos ambulatórios de geriatria compareceram idosos, e respectivos cuidadores, convocados para os atendimentos de acordo com critérios definidos pelas instituições, com obediência às recomendações sanitárias e de segurança para pacientes, acompanhantes e equipes de saúde. Talvez se o período de coleta fosse realizado em contexto não pandêmico, os resultados poderiam ser diferentes dos apresentados.

Outro aspecto a ser considerado em relação ao contexto pandêmico que circunstanciou o presente estudo, é a diversidade do perfil sociodemográfico dos cuidadores. Isso pode ter sido reflexo de que idosos cuidadores de outros idosos estavam com restrições para comparecer aos ambulatórios, e assim pode-se justificar e inferir os valores da média de idade dos cuidadores da amostra e o desvio padrão obtidos.

Fatores limitantes do estudo podem ser apontados como o não questionamento sobre se o cuidador era formal ou informal e também se ele cuidava de mais de um idoso.

O momento da entrevista e da aplicação dos instrumentos foi aquele quando o cuidador estava com o idoso nos ambulatórios e não houve condições estruturais e tempo para realização individual assim, esse fato pode ter limitado a coleta dos dados.

Outro aspecto que pode ter limitado o estudo é o relacionado ao nível de dependência do idoso e o estado da saúde mental, pois podem interferir na sobrecarga do cuidador.

7 CONCLUSÃO

Em relação ao objetivo geral:

Foram identificadas correlações negativas entre a sobrecarga e o mindfulness. Isso demonstra, em seus valores uma discreta significância, o que sugere uma amostra com baixa sobrecarga e uma maior AP.

Em relação aos objetivos específicos:

Com a aplicação do FFMQ-BR e a Escala Burden em cuidadores de idosos atendidos em um ambulatório de geriatria, nota-se que a maioria dos cuidadores são mulheres, com ensino médio completo, que vivem sem companheiro, possuem filhos e crença religiosa.

O nível de AP nesses cuidadores fora maior que o nível de sobrecarga, mostrando que quanto maior a AP, menor a sobrecarga.

Ao correlacionar as variáveis demográficas e as escalas aplicadas, a idade correlacionou-se significativamente com “descrever”, “não reagir” e “sobrecarga tempo dependente” e anos de estudo com “não reagir” e “sobrecarga tempo dependente”.

Não observou-se associação entre as variáveis e as categorias da sobrecarga. A sobrecarga dos cuidadores concentrou-se na “sobrecarga moderada” e na “moderada a severa”.

Ao comparar as médias demográficas e do FFMQ-BR com a Escala de Burden, observa-se diferença no “não julgar” e no “agir com consciência” com a “sobrecarga severa”,

A Análise Fatorial exploratória dos instrumentos apresentou boa consistência interna (Alpha de Cronbach Geral FFMQ-BR 0,7883 e Escala de Burden 0,91576), sendo possível aplicar esses instrumentos nessa população.

REFERÊNCIAS

1. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembléia mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena, 1982.
2. Alvarez ÂM, Sandri JVA. O envelhecimento populacional e o compromisso da enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2018;71 2(5):722–3. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-201871Sup201>
3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015.
4. Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2018;21(2):194–204. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155>
5. Diniz MAA, Melo BRS, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo LC, Gaioli CCLO, et al. Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Cienc e Saude Coletiva.* 2018;23(11):3789–98. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016>
6. Veras RP, Oliveira M. Aging in Brazil: The building of a healthcare model. *Cienc e Saude Coletiva.* 2018;23(6):1929–36. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 91 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web:. ISBN 978-85-334-2648-1
8. Nunes DP, Brito TRP, Corona LP, Alexandre TDS, Duarte YADO. Idoso e demanda de cuidador: proposta de classificação da necessidade de cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(suppl 2):897–904. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0123>
9. Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 2018; 21(2): 199-209. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155>

10. Silva MS, Beuter M, Benetti ERR, Bruinsma JL, Donati L, Girardon-Perlini NMO. Situações vivenciadas por cuidadores familiares de idosos na atenção domiciliar. *Rev Enferm da UFSM*. 2019;9:e10. doi: 10.5902/2179769232528
11. Fernandes CS, Margareth Â, Martins MM. Cuidadores familiares de idosos dependentes: mesmas necessidades, diferentes contextos – uma análise de grupo focal. *Geriatr Gerontol Aging*. 2018;12(1):31–7. doi: 10.5327/Z2447-211520181800008
12. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemnas e novos desafios. *Rev Soc e Estado*. 2012;27:165–80. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>
13. Maranhão OR, França EMDM, Nunes RMV, Alves ESRC. Avaliação da sobrecarga do cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Temas em Saúde*. 2018;18(1):397–413. Available from: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/04/18120.pdf>
14. Dias LB, Bianchin MA. Sobrecarga no cuidado de paciente idoso com demência. *Rev Kairós Gerontol*. 2018;21(1):169–90. doi: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p169-190>
15. Swartz K, Collins LG. Caregiver care. *Am Fam Physician*. 2019;99(11):699–706. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31150177/>
16. Faleiros AH, Santos CA, Martins CR, et al. Os Desafios do Cuidar: Revisão Bibliográfica, Sobrecargas e Satisfações do Cuidador de Idosos. *Janus, Lorena*, 2015; (21), 59–68. Available from: <http://www.publicacoes.fatea.br/index.php/Janus/article/view/364/337>
17. Balbim GM, Magallanes M, Marques IG, Ciruelas K, Aguiñaga S, Guzman J, et al. Sources of Caregiving Burden in Middle-Aged and Older Latino Caregivers. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2020;33(4):185–94. doi: <https://doi.org/10.1177%2F0891988719874119>
18. Diniz ASS, Lima RA, Silva, BRS. Sobrecarga do cuidador de idoso: uma revisão integrativa. *Rev Pesqui em Saúde*. 2017;8:184–8. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/233151176.pdf>
19. Harrad R, Sulla F. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomed*. 2018;89(7S):60–9. doi: <https://dx.doi.org/10.23750%2Ffabm.v89i7-S.7830>

