

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Guilherme Augusto Menezes

**Desenvolvimento de podcast educativo para cuidadores informais de pessoas
idosas em atenção domiciliar**

JUIZ DE FORA

2026

GUILHERME AUGUSTO MENEZES

**Desenvolvimento de podcast educativo para cuidadores informais de pessoas
idasas em atenção domiciliar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Sílvia Lanziotti Azevedo da Silva.

JUIZ DE FORA

2026

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

Menezes, Guilherme Augusto.

Desenvolvimento de podcast educativo para cuidadores informais de pessoas idosas em atenção domiciliar / Guilherme Augusto Menezes. -- 2026.

133 f. : il.

Orientadora: Sílvia Lanzziotti Azevedo da Silva

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2026.

1. Cuidador; 2. Sobrecarga; 3. Pessoa Idosa; 4. Atenção Domiciliar. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Lanzziotti Azevedo da Silva, Sílvia, orient. II. Título.

Guilherme Augusto Menezes

Desenvolvimento de *podcast* educativo para cuidadores informais de pessoas idosas em atenção domiciliar

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família.

Aprovado em 26 de agosto de 2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Silvia Lanzotti Azevedo da Silva - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a Leticia de Castro Martins Ferreira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dr.^a Karla Cristina Giacomini

Fundação Oswaldo Cruz

Juiz de Fora, 28/08/2026.



Documento assinado eletronicamente por **Karla Cristina Giacomini, Usuário Externo**, em 28/08/2026, às 17:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **SILVIA LANZIOTTI AZEVEDO DA SILVA, Professor(a)**, em 01/09/2026, às 08:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Leticia de Castro Martins Ferreira, Chefe de Departamento**, em 01/09/2026, às 22:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **3183259** e o código CRC **EDC56417**.

RESUMO:

Motivado pela transição demográfica e epidemiológica, observa-se aumento da população de pessoas idosas e prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis, que tem como uma das principais consequências a incapacidade. Em decorrência da incapacidade, pode acontecer a restrição ao domicílio ou leito, aumentando a demanda por Atenção Domiciliar. Nesse contexto surge a figura do cuidador, que na maioria dos casos é um membro da família, chamado cuidador informal. Esses cuidadores estão expostos à sobrecarga, relacionada a fatores econômicos, sociais, culturais e de saúde. O presente estudo objetivou analisar uma amostra de cuidadores informais de pessoas idosas domiciliadas, para compreender seu perfil sociodemográfico, sobrecarga e principais lacunas de competências relacionadas a saúde. Foi realizada pesquisa de campo observacional, transversal, de caráter quantitativo, com uma amostra de 42 cuidadores informais de pessoas idosas domiciliados em modalidade AD1, selecionada por conveniência entre pessoas idosas acompanhados pelo Serviço de Visita Domiciliar da área descoberta de Juiz de Fora. A coleta de dados ocorreu no domicílio dos participantes, onde receberam orientações sobre a pesquisa e foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como instrumentos de coleta foram utilizadas 3 ferramentas: Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, Escala de Zarit e Escala Coper 14. Dois participantes foram excluídos após aplicação de critérios de exclusão, totalizando 40 participantes na análise final. Os dados foram tabulados em planilha de Excel e analisados por medidas e frequência absoluta e relativa. Também foram avaliadas associações entre variáveis socioeconômicas e perfil de vulnerabilidade com a sobrecarga e competências. Como produto técnico, foi elaborado um Podcast voltado aos cuidadores informais de pessoas idosas. Os temas foram selecionados a partir das lacunas de competências identificadas pela aplicação das escalas, e sua maior associação com a sobrecarga do cuidador. Esse Trabalho de Conclusão de Mestrado é fruto do Programa de Pós-graduação stricto sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde; Atenção Domiciliar; cuidador; sobrecarga; pessoa idosa.

ABSTRACT:

Driven by the demographic and epidemiological transition, there has been an increase in the older adult population and in the prevalence of Noncommunicable Diseases (NCDs), one of the main consequences of which is disability. As a result of disability, individuals may become restricted to their homes or bedridden, increasing the demand for Home Care. In this context, the role of the caregiver emerges, who, in most cases, is a family member, referred to as an informal caregiver. These caregivers are exposed to caregiver burden associated with economic, social, cultural, and health-related factors. The present study aimed to analyze a sample of informal caregivers of older adults receiving care at home in order to understand their sociodemographic profile, caregiver burden, and the main gaps in health-related caregiving competencies. An observational, cross-sectional, quantitative field study was conducted with a sample of 42 informal caregivers of older adults receiving Home Care under the AD1 modality. Participants were selected by convenience sampling from among older adults followed by the Home Visit Service in an uncovered area of Juiz de Fora. Data collection was conducted at the participants' homes, where they received information about the study and signed the Informed Consent Form. Three instruments were used for data collection: the Coelho-Savassi Family Risk Scale, the Zarit Burden Interview, and the COPER-14 Scale. Two participants were excluded after the application of the exclusion criteria, resulting in a final sample of 40 participants for analysis. Data were tabulated in an Excel spreadsheet and analyzed using absolute and relative frequencies and measures of central tendency. Associations between socioeconomic variables and vulnerability profiles with caregiver burden and caregiving competencies were also assessed. As a technical product, a podcast aimed at informal caregivers of older adults was developed. The topics were selected based on the competency gaps identified through the application of the scales and their stronger association with caregiver burden. This Master's Degree Final Project is the result of the Professional Master's Degree Program in Family Health (PROFSAÚDE), a *stricto sensu* postgraduate program.