20. Valer DB, Aires M, Fengler FL, Paskulin LMG. Adaptation and validation of the caregiver burden inventory for use with caregivers of elderly individuals. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(1):130–8. doi: 10.1590/0104-1169.3357.2534
21. Wasilewski MB, Stinson JN, Cameron JI. Web-based health interventions for family caregivers of elderly individuals: A Scoping Review. *Int J Med Inform [Internet]*. 2017;103:109–38. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.04.009>
22. Shiba K, Kondo N, Kondo K. Informal and formal social support and caregiver burden: The AGES caregiver survey. *J Epidemiol*. 2016;26(12):622–8. doi: <https://doi.org/10.2188/jea.je20150263>
23. Ho AHY, Tan-Ho G, Ngo TA, Ong G, Chong PH, Dignadice D, et al. A novel mindful-compassion art therapy (MCAT) for reducing burnout and promoting resilience for end-of-life care professionals: A waitlist RCT protocol. *Trials*. 2019;20(1):1–11. doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3533-y>
24. Tkatch R, Bazarko D, Musich S, Wu L, MacLeod S, Keown K, et al. A Pilot Online Mindfulness Intervention to Decrease Caregiver Burden and Improve Psychological Well-Being. *J Evidence-Based Complement Altern Med*. 2017;22(4):736–43. doi: 10.1177/2156587217737204
25. Pflugeisen BM, Drummond D, Ebersole D, Mundell K, Chen D. Brief Video-Module Administered Mindfulness Program for Physicians: A Pilot Study. *Explor J Sci Heal*. 2016;12(1):50–4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2015.10.005>
26. Santos TM, Kozasa EH, Carmagnani IS, Tanaka LH, Lacerda SS, Nogueira-Martins LA. Positive effects of a stress reduction program based on mindfulness meditation in brazilian nursing professionals: Qualitative and quantitative evaluation. *Explor J Sci Heal [Internet]*. 2016;12(2):90–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2015.12.005>
27. Sansó N, Galiana L, Cebolla A, Oliver A, Benito E, Ekman E. Cultivating Emotional Balance in Professional Caregivers: a Pilot Intervention. *Mindfulness (N Y)*. 2017;8(5):1319–27. doi: 10.1007/s12671-017-0707-0
28. Heritage B, Rees CS, Osseiran-Moisson R, Chamberlain D, Cusack L, Anderson J, et al. A re-examination of the individual differences approach that explains occupational resilience and psychological adjustment among nurses. *J Nurs Manag*. 2019;27(7):1391–9. doi: 10.1111/jonm.12820

29. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13(1):27–45. doi: 10.1177/1073191105283504
30. Desrosiers A, Klemanski DH, Nolen-Hoeksema S. Mapping Mindfulness Facets onto Dimensions of Anxiety and Depression. *Behav Ther*. 2013;44(3):373–84. doi: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.beth.2013.02.001>
31. Barros VV, Kozasa EH, Souza ICW, Ronzani TM. Validity Evidence of the Brazilian Version of the Five Facet Mindfulness (FFMQ-BR). *Psicol Teor e Pesqui*. 2014;30(3):317–27. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722014000300009>
32. McManus F, Surawy C, Muse K, Vazquez-Montes M, Mark Williams JG. A randomized clinical trial of mindfulness-based cognitive therapy versus unrestricted services for health anxiety (hypochondriasis). *J Consult Clin Psychol*. 2012;80(5):817–28. doi: <https://doi.org/10.1037/a0028782>
33. Williams MJ, Dalgleish T, Karl A, Kuyken W. Examining the factor structures of the five facet mindfulness questionnaire and the self-compassion scale. *Psychol Assess*. 2014;26(2):407–18. doi: <https://doi.org/10.1037/a0035566>
34. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. *Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews*. 2007; 3(11). Available from: https://iacp.memberclicks.net/assets/CBTBR/cbtbr-vol_311c.pdf
35. Kabat-Zinn J, Hyperion. *Wherever You Go There You Are*. Philos Notes. 1994.
36. DEMARZO, M; GARCÍA-CAMPAYO, J. *Manual Prático de Mindfulness – Curiosidade e Aceitação*. Palas Athena. 2015.
37. Pires JG, Nunes MFO, Demarzo MMP, Nunes CHSDS. Instrumentos para avaliar o construto mindfulness: Uma revisão. *Aval Psicol*. 2015;14(3):329–38. doi: 10.15689/ap.2015.1403.04
38. Brass E. How mindfulness can benefit nursing practice. *Nurs Times*. 2016;112(18):21–3. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27344898/>
39. Davis DM, Hayes JA. What Are the Benefits of Mindfulness? A Practice Review of Psychotherapy-Related Research. *Psychotherapy*. 2011;48(2):198–208. doi: 10.1037/a0022062
40. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública*. a 2010;44(3):559-65

41. Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Sci Med (Porto Alegre)*. 2007;17(4):229–32. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-707300>
42. Hulley SB, Steven R. Cummings, Warren S. Browner, Deborah G. Grady, Thomas B. Newman. *Delineando a pesquisa clínica*. 4. ed. 2015. 1–644 p.
43. Fernandes M. Os efeitos de um programa de mindfulness para profissionais da atenção primária à saúde [master's dissertation]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2018. 73 p. doi: 10.11606/D.17.2018.tde-25072018-155917
44. Bertini GS. Sobrecarga dos cuidadores informais de pacientes de um serviço de atenção domiciliar [master's dissertation]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2016. 126 p. doi: 10.11606/D.22.2017.tde-04052017-193103
45. Hongyu K. Análise Fatorial Exploratória: resumo teórico, aplicação e interpretação. *E&S Eng Sci*. 2018;7(4):88–103. doi: 10.18607/ES201877599
46. Nunes DP, Brito TRP, Duarte YAO, Lebrão ML. Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: Evidence of the sabe study. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(Suppl 2). doi: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180020.supl.2>
47. Helena S, Polaro I, Sc D, Fernandes DDS, Sc M, et al. Sobrecarga do cuidador familiar da pessoa idosa com Alzheimer. *Enferm Bras*. 2020;19(3):246–52. doi: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i3.3081>
48. Aguiar ACSA, Menezes TMO, Camargo CL. The Meaning of Caring for the Elderly From the Perspective of Family Members: a Symbolic Interactionist Study. *REME Rev Min Enferm*. 2017;21:1–7. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170014>
49. Santos WJ, Albuquerque PC, Fittipaldi EOS. Análise do perfil e sobrecarga de cuidadores de três Unidades de Saúde da Família do Recife/PE. *Fisioter Bras*. 2016;17(5):464–71. doi: <https://doi.org/10.33233/fb.v17i5.682>
50. Rosset B, Tanaka AKS da R, Nora CRD, Matzenbacher LPS, Paczek RS, Lana LD. Quality of life of informal elderly caregivers associated to their sociodemographic profile and health conditions. *RSD [Internet]*. 2021Oct.6 [cited 2022Jan.18];10(13):e112101320999. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20999>

51. Rocha PR, David HMSL. Padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde: retrato de alunos de cursos lato sensu de uma instituição pública. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* jan.-mar. 2015;11(1):41-8. doi: 10.11606/issn.1806-6976.v11i1p41-48
52. Rangel RL, Santos LB, Santana EDS, Marinho MDS, Chaves RN, Reis LA. Avaliação Da Sobrecarga Do Cuidador Familiar De Idosos Com Dependência Funcional. *Rev Atenção à Saúde.* 2019;17(60):11–8. doi: <https://doi.org/10.13037/ras.vol17n60.5564>
53. Marins AMF, Hansel CG, Silva J. Behavioral changes of elderly with Alzheimer's Disease and the burden of care for the caregiver. *Esc Anna Nery* 2016; 20(2):352- 356.
54. Mendes CFM, Santos ALS. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. *Saude Soc* 2016; 25(1):121-132.
55. Folle AD, Shimizu HE, Naves JOS. Social representation of Alzheimer's disease for family caregivers: stressful and rewarding. *Rev Esc Enferm USP* 2016; 50(1):79-85. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000100011>
56. Ilha S, Backes DS, Santos SSC, Gautério-Abreu DP, Silva BT, Pelzer MT. Doença de alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. *Esc Anna Nery* 2016; 20(1):138-146 doi: 10.5935/1414-8145.20160019
57. Sousa MF, Santos RL, Turró-Garriga O, Dias R, Dourado MC. Factors associated with caregiver burden: comparative study between Brazilian and Spanish caregivers of patients with Alzheimer' s disease (AD). *Int Psicogeriatria* 2016; 28(8):1363-1374. doi: <https://doi.org/10.1017/s1041610216000508>
58. Neri AL. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas. São Paulo: Alínea; 2002.
59. Dadalto EV, Cavalcante FG. O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. *Cien Saude Colet [periódico na internet]* (2021/Mar). Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-lugar-do-cuidador-familiar-de-idosos-com-doenca-de-alzheimer-uma-revisao-de-literatura-no-brasil-e-estados-unidos/18001>
60. Ferreira,CR, & Barham,EJ. Uma intervenção para reduzir a sobrecarga em cuidadores que assistem idosos com doença de Alzheimer. *Revista Kairós Ge-*