Keywords: Primary Health Care; Home Care Services; caregivers; caregiver Burden; aged Person.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi.....	38
Quadro 2	-Escala de Zarit	39
Quadro 3	-Escala COPER 14.....	41
Figura 1	-Correlação de Pearson- Juiz de Fora, 2025	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Características sociodemográficas e de vulnerabilidade familiar dos cuidadores –Juiz de Fora, 2025.	51
Tabela 2-Distribuição das respostas da Escala de Zarit -Juiz de Fora, 2025.....	53
Tabela 3-Distribuição de respostas para a escala Coper 14- Juiz de Fora, 2025.....	55
Tabela 4-Correlação entre os itens da escala Coper 14 e o escore total escala de Zarit para avaliação da sobrecarga do cuidador - Juiz de Fora, 2025.....	59
Tabela 5-Definição de episódios de acordo com competências e necessidades identificadas.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AD	Atenção Domiciliar
AD1	Atenção Domiciliar Modalidade 1
AD2	Atenção Domiciliar Modalidade 2
AD3	Atenção Domiciliar Modalidade 3
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade de Vida Diária
CHS	Carga Horária Semanal
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO:

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 OBJETIVO GERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
4.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	17
4.1.1 Transição demográfica	17
4.1.2 Transição epidemiológica.....	18
4.1.3 Senilidade e Senescência.....	19
4.1.4 Redução da capacidade funcional e pessoa idosa restrita ao domicílio...	20
4.2 ATENÇÃO DOMICILIAR	22
4.2.1 Definição de AD.....	22
4.2.2 Modalidades	22
4.3 O CUIDADOR.....	24
4.3.1 Papel de Gênero e cuidado	25
4.4 SOBRECARGA DO CUIDADOR.....	29
4.5 LETRAMENTO EM SAÚDE.....	31
4.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA CUIDADORES	33
5 METODOLOGIA	35
5.1 DESENHO DE ESTUDO	35
5.2 POPULAÇÃO.....	35
5.3 AMOSTRA.....	35
5.3.1 Critério de inclusão	36
5.3.2 Critérios de exclusão.....	36

5.3.3 Cálculo e tamanho amostral	36
5.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	36
5.5 VARIÁVEIS AVALIADAS	37
5.5.1 Risco Familiar	37
5.5.2 Sobrecarga do Cuidador	38
5.5.3 Competências como Cuidador	40
5.6 ANÁLISE DE DADOS	42
5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	43
5.8 GRAVAÇÃO DE PODCAST	43
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
6.1 RESUMO	45
6.2 INTRODUÇÃO	46
6.3 METODOLOGIA	47
6.4 RESULTADOS	50
6.5 DISCUSSÃO	60
6.6 CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS	65
7 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO: O PODCAST	69
7.1 EPISÓDIO 1- SER CUIDADOR: DESAFIOS E RECOMPENSAS	70
7.1.1 Introdução	70
7.1.2 O que é cuidar	70
7.1.3 Quem é o cuidador	71
7.1.4 Riscos	72
7.1.5 Como enfrentar	73
7.2 EPISÓDIO 2- ORGANIZAÇÃO QUE TRANSFORMA: COMO PLANEJAR A ROTINA E REDUZIR SOBRECARGAS DO DIA A DIA	73
7.2.1 Introdução	74

7.2.2 Organizando	74
7.2.3 Procurando ajuda	76
7.2.4 Finalização	78
7.3 EPISÓDIO 3-CUIDAR DO CORPO PARA CUIDAR MELHOR: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, HIDRATAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA PARA MAIS DISPOSIÇÃO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA	79
7.3.1 Introdução	79
7.3.2 Autocuidado	80
7.3.3 Alimentação saudável	81
7.3.4 Hidratação	83
7.3.5 Atividade física	83
7.3.6 Encerramento	86
7.4 EPISÓDIO 4- SAÚDE MENTAL DO CUIDADOR: RECONHECER, PEDIR AJUDA E CUIDAR DE SI	86
7.4.1 Introdução	86
7.4.2 O estresse	87
7.4.3 Transtorno de ansiedade	88
7.4.4 Transtorno depressivo	90
7.4.5 Encerramento	91
7.5 EPISÓDIO 5- RELAXAR PARA CUIDAR MELHOR: SONO, DESCANSO E BEM-ESTAR	92
7.5.1 Introdução	92
7.5.2 Estresse e excesso de pensamentos	92
7.5.3 Mindfulness	94
7.5.4 Higiene do sono	96
7.5.5 Encerramento	97
7.6 EPISÓDIO 6 -ESTIMULANDO A AUTONOMIA DA PESSOA CUIDADA	98
7.6.1 Introdução	98

7.6.2 Autonomia e independência	99
7.6.3 Cuidado e dependência	100
7.6.4 Promovendo a autonomia e independência	101
7.6.5 Encerramento	103
8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	106
ANEXO A– Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	113
.....	124
ANEXO B– Termo de Consentimento Livre Esclarecido	124
APÊNDICE A– Instrumento de Coleta	126