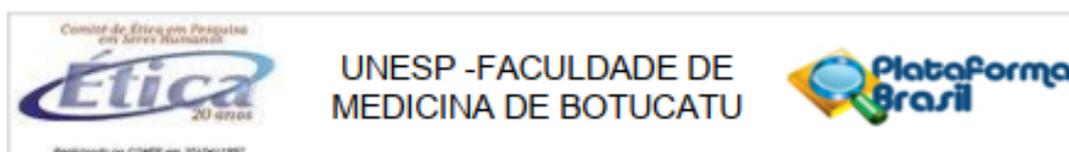
- rontologia. 2016, 19(4), pp. 111-130. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil.
61. Almeida GMF, Fontes CMB. Mindfulness: revisão integrativa da efetividade em cuidadores com burnout. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(36):215-224. doi: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.36.215-224>
 62. Alpuente AC, Cintas FA, Foà C, et al. Mapping Caregivers' Health Assets. A self-care project using salutogenesis and mindfulness. Acta Biomed. 2018; 89:70-77. doi: <https://dx.doi.org/10.23750%2Fabm.v89i7-S.7863>
 63. Kabir ZN, Leung AYM, Grundberg Å, et al. Care of family caregivers of persons with dementia (CaFCa) through a tailor-made mobile app: study protocol of a complex intervention study. BMC Geriatrics. 2020; 20:305. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01712-7>
 64. Lopes CC, Oliveira GA, Stigger FS, Lemos AT. Associação entre a ocorrência de dor e sobrecarga em cuidadores principais e o nível de independência de idosos nas atividades de vida diária: estudo transversal. Caderno Saúde Coletiva. 2020; 28(1):98-106. doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010184>
 65. Sanchez MGAP, Caparrol AJS, Martins G, Alves LCS, Monteiro DQ, Gratão ACM. Intervenção baseada em mindfulness para cuidadores de idosos com demência. SMAD Rev Eletrônica Saúde Ment Álcool e Drog (Edição em Port. 2020;16(3):23–32. doi: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.167674
 66. Sene AS, Lima AFG. Mindfulness nas Terapias de redução da Ansiedade. Rev. Psicol Saúde e Debate. 2017;3:40–1. doi: <http://dx.doi.org/10.22289/V3S1A19>
 67. Sanches MGAP, Caparrol AJS, Martins G, Alves LCS, Monteiro DQ, Gratão ACM. Mindfulness-based intervention for caregivers of older adults with dementia. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2020;16(3):23-32. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.167674>
 68. Moraes JG, Crespo JMFS, Terra SO, Soares EV, Monteiro NA. Avaliação dos Fatores de Risco dos Cuidadores de Pacientes Neurológicos. Perspectivas Online: Biológicas & Saúde, v. 9, n. 31, p. 34-45, 2019. doi: 10.25242/886893120191948
 69. Costa TF, Costa KNFM, Martins KP, Fernandes MGM, Brito SS. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com acidente vascular encefálico. Esc Anna Nery 2015;19(2):350-355. doi: 10.5935/1414-8145.20150048

70. Barros ALO, Barros AO, Santo MTBR, Barros GLM. Sobrecarga dos Cuidadores de Crianças e Adolescentes com Síndrome de Down. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2017/Fev). Available from: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sobrecarga-dos-cuidadores-de-criancas-e-adolescentes-com-sindrome-de-down/16120?id=16120>
71. Minayo MCS. Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1):7-15, 2021. doi: 10.1590/1413-81232020261.30872020
72. Melo TCLC, Sampaio ACC, Albuquerque Neto FW, Santos JLR, Alves PC, Gadelha LA, Costa SSV, Araújo CRC, Vasconcelos AKC, Ferreira FV. Caring for the caregiver: An experience report of good health practice interventions for frontline primary care professionals at COVID-19. *RSD* [Internet]. 10(5):e14110515007. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15007>
73. Lorenz-Dant, K. and Comas-Herrera, A., 2021. The Impacts of COVID-19 on Unpaid Carers of Adults with Long-Term Care Needs and Measures to Address these Impacts: A Rapid Review of Evidence up to November 2020. *Journal of Long-Term Care*, (2021), pp.124–153. doi: <http://doi.org/10.31389/jltc.76>
74. Pflugeisen BM, Drummond D, Ebersole D, Mundell K, Chen D. Brief Video-Module Administered Mindfulness Program for Physicians: A Pilot Study. *Explore* (NY). 2016 Jan-Feb;12(1):50-4. doi: 10.1016/j.explore.2015.10.005.
75. Duarte J, Pinto-Gouveia J. Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *Int J Nurs Stud*. 2016 Dec;64:98-107. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002.
76. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional Caregiver Burden Inventory. *Gerontologist*. 1989;29(6):798–803.
77. Chou KR, Chyun LJ, Chu H. The reliability and validity of the chinese version of the caregiver burden inventory. *Nurs Res*. 2002;51(5):324–31. doi: 10.1097/00006199-200209000-00009
78. Gregório S, Gouveia JP. Facetas de mindfulness: características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica* [Internet]. 0(54):p. 259-279. doi: https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_10

79. Santos TGS, Pace AE. Análise fatorial confirmatória da escala Appraisal of Self Care Agency Scale – Revised. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2017;25():1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1378.2856>
80. Nogueira GS, Seidl EMF, Troccoli BT. Análise fatorial exploratória do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (Brief IPQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília*, i. 32, n. 1, p. 161-168, jan./mar. 2016. doi: <http://de.doi.org/10.1900/0102-37722016011871161168>.
81. Braga LS. Cuidando do cuidador: história oral de profissionais de saúde. João Pessoa. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Centro de Ciências da Saúde; 2015.
82. Borges CL, Cunha JP, Silva AA et al. Cuidando do cuidador: intervenções para o autocuidado. *Rev enferm UFPE online*. Recife, 9(4):7474-81, abr., 2015. doi: 10.5205/reuol.7275-62744-1-SM.0904201536
83. Melo TCLC, Sampaio ACC, Neto FWA et al. Cuidando do cuidador: Um relato de experiência de intervenções de boas práticas de saúde para profissionais da atenção primária da linha frente na COVID-19. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 5, e14110515007, 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15007>
84. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.
85. Mendes DS, Moraes FS de, Lima G de O, Silva PR da, Cunha TA, Crossetti M da GO, Riegel F. Benefits of integrative and complementary practices in nursing care. *Journal Health NPEPS*. 2019 jan-jun; 4(1):302-318. doi: <http://dx.doi.org/10.30681/252610103452>

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do CEP local



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PLENA E DA SOBRECARGA EM CUIDADORES DE IDOSOS

Pesquisador: GRAZIELA MARIA FERRAZ DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30038620.9.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.989.509

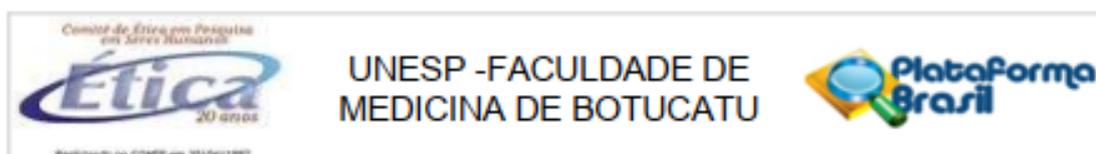
Apresentação do Projeto:

Na atualidade, define-se idoso como pessoa com 60 anos ou mais; mas a idade cronológica não é um determinante exato para as mudanças que levam ao envelhecimento. O envelhecimento é multifatorial, não homogêneo e com o passar dos anos aumenta a discrepância individual (ALVAREZ, SANDRI, 2018). O cuidador é a pessoa que proporciona cuidados para complementar a incapacidade funcional, definitiva ou temporária do idoso e deve ajudar o idoso nas suas limitações mentais ou físicas. Proporcionar a participação nas atividades de bem-estar ou para melhora subjetiva em relação ao seu cotidiano social é um papel do cuidador (MARANHÃO et al, 2018).

Objetivo da Pesquisa:

- Caracterizar o perfil sócio demográfico e as condições de saúde de cuidadores de idosos com o questionário Sociodemográfico e de Condições de Trabalho e Saúde;
- Identificar o nível de atenção plena em cuidadores de idosos com o FFMQ-BR;
- Identificar a sobrecarga em cuidadores de idosos com a Escala de Burden;
- Verificar a associação entre nível de atenção plena e a sobrecarga em cuidadores de idosos

Endereço: Chácara Butignoll, s/n	CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior	
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.989.509

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Critério de Inclusão: Ser cuidador e acompanhar o paciente matriculado para atendimento nos ambulatórios de Geriatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista e do Centro Saúde Escola.

Critério de Exclusão: Cuidadores menores de 18 anos.

Riscos: Causar situações de desconforto visto o conteúdo que será abordado relacionado às emoções.

Benefícios: Essa pesquisa trará benefícios à comunidade científica sobre a prevalência da sobrecarga (hipótese) de cuidadores de idosos. O pesquisador pode apoiar e orientar em relação a algum sentimento gerado durante a entrevista.

Metodologia de Análise de Dados: Serão três os instrumentos de coleta de dados. A aplicação dos instrumentos será realizada pelas pesquisadoras, em sala privativa; em momento oportuno do atendimento do paciente e sem acarretar prejuízos aos atendimentos. O tempo de aplicação dos três questionários será de em média de 30 minutos. Questionário Sociodemográfico e de Condições de Trabalho e Saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Estudo observacional, transversal e analítico correlacional, decorrente de um Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, orçado em R\$ 285,00 com financiamento da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, que investigará 40 cuidadores de idosos;

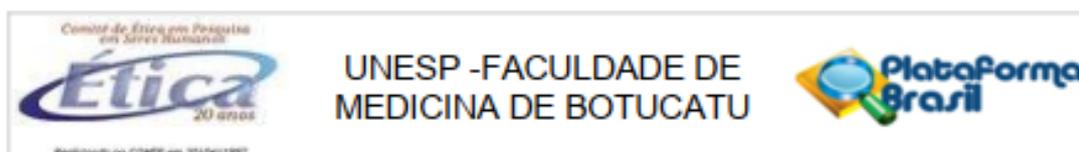
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora anexou: (1) Folha de rosto devidamente preenchida e assinada; (2) Anuência do superintendente do HC-FMB; (3) Anuência do EaP; (4) Cronograma detalhado de pesquisa; (5) TCLE na forma de convite e em linguagem acessível.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO do PROJETO de Pesquisa apresentado.