1 INTRODUÇÃO

Motivado pela transição demográfica e epidemiológica, observa-se um aumento da população idosa e da prevalência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), que tem como uma das principais consequências a incapacidade. É estimado que em 2050, quase um quarto da população mundial terá idade acima de 60 anos (CORTEZ et al, 2019) e no Brasil a população de idosos passará a de crianças (OLIVEIRA, 2019). Mudanças no perfil de morbimortalidade populacional ocasionaram o aumento das DCNT, que atualmente correspondam a 66,3% da carga de doenças (CORTEZ et al, 2019). A incapacidade, resultante de múltiplos fatores, não é exclusiva de uma determinada faixa etária, porém tem maior prevalência entre pessoas idosas (NOGUEIRA; BRAUNA, 2021). Em decorrência da incapacidade, pode acontecer a restrição ao domicílio ou ao leito, aumentando a demanda por Atenção Domiciliar (AD). Nesse contexto surge a figura do cuidador.

O cuidador é a pessoa que assume a responsabilidade de auxiliar o indivíduo com limitações na realização de suas necessidades e Atividades de Vida Diária (BRASIL, 2012, 2021). Na maioria dos casos, é um membro da família, usualmente uma mulher, que assume a responsabilidade sem ganhos financeiros, chamado cuidador informal (SAVASSI et al, 2022). Esses cuidadores estão expostos à sobrecarga, relacionada a fatores econômicos, sociais, culturais e de saúde (WARCHHOLZ e DAMIANCE, 2021).

O presente estudo buscou analisar, com dados transversais, uma amostra de cuidadores informais de pessoas idosas domiciliadas, fora da área de cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) na cidade de Juiz de Fora- MG, para compreender seu perfil sociodemográfico, sobrecarga do cuidador e principais lacunas de competências relacionadas a saúde. A partir das informações obtidas, foi elaborado um produto técnico em formato de Podcast, disponibilizado em mídia digital, simples e de fácil acesso, objetivando o aumento de competências em saúde destes cuidadores. Os temas foram selecionados a partir das lacunas de conhecimento identificadas neste estudo e sua maior associação com a sobrecarga do cuidador.

Realizou-se pesquisa de campo observacional, transversal, de caráter quantitativo. Foi utilizada amostra de 42 cuidadores informais de idosos domiciliados

em modalidade AD1, selecionada por conveniência entre idosos acompanhados pelo Serviço de Visita Domiciliar da área descoberta de Juiz de Fora. A coleta de dados ocorreu no domicílio dos participantes, onde receberam orientações sobre a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em 2 vias. Como instrumentos de coleta foram utilizadas 3 ferramentas: Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, Escala de Zarit e Escala Coper 14. Dois participantes foram excluídos após aplicação dos critérios de exclusão, restando 40 participantes para a análise de dados. Os dados foram tabulados em planilha de Excel e analisados por medidas e frequência absoluta e relativa. Também foram avaliadas associações entre variáveis socioeconômicas e perfil de vulnerabilidade, com a sobrecarga e competências do cuidador.

O tema foi selecionado após observação prática das atribuições, responsabilidades e dificuldades inerentes ao papel de cuidador com sua sobrecarga. A observação inicialmente feita pelo pesquisador em seu campo de atuação na APS, foi confirmada posteriormente pela revisão da literatura. Ressalta-se a existência e disponibilidade de materiais educativos específicos, com a maioria no formato de cartilhas que demandam maior quantidade de tempo e foco para assimilação. A demanda de tempo pode ser conflitante com os horários disponíveis pelos cuidadores informais. Neste contexto surge a ideia de elaboração de produto técnico-tecnológico como material educativo em formato de podcast, mais acessível e compatível com a disponibilidade de tempo do cuidador, sendo uma opção adicional às existentes.

2 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional representa um dos mais importantes desafios para a saúde pública em todo o mundo. Dados do IBGE e da OMS evidenciam o acelerado envelhecimento da população brasileira, projetando um cenário em que, até 2050, haverá mais pessoas idosas do que crianças. Acompanhando o envelhecimento populacional, ocorre o processo de transição epidemiológica, com aumento importante na prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), exigindo a ampliação e reestruturação dos modelos de atenção à saúde, de modo a responder às novas necessidades de saúde.

Como consequência do envelhecimento e acúmulo de DCNT, pode surgir a incapacidade funcional, entendida como dificuldade ou necessidade de ajuda para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD). A incapacidade pode acometer qualquer faixa etária, mas é mais prevalente na população idosa, podendo ocasionar restrição domiciliar e isolamento. Como resposta, observa-se a expansão da atenção domiciliar, por possibilitar a articulação de vários pontos da RAS, otimização de uso de leitos e recursos hospitalares, redução da sobrecarga das portas de urgência e desinstitucionalização de usuários.

Dentro desse contexto, destaca-se a atuação do cuidador informal, geralmente um familiar que assume, sem remuneração, a responsabilidade pelos cuidados de um idoso com perda de funcionalidade. Diversas evidências indicam que essa função está associada a altos níveis de sobrecarga física, emocional, social e financeira, agravados pela ausência de apoio efetivo dos serviços de saúde. Além disso, muitos cuidadores enfrentam dificuldades variadas no manejo de cuidados à pessoa idosa domiciliada, extrapolando suas capacidades cognitivas e psicomotoras. Estudos recentes apontam que baixos níveis de letramento em saúde por parte dos cuidadores agravam essa situação, comprometendo tanto sua saúde quanto a da pessoa cuidada.