Endereço: Chácara Butignoll, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.989.509

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 16/04/2020, do PROJETO de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO. Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1516059.pdf	07/04/2020 12:35:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_pendencia.pdf	07/04/2020 12:33:24	GRAZIELA MARIA FERRAZ DE ALMEIDA	Aceito
Outros	AnuenciaHcSipe592020.pdf	16/03/2020 14:24:05	GRAZIELA MARIA FERRAZ DE ALMEIDA	Aceito
Outros	TermoDeAnuenciaInstitucional.pdf	16/03/2020 14:21:42	GRAZIELA MARIA FERRAZ DE ALMEIDA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_ATIVIDADES.pdf	16/03/2020 14:20:14	GRAZIELA MARIA FERRAZ DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FINAL_CEP.pdf	16/03/2020 14:16:49	GRAZIELA MARIA FERRAZ DE ALMEIDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/03/2020 14:05:14	GRAZIELA MARIA FERRAZ DE ALMEIDA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	16/03/2020 14:04:06	GRAZIELA MARIA FERRAZ DE ALMEIDA	Aceito

Endereço: Chácara Budgnoll, s/n

Bairro: Rubião Junior

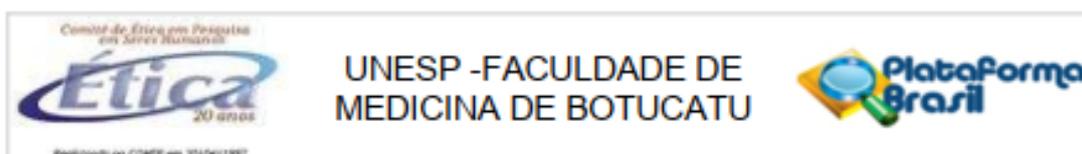
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.989.509

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 24 de Abril de 2020

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Budgnoff, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Anexo 2 – Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ-BR)**Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness* (FFMQ-BR)**

Instrução: Por favor, **circule** a resposta que melhor descreve a frequência com que as sentenças são verdadeiras para você.

Nunca ou raramente verdadeiro	Às vezes verdadeiro	Não tenho certeza	Normalmente verdadeiro	Quase sempre ou sempre verdadeiro
1	2	3	4	5

- 1) Quando estou caminhando, eu deliberadamente percebo as sensações do meu corpo.
1 2 3 4 5
- 2) Sou bom para encontrar palavras que descrevem os meus sentimentos.
1 2 3 4 5
- 3) Eu me critico por ter emoções irracionais ou inapropriadas.
1 2 3 4 5
- 4) Eu percebo meus sentimentos e emoções, sem ter que reagir a eles.
1 2 3 4 5
- 5) Quando faço algo, minha mente voa e me distraio facilmente.
1 2 3 4 5
- 6) Quando eu tomo banho, eu fico alerta as sensações da água no meu corpo.
1 2 3 4 5
- 7) Eu consigo facilmente descrever minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.
1 2 3 4 5
- 8) Eu não presto atenção no que faço porque fico sonhando acordado, preocupado com outras coisas ou distraído.
1 2 3 4 5
- 9) Eu observo meus sentimentos, sem me perder neles.
1 2 3 4 5
- 10) Eu digo a mim mesmo que não deveria me sentir da forma como estou me sentindo.
1 2 3 4 5
- 11) Eu percebo como a comida e a bebida afetam meus pensamentos, sensações corporais e emoções.
1 2 3 4 5
- 12) É difícil para mim encontrar palavras para descrever o que estou pensando.
1 2 3 4 5
- 13) Eu me distraio facilmente.
1 2 3 4 5
- 14) Eu acredito que alguns dos meus pensamentos são maus ou anormais e eu não deveria pensar daquela forma.
1 2 3 4 5
- 15) Eu presto atenção em sensações, tais como o vento em meus cabelos ou o sol no meu rosto.
1 2 3 4 5
- 16) Eu tenho problemas para encontrar as palavras certas para expressar como me sinto sobre as coisas.
1 2 3 4 5
- 17) Eu faço julgamentos sobre se meus pensamentos são bons ou maus.
1 2 3 4 5
- 18) Eu acho difícil permanecer focado no que está acontecendo no momento presente.
1 2 3 4 5
- 19) Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu “dou um passo atrás” e tomo consciência do pensamento ou imagem sem ser levado por elas.
1 2 3 4 5
- 20) Eu presto atenção aos sons, tais como o tictac do relógio, o canto dos pássaros ou dos carros passando.
1 2 3 4 5
- 21) Em situações difíceis, eu consigo fazer uma pausa, sem reagir imediatamente
1 2 3 4 5
- 22) Quanto tenho uma sensação no meu corpo, é difícil para mim descrevê-la, porque não consigo encontrar as palavras certas.
1 2 3 4 5
- 23) Parece que eu estou “funcionando no piloto automático” sem muita consciência do que eu estou fazendo.
1 2 3 4 5
- 24) Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu me sinto calmo logo depois.
1 2 3 4 5

1 2 3 4 5
25) Eu digo a mim mesmo que eu não deveria pensar da forma como eu estou pensando.