Diante desta realidade, urge a implementação de estratégias voltadas para o fortalecimento do letramento e das competências em saúde dos cuidadores, promovendo sua autonomia e reduzindo os níveis de sobrecarga. O uso de tecnologias educativas, como os podcasts, surge como alternativa inovadora e

acessível para alcançar esse público, considerando as limitações de tempo, escolaridade e recursos. Essas ferramentas podem ser consumidas de forma flexível e repetitiva, viabilizando uma educação em saúde adaptada à rotina e às necessidades do cuidador informal. Assim, o presente projeto justifica-se pela necessidade de compreender melhor a sobrecarga dos cuidadores informais, suas relações com fatores sociodemográficos e níveis de competência em saúde, com vistas à construção de intervenções mais efetivas e humanizadas no âmbito da atenção domiciliar.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Produzir material técnico educacional em formato de Podcast, direcionado para cuidadores informais de pessoas idosas domiciliadas atendidas na modalidade AD1, residentes em área descoberta da Atenção Primária à Saúde, com conteúdo focado nas principais lacunas de competências identificadas neste estudo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar um perfil dos cuidadores informais de pessoas idosas acompanhadas na modalidade AD1.
- Avaliar o nível de sobrecarga de cuidadores informais de pessoas idosas domiciliados acompanhados na modalidade AD1.
- Avaliar as competências em saúde de cuidadores informais de pessoas idosas domiciliados acompanhados na modalidade AD1.
- Elaborar produto técnico educacional em forma de Podcast baseado nas lacunas de competências do cuidado identificados, com informações em saúde baseadas em evidências científicas, com linguagem e reprodução acessível.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

4.1.1 Transição demográfica

A transição demográfica pode ser definida como a mudança de um cenário de baixo crescimento populacional, com elevadas taxas de natalidade e mortalidade, para cenários de crescimento populacional e posterior estabilização ou crescimento negativo (OLIVEIRA, 2019). Na etapa tardia, natalidade e mortalidade são baixas e associadas a redução dos níveis de fecundidade, com deslocamento da mortalidade para faixas etárias maiores. Tais mudanças no comportamento populacional permitem nova organização entre grupos etários, com mais pessoas atingindo o grupo de pessoas idosas e redução da proporção de crianças (CORTEZ et al, 2019; OLIVEIRA, 2019).

O fenômeno da transição demográfica é observado na população mundial, fruto de mudanças nos padrões de natalidade, mortalidade e migrações. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a população com idade igual ou superior a 60 anos deverá saltar de 12% para 22% entre 2015 e 2050, o que representaria quase um quarto da população mundial (CORTEZ et al, 2019; VIENS et al, 2024). Destaca-se que países desenvolvidos obtiveram amplo desenvolvimento socioeconômico antes do envelhecimento populacional, o que lhes permitiu elaborar estratégias institucionais para lidar com as desigualdades; ao passo que países em desenvolvimento observam o envelhecimento populacional simultâneo ao seu crescimento socioeconômico, processo marcado por desigualdades (CORTEZ et al, 2019). A mudança no perfil populacional se correlaciona com a mudança no perfil epidemiológico, de forma que há aumento da prevalência de DCNT, necessitando de ações preventivas e de acompanhamento constante. No Brasil, a rede assistencial ainda é muito pautada em ações curativas e pontuais, necessitando se adaptar à nova realidade que se desenha (OLIVEIRA, 2019). A compreensão sobre as demandas por cuidados de uma população, suas estratégias de provimento e suas instâncias responsáveis é fundamental. A organização social do cuidado reflete a distribuição de responsabilidades entre os entes sociais, reconhecendo o direito ao cuidado como

parte da cidadania, ao lado da previdência social, saúde e educação. (NOGUEIRA e BRAUNA, 2021)

No Brasil, observa-se historicamente elevados níveis de fecundidade e queda progressiva de mortalidade até a década de 70, com crescimento populacional e maior participação de faixas etárias infantojuvenis na pirâmide etária (CORTEZ et al, 2019; OLIVEIRA, 2019). Posteriormente, ocorre queda de fecundidade e mortalidade na população, com aumento progressivo na expectativa de vida e maior participação de pessoas idosas na pirâmide etária. Tais mudanças ocasionaram o envelhecimento populacional nas décadas finais do século XX (OLIVEIRA, 2019). O último censo estimou em 32.113.490 a população de pessoas acima de 60 anos (IBGE, 2022). Há projeções que indicam o crescimento populacional até o ano de 2039, quando o crescimento passará a ser negativo e, em 2050, o grupo de pessoas idosas passará o de crianças, tornando o Brasil em um dos países mais envelhecidos do mundo (OLIVEIRA, 2019).

Em comparação com países europeus, o envelhecimento brasileiro se deu de forma acelerada. Países como França e Suécia levaram 115 e 85 anos, respectivamente, para alcançarem o patamar de “países envelhecidos”; estima-se que o Brasil atingirá este patamar em pouco mais de 2 décadas (BRASIL, 2023).

O processo de envelhecimento populacional ocorre de forma desigual no país, mais acelerado nas regiões Sul e Sudeste. A porcentagem de pessoas idosas sobre a população total é de 10,4% na região Norte, 13,2% na região Centro-Oeste, 14,5% na região Nordeste, 17,6% nas regiões Sul e Sudeste, de acordo com os dados do Censo de 2022 (BRASIL, 2023). Nota-se também a feminilização da população idosa, com as mulheres formando a maioria dessa população, reflexos de sua maior expectativa de vida. Processo similar é observado na questão racial, com maior quantidade de pessoas brancas entre as pessoas idosas (BRASIL, 2023). Estas proporções desiguais nos trazem reflexões sobre os impactos da desigualdade socioeconômica entre as regiões e parcelas da população no processo saúde doença, morbimortalidade e expectativa de vida.

4.1.2 Transição epidemiológica

Conceito utilizado a partir da década de 70, a transição epidemiológica pode ser definida como mudança no perfil de morbidade e mortalidade de uma população,

em que um cenário com predomínio de doenças infecciosas evolui para outro com prevalência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) (CORTEZ et al, 2019; MARTINS et al, 2021; OLIVEIRA, 2019).

No Brasil, observa-se importante redução da mortalidade precoce. Entre os anos de 2000-2010, os óbitos ocorridos antes dos 20 anos caíram de 12,2% para 7,4% e a probabilidade de óbito no primeiro ano de vida caiu de 26,6 para 16,2 /1000 nascidos vivos (MARTINS et al, 2021). Entre 1990 e 2019 ocorreu aumento proporcional dos anos de incapacidade por DCNT e causas externas maior que o aumento da mortalidade para estas causas, indicando um aumento na carga de DCNT na morbidade populacional (MARTINS et al, 2021).

É importante destacar o aumento da prevalência de DCNT no Brasil acompanhando o envelhecimento populacional. Este aumento ocorreu de maneira mais rápida a partir da década de 60, com destaque para doenças osteomioarticulares, cardiorrespiratórias, metabólicas, cerebrovasculares e neoplásicas. As DCNT correspondem a 66,3% da carga de doença, contra 23,5% das doenças infecciosas e 10,2% das causas externas (CORTEZ et al, 2019). Outro fato importante é a redução de 2,5% ao ano na mortalidade por DCNT entre os anos de 2000 a 2013, impactando na sobrevida com comorbidade e na necessidade de cuidados continuados de saúde. As mudanças citadas exercem pressões no sistema de saúde para novas adaptações a fim de receber essa nova demanda, inclusive em ambiente domiciliar (CORTEZ et al, 2019; MARTINS et al, 2021).

4.1.3 Senilidade e Senescência

O processo de envelhecer é definido pela OMS como:

Um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente. (CIOSAK et al, 2011, p.1764)

De acordo com a mesma instituição, é considerada pessoa idosa aquela com idade superior a 65 anos em países desenvolvidos, ou 60 anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº10.741, de outubro de 2003) define como critério idade superior a 60 anos (BRASIL, 2023).

O processo de envelhecimento é heterogêneo e sofre influência de fatores biológicos e sociais, como: sexo, raça/cor, etnia, nível de renda, território, entre outros (BRASIL, 2023). A população idosa pode ser dividida em “idosos novos” com idade entre 60 a 79 anos, e os “muito idosos” com idade igual ou superior à 80 anos (BRASIL, 2023).

Apesar de o envelhecimento se relacionar a maior vulnerabilidade a adoecer, ambos os conceitos não devem ser tratados como interligados, pois o processo saúde doença é complexo e sofre influência de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais (BRASIL, 2023).

A senescência é termo que se refere ao processo progressivo de diminuição de reserva funcional (CIOSAK et al, 2011), tratando-se de processo fisiológico decorrente da passagem do tempo. Já a senilidade, refere-se ao desenvolvimento de uma condição patológica por estresse emocional, acidente ou doença (CIOSAK et al, 2011), sofrendo influência de fatores genéticos, pessoais e determinantes sociais de saúde. Neste sentido, o Relatório sobre Envelhecimento e Saúde da OMS (2015) “destaca que o envelhecimento saudável é mais que apenas a ausência de doença, reforçando a necessidade de manutenção da funcionalidade das pessoas idosas” (BRASIL, 2023).

Em 2020, a Assembleia Geral das Nações Unidas estabeleceu a Década do Envelhecimento Saudável nas Américas entre 2020 e 2030, bem como seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, iniciativa interinstitucional e intersetorial “para melhorar a vida das pessoas idosas, suas famílias e suas comunidades” (BRASIL, 2023). Observa-se um esforço governamental para implementar políticas, leis e infraestrutura que permita às pessoas a “envelhecer no local” (VIENS et al, 2024). Este termo refere-se à habilidade de viver em sua própria casa e comunidade de forma segura, independente e confortável (VIENS et al, 2024).

4.1.4 Redução da capacidade funcional e pessoa idosa restrita ao domicílio

A incapacidade funcional é observada pela dificuldade ou necessidade de ajuda para realizar as Atividades de Vida Diárias (AVD). As AVDs podem ser classificadas como básicas ou de auto cuidado, como alimentar-se, vestir-se e tomar banho (ABVD); ou instrumentais relacionadas à vida em sociedade como ir ao banco, pegar ônibus, cuidar do próprio dinheiro e medicamentos (AIVD) (CECCON et al, 2021a).