1 2 3 4 5
26) Eu percebo o cheiro e o aroma das coisas.

1 2 3 4 5
27) Mesmo quando me sinto terrivelmente aborrecido, consigo encontrar uma maneira de me expressar em palavras.

1 2 3 4 5
28) Eu realizo atividades apressadamente sem estar atento a elas.

1 2 3 4 5
29) Geralmente, quando eu tenho imagens ou pensamentos aflitivos, eu sou capaz de apenas notá-los, sem reagir a eles.

1 2 3 4 5
30) Eu acho que algumas das minhas emoções são más ou inapropriadas, e eu não deveria senti-las.

1 2 3 4 5
31) Eu percebo elementos visuais na arte ou na natureza tais como: cores, formatos, texturas ou padrões de luz e sombra.

1 2 3 4 5
32) Minha tendência natural é colocar minhas experiências em palavras.

1 2 3 4 5
33) Geralmente, quando eu tenho imagens

ou pensamentos ruins, eu apenas os percebo e os deixo ir.

1 2 3 4 5
34) Eu realizo tarefas automaticamente, sem prestar atenção no que eu estou fazendo

1 2 3 4 5
35) Normalmente, quando tenho pensamentos ruins ou imagens estressantes, eu me julgo como bom ou mau, dependendo do tipo de imagens ou pensamentos

1 2 3 4 5
36) Eu presto atenção em como minhas emoções afetam meus pensamentos e comportamentos

1 2 3 4 5
37) Normalmente eu consigo descrever detalhadamente como me sinto no momento presente

1 2 3 4 5
38) Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção a elas

1 2 3 4 5
39) Eu me reprovo quando tenho ideias irracionais

1 2 3 4 5

Anexo 3 – Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos

Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos

Versão final em português
Inventário de Sobrecarga do Cuidador
Domínio 1: Sobrecarga tempo dependente
1. A pessoa que eu cuido precisa da minha ajuda para realizar muitas atividades diárias.
0 (discordo totalmente)
1 (discordo)
2 (não concordo nem discordo)
3 (concordo)
4 (concordo totalmente)
2. A pessoa que eu cuido é dependente de mim.
3. Eu tenho de estar constantemente atento(a) à pessoa que eu cuido.
4. Eu tenho de ajudar a pessoa que eu cuido em muitas funções básicas (alimentação, eliminações, higiene e locomoção).
5. Eu não tenho um minuto de descanso no meu trabalho de cuidar.
Domínio 2: Sobrecarga à vida pessoal
1. Eu sinto que estou deixando de viver a minha vida.
2. Eu gostaria de poder sair desta situação.
3. A minha vida social tem sido prejudicada.
4. Eu me sinto emocionalmente esgotado(a) por cuidar desta pessoa.
5. Eu esperava que as coisas fossem diferentes neste momento da minha vida.
Domínio 3: Sobrecarga física
1. Eu não estou dormindo o suficiente.
2. A minha saúde tem sido prejudicada.
3. Cuidar desta pessoa tem me deixado fisicamente doente.
4. Eu estou fisicamente cansado(a).
Domínio 4: Sobrecarga social
1. Eu não me dou com outros familiares tão bem quanto eu costumava.
2. As minhas ações de cuidado não são valorizadas por outros familiares.
3. Eu tenho tido problemas no relacionamento com meu(minha) companheiro(a).
4. Eu não tenho trabalhado tão bem quanto eu costumava (trabalho fora ou em casa).
5. Eu fico ressentido(a) com outros parentes que poderiam ajudar, mas não ajudam.
Domínio 5: Sobrecarga emocional
1. Eu me sinto constrangido(a) /incomodado(a) com o comportamento da pessoa que eu cuido.
2. Eu sinto vergonha da pessoa que eu cuido.
3. Eu fico ressentido(a) com a pessoa que eu cuido.
4. Eu me sinto desconfortável quando recebo amigos.
5. Eu fico irritado(a) com a minha interação com a pessoa que eu cuido.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - CUIDADOR RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “Avaliação da atenção plena e da sobrecarga em cuidadores de idosos”, que será desenvolvido por mim Graziela Maria Ferraz de Almeida (enfermeira) e por Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

Estou estudando sobre os problemas que podem sobrecarregar os cuidadores de pessoas idosas e como isso pode afetar a saúde e a atenção plena em relação a sua experiência como cuidador. Desta forma, solicito seu consentimento para avaliar sua sobrecarga e atenção plena através de questionário. Além disso o(a) Senhor (a) responderá três questionários: (1) Questionário Sociodemográfico e de Condições de Trabalho e Saúde; (2) Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ-BR) e (3) Inventário de Sobrecarga do Cuidador para uso em cuidadores de idosos. A aplicação dos instrumentos será realizada pelas pesquisadoras, em sala privativa; em momento oportuno do atendimento do paciente e sem acarretar prejuízos aos atendimentos. O tempo de aplicação dos três questionários será de, em média, 30 minutos.

Não haverá benefício ao Senhor (a) neste momento, mas os benefícios serão futuros, após os pesquisadores terem o conhecimento dos resultados da pesquisa.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na continuidade do seu tratamento.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior - Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, **CONCORDO** em participar de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados e revistas científicas.