A redução da capacidade funcional não é exclusiva de um determinado grupo etário, porém há maior prevalência na população idosa, onde se tornam evidentes situações de incapacidade física, psíquica e ou social (NOGUEIRA; BRAUNA, 2021). Outro fato observado é que a limitação funcional, definida como incapacidade ou grande dificuldade para realização das AVDs, cresce em razão do aumento de idade. No grupo de pessoas com idade entre 60-64 anos, o percentual de pessoas com limitação funcional é 5,3%; no grupo de pessoas com 75 anos ou mais, o percentual chega a 18,5% (BRASIL, 2023). A limitação funcional para AVD também reflete as desigualdades sociais, pois:

É maior entre as mulheres em comparação com os homens, ligeiramente mais elevada entre a população preta em comparação com a branca e parda, e inversamente proporcional ao nível de instrução: a porcentagem de pessoas idosas nessa situação sem instrução (16%) é 2,6 vezes superior aquelas que têm ensino fundamental completo ou mais. (BRASIL, 2023, p.16)

Geralmente as perdas de capacidade funcional comprometem primeiramente a capacidade para AIVD, progredindo posteriormente para ABVD (CECCON et al, 2021a), podendo resultar em isolamento e restrição domiciliar. A prevalência de incapacidade é de 19,2% entre pessoas idosas, que relatam limitações quanto a sobrevivência e qualidade de vida, sendo que, 70,5% apresentaram restrição em 1-2 atividades, e 29% em 3 ou mais (PEREIRA, 2016).

A dependência decorrente da redução da capacidade funcional, pode ser classificada como:

- baixa dependência: quando as pessoas idosas apresentam necessidade de alguma supervisão, mas possuem autonomia e independências para mobilidade e realização de AVD;
- média dependência: quando além da supervisão, necessitam de apoio do cuidador para desempenho de algumas AVD;
- elevada dependência: quando necessitam apoio extensivo e intensivo, não possuem capacidade de desempenhar tarefas básicas (pessoas acamadas ou com grandes restrições de mobilidade, associadas a outras incapacidades como cognitiva ou controle de esfíncteres) (NOGUEIRA; BRAUNA, 2021).

A redução da capacidade funcional leva à dependência de cuidados. Na América Latina, estima-se que 40% das pessoas idosas necessitem de cuidados

prolongados, com projeção de que este número triplique nas próximas 3 décadas, passando dos 8 milhões atuais para 27 a 30 milhões até 2050 (BRASIL, 2023; CECCON et al, 2021a). No Brasil, projeções apontam para a existência de 77 milhões de pessoas dependentes de cuidados no ano de 2050, considerando idosos e crianças (CECON et al, 2021a). É estimado também que 85% das pessoas idosas apresentem ao menos 1 doença incapacitante (NOGUEIRA; BRAUNA, 2021).

4.2 ATENÇÃO DOMICILIAR

4.2.1 Definição de AD

A atenção domiciliar (AD) é indicada para pessoas que, possuindo estabilidade clínica, necessitem atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar de maneira temporária ou definitiva ou em grau de vulnerabilidade, sendo a AD a oferta mais oportuna (BRASIL, 2012). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) define Atenção Domiciliar (AD) como:

Modalidade de atenção à saúde, integrada a Rede de Atenção à Saúde (RAS), prestada em domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados. (BRASIL, 2021, p.5)

A AD como forma de cuidado continuado vem se expandindo no mundo e no Brasil, em função do aumento da demanda, e por possibilitar a articulação de vários pontos da RAS, possibilitando otimização de uso de leitos e recursos hospitalares. A AD também é alternativa para ajudar na redução da sobrecarga das portas de urgência, desinstitucionalização de usuários, redução do risco de infecções hospitalares por internações de longa permanência, bem como institui o papel do cuidador e propõe sua autonomia junto a da pessoa cuidada fora do hospital (BRASIL, 2012, 2021).

Ressalta-se que a maior parte das pessoas idosas dependentes estão sob responsabilidade de suas famílias em cuidados domiciliares. Em 2010, apenas 1% das pessoas idosas viviam em instituições de longa permanência (BRASIL, 2023).

4.2.2 Modalidades

A portaria nº 825, de abril de 2016, define a AD no âmbito do SUS e atualiza as equipes; acrescenta o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como complementar aos cuidados realizados na APS e na urgência, complementar ou substitutivo à internação hospitalar. É atualizada posteriormente pela portaria nº3005, de janeiro de 2024.

De acordo com ambas as portarias, a AD possui 3 modalidades: na modalidade AD1 estão os usuários com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que possuem comorbidades controladas/compensadas, com algum grau de dependência nas AVDs, permitindo maior intervalo entre as visitas, usando procedimentos e técnicas de baixa complexidade. A AD2 abrange usuários com problemas de saúde, dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde com maior densidade tecnológica e acompanhamento contínuo até estabilização do quadro, necessidade de visitas semanais. AAD3 é semelhante a AD2, mas com usuários que necessitem uso de equipamentos/procedimentos especiais como paracentese, transfusões regulares, respirador mecânico (BRASIL, 2012, 2016, 2024).

Em todas as modalidades, as equipes têm como atribuições (BRASIL, 2016):

I - Trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;

II - Identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;

III - acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;

IV - Promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;

V - Utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;

VI - Pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;

VII - articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas;
e

VIII - participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.

A AD1 é realizada pelas equipes de Atenção primária a Saúde, conforme determina a portaria nº 825 de 2016 e a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (BRASIL, 2016, 2017). As atenções em modalidade AD2 e AD3 ficam sob responsabilidade do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). O SAD tem como pré-requisito a existência de uma Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) que pode se organizar em 2 tipos, onde nenhum profissional poderá ter Carga Horária Semanal (CHS) inferior a 20 horas:

EMAD tipo 1: médicos com somatório de CHS de no mínimo 40 horas; enfermeiros com somatório de CHS de no mínimo 60 horas; fisioterapeutas ou assistentes sociais com somatório de CHS de no mínimo 30 horas; profissionais técnicos de enfermagem com CHS de 120 (cento e vinte) horas

EMAD tipo 2: médicos com somatório de Carga Horária Semanal (CHS) de no mínimo 20 horas; enfermeiros com somatório de CHS de no mínimo 30 horas; fisioterapeutas ou assistentes sociais com somatório de CHS de no mínimo 30 horas; profissionais técnicos de enfermagem com CHS de 120 (cento e vinte) horas

EMAP: composição mínima de 3 (três) profissionais de nível superior, escolhidos entre - assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; odontólogo; psicólogo; farmacêutico; ou terapeuta ocupacional; cuja soma das CHS de seus componentes será de no mínimo 90 horas de trabalho, nenhum profissional pode ter CHS inferior a 20 horas.

A modalidade AD1 está sob responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), responsabilidade que é compartilhada com o cuidador e demais pontos da RAS; seus usuários geralmente possuem permanência longa ou definitiva (BRASIL, 2012). Vale ressaltar que a AD se constitui como ferramenta para aplicação dos atributos da APS, uma vez que garante a ampliação do acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, inseridos no contexto familiar e comunitário do usuário (BRASIL, 2013, 2021; CECCON et al, 2021b). Em casos onde não há 100% de cobertura de APS, os municípios podem estruturar equipes para atendimentos aos usuários domiciliados nessas regiões, em busca da universalidade do acesso ao cuidado domiciliar.

4.3 O CUIDADOR

O “cuidador” é a pessoa, com ou sem vínculo familiar, apta a auxiliar indivíduo com limitações a realizar suas necessidades e AVDs, objetivando a manutenção da autonomia e independência da pessoa cuidada. Espera-se do cuidador uma postura de observador, identificando o que a pessoa cuidada pode fazer por si e no que precisa de ajuda (BRASIL, 2012, 2021; NOGUEIRA e BRAUNA, 2021; PEREIRA, 2016; SILVA et al, 2021).

O cuidador pode ser classificado em formal e informal. É chamado formal o profissional com ou sem formação em instituição de ensino, preparado para prestar cuidados domiciliares, profissão reconhecida em 2002 pelo Ministério do Trabalho. Já o cuidador informal é um membro da família ou comunidade que assume a função de prestar cuidados a uma pessoa dependente, sem ganhos financeiros ou vínculos trabalhistas (BRASIL, 2012; SAVASSI et al, 2022).

Estudos em diferentes países apresentam perfis similares de cuidadores, sendo em sua maioria cuidadores informais, do sexo feminino, com algum grau de parentesco com a pessoa idosa, idades acima de 40 anos, com baixa escolaridade e renda, variando de acordo com o estudo, país e população selecionada. (CHIDA; PAWAR; MUNGAI, 2024; KRISTINSDOTTIR et al, 2025; RATHNAYAKE et al, 2025; SHIMIZU et al, 2025).

No Brasil, a maioria dos cuidadores informais são familiares do sexo feminino como esposa, filha, irmã, com a faixa etária variando entre 40 e 50 anos ou mais e proximidade física/afetiva da pessoa idosa. Quanto à raça/cor, as cuidadoras formais são em sua maioria mulheres negras, enquanto as informais são em sua maioria mulheres brancas. Importante mencionar que há cuidadores que também são pessoas idosas, sendo também a maioria mulheres em torno de 70 anos, com tempo médio de cuidado de 10 anos (BRASIL, 2012; CARVALHO et al, 2023; CECCON et al, 2021a, 2021b; PIRES et al, 2022; PRATES; COELHO; PARTELLI, 2024; SARTORI; NETO; HIRDES, 2023; SAVASSI et al, 2022; SILVA et al, 2021; SOUSA et al, 2021).

Souza et al. (2021) destacam que estudos apontam cuidadores de idosos possuindo em média 6 doenças crônicas, com uso de 3 a 5 medicações, dores crônicas em região lombar, membros inferiores e superiores, dorsal e cervical. Destacam também a presença de sintomas depressivos associados com a renda familiar, intensidade da dor, sobrecarga e estresse percebidos (SOUZA et al., 2021)

4.3.1 Papel de Gênero e cuidado

Sabe-se que a necessidade de cuidado permeia a experiência humana. É uma necessidade que emerge e períodos de vulnerabilidade, como na infância, no enfrentamento de doenças ou na senilidade. Historicamente o papel de cuidador tem sido atribuído às mulheres, com uma ideia geral de que o cuidado é uma atribuição natural do gênero feminino. (CARBON; ORELLÁN, 2020; COELHO; OLIVEIRA; MELLO, 2023; OLIVEIRA; LEONIDAS; SCORSOLINI-COMIN, 2020; SILVA et al., 2025; SOUSA et al., 2024)