Botucatu, ____ / ____ / ____

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Nome: Graziela Maria Ferraz de Almeida
Endereço: Rua Salim Kahil, 470 - Bloco 4, Apto 603
Bairro Vila Nogueira - Botucatu/SP
Telefone: 99626-8984
Email: ga_graziela@hotmail.com

Nome: Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes
Endereço: Rua Agostinho Fornetti 3-30
Bairro Vila Lemos - Bauru/SP
Telefone: 99778-5393 e 3880-1293
Email: cassiana.fontes@unesp.br

Apêndice 2 – Questionário Sociodemográfico e de Condições de Trabalho e Saúde

Questionário Sociodemográfico e de Condições de Trabalho e Saúde

Número do sujeito no banco e nome:
Data de Nascimento: ___/___/_____ Idade: _____
Sexo: 1.() Masculino / 2.() Feminino
Grau de Instrução: 1.() Fundamental 2.() Médio 3.() Superior 4.() Pós-graduação
Anos concluídos de estudo em instituição de ensino: _____
Vive com Companheiro(a)? 1.() Sim / 2.() Não
Filhos: 1.() Sim Quantos? ___ / 2.() Não
Vive(m) com você? 1.() Sim / 2.() Não
Possui Crença Religiosa? 1.() Sim Qual? _____ / 2.() Não
Pratica essa crença religiosa regularmente? 1.() Sim / 2.() Não
Praticou algum tipo de meditação REGULARMENTE (pelo menos uma vez por semana) nos últimos 12 meses? 1.() Sim / 2.() Não
Possui vínculo empregatício? 1.() Sim / 2.() Não
Pratica atividade física? 1.() Sim Qual? _____ / 2.() Não
Quantas vezes por semana? _____
Fuma atualmente?
1.() Sim / 2.() Não
Quantos cigarros por dia? _____
Consome bebida alcoólica?
1.() Sim / 2.() Não
Quantas vezes por semana? _____
Faz ou fez uso de drogas ilícitas?
1. () Sim Quais: _____ 2. () Não
Quantas vezes por semana? _____
Porque iniciou o uso? _____
Faz uso de alguma medicação psicofármaco? (substâncias psicoativas com fins terapêuticos) 1.() Sim / 2.() Não
Qual? _____
Há quanto tempo é cuidador? _____
Doença referida do indivíduo que presta cuidados: _____

Apêndice 3 – Caracterização dos participantes de acordo com a classe farmacológica

Caracterização dos participantes de acordo com a classe farmacológica

Classe Farmacológica	Nome	Frequência absoluta
Antidepressivo Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina (ISRS)	Escitalopram	8
	Fluoxetina	5
	Venlafaxina	1
	Sertralina	5
Benzodiazepínicos	Alprazolam	2
	Clonazepam	6
Antidepressivo tricíclico (ADTs)	Amitriptilina	4
Neurolépticos	Quetiapina	1
	Risperidona	1
Antidepressivo Inibidores da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina (IRSN)	Duloxetina	1
Antidepressivo noradrenérgico e específico serotoninérgico (NaSSA)	Mirtazapina	1
Antidepressivo tetracíclico	Trazodona	1
Imidazopiridinas	Zolpidem	1

Apêndice 4 – Caracterização das doenças referidas dos idosos dependentes de cuidados

Caracterização das doenças referidas dos idosos dependentes de cuidados

Doença referida	Frequência
Síndrome demencial	23
Alzheimer	21
Diabetes Mellitus	11
Parkinson	9
Idade avançada	8
Transtorno depressivo	7
Hipertensão Arterial Sistêmica	7
Risco de quedas	6
Não especifica	6
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	3
Enfisema pulmonar	3
Síndrome da fragilidade	3
Insuficiência Cardíaca Crônica	3
Comprometimento Cognitivo Leve	2
Transtorno ansioso	2
Síndrome do pânico	2
Acidente Vascular Cerebral	2
Cadeirante	2
Doença Renal Crônica	2
Fratura bacia	2
Surdez	2
Transtorno delirante	1
Transtorno cognitivo	1
Hipercolesterolemia	1
Infarto Agudo do Miocárdio	1
Confusão mental	1
Alucinação visual	1
Artrite reumatoide	1
Artrose	1
Psoríase	1
Esclerose múltipla	1
Acamado	1
Câncer de próstata	1
Câncer de mama	1

Fratura fêmur	1
Fratura cóccix	1
Hérnia de disco	1
Paralisia Supranuclear Progressiva	1
Mobilidade prejudicada	1
Enxaqueca	1
Tontura	1
Chagas	1
Vertigem	1
Anemia	1
Aneurisma	1
Trombose	1
Hidrocefalia	1
Plaquetopenia	1
Macula degenerativa	1
Déficit sensorial	1
Osteopenia lombar	1
Sarcopenia	1
Etilista	1
Hipovitaminose B	1
Lesão muscular em cervical	1
Refluxo gastroesofágico	1
Tendinopatia	1
Corpos de Lewy	1
Hipotensão postural	1
Dor crônica	1
Hipocondria	1
Hepatite B	1