O gênero pode ser percebido como elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças observadas entre masculino e feminino, e que são utilizados para sinalizar arranjos de poder (OLIVEIRA; LEONIDAS; SCORSOLINI-COMIN, 2020). Possui caráter cultural e histórico, com profunda internalização dos papéis e que pode se sobrepor às inclinações mais individuais, favorecendo a visão tradicional das divisões de tarefas. (OLIVEIRA; LEONIDAS; SCORSOLINI-COMIN, 2020)

Desde a infância, é comum a mulher assumir papel principal na criação e educação dos filhos, cabendo aos homens um papel secundário de provedor e disciplinador (OLIVEIRA; LEONIDAS; SCORSOLINI-COMIN, 2020; SILVA et al., 2025). Mesmo em casos onde há grande interesse do homem em estar mais presente, ainda existem obstáculos culturais que reforçam o papel de gênero, limitando o envolvimento paterno, sendo considerado insuficiente para o cuidado (SILVA et al., 2025). A desigualdade nos papéis de gênero impacta diretamente na vida cotidiana familiar, sendo o cuidado com os filhos historicamente e culturalmente atribuído às mulheres; com uma visão do homem como provedor e a mulher como cuidadora. (OLIVEIRA; LEONIDAS; SCORSOLINI-COMIN, 2020; SILVA et al., 2025)

Essa disparidade histórica fica evidente no início do século XX, onde a paternidade era considerada secundária em relação a responsabilidade de trabalho remunerado (SILVA et al., 2025). Com a maior inserção da mulher no mercado de trabalho após as décadas de 50 e 60, ocorreram transformações sociais e pressões por mudanças nos paradigmas vigentes sobre gênero. Ocorreram também mudanças nos modelos de famílias existentes e nos papéis sociais de cada membro. Todas essas transformações impactaram na capacidade familiar de cuidar dos membros dependentes. (CARBON; ORELLÁN, 2020; SOUSA et al., 2024)

Tradicionalmente, o papel das mulheres está voltado às esferas familiar e reprodutiva, ao passo que o papel dos homens se volta às esferas produtiva e pública (CARBON; ORELLÁN, 2020). Assim, as mulheres assumem a maior parte do trabalho de cuidado não remunerado, representando 80% dos cuidadores informais em todo o mundo (CARBON; ORELLÁN, 2020). Este fato é apenas uma das faces da desigualdade e gênero existente nos ambientes familiar e social; reflexo de longo processo histórico, que perdura mesmo com a transição para o capitalismo liberal.

Nos últimos 30 anos, ocorreu importante mudança sociocultural, com maior inserção das mulheres no mercado de trabalho e maior responsabilização dos homens na divisão de tarefas domésticas e familiares (CARBON; ORELLÁN, 2020; OLIVEIRA; LEONIDAS; SCORSOLINI-COMIN, 2020; SILVA et al., 2025; SOUSA et al., 2024). Mas ainda persistem as desigualdades de gênero, com maior evidencia em períodos de crise familiar, como ao cuidar de um ente dependente (CARBON; ORELLÁN, 2020; SOUSA et al., 2024).

Destaca-se também os impactos da transição demográfica e urbanização na constituição familiar. Em áreas rurais é possível observar maior prevalência de modelos tradicionais, com convivência de múltiplas gerações e maior rede de apoio familiar. Já nas áreas urbanas, as famílias estão se tornando menos numerosas, mais dispersas, e com a verticalização familiar, termo que se refere a coexistência de mais gerações por mais tempo. (CARBON; ORELLÁN, 2020)

Todas as mudanças observadas, indicam uma tendencia populacional de maior necessidade de cuidado com o tempo, ao passo que ocorrerá menor possibilidade de oferta pelas famílias. (CARBON; ORELLÁN, 2020; SOUSA et al., 2024). Mesmo em cenários onde homens assumem o papel de cuidador informal, as principais motivações são pela indisponibilidade de mulheres para assumir esta responsabilidade (SOUSA et al., 2024). Existe também uma cobrança social pelo papel de provedor, onde cuidadores do sexo masculino relatam questionamentos de vizinhos e familiares quanto a sua renda e afastamento laboral (SOUSA et al., 2024).

Com relação aos impactos da sobrecarga do cuidado, as mulheres novamente são as mais afetadas. Ao comparar mulheres e homens cuidadores, foi relatado que as mulheres sofrem as piores consequências da sobrecarga do cuidado em todas as esferas: saúde, economia e relações pessoais (CARBON; ORELLÁN, 2020). Embora

apresentem maior expectativa de vida, os inquéritos de saúde demonstram pior percepção da própria saúde, com maior sensação de fadiga e maior relato de depressão (CARBON; ORELLÁN, 2020). Uma justificativa pra essa diferença entre cuidadores de gêneros diferentes se dá pelas atribuições exercidas. Geralmente cuidadores homens se dedicam mais a tarefas relacionadas a providenciar arranjos, enquanto cuidadoras mulheres assumem cuidados de higiene e AVD (CARBON; ORELLÁN, 2020).

Observa-se também que, em geral, as mulheres praticam menos atividade física, dormem menos horas e possuem menos horas de lazer que homens. Esta diferença é justificada em grande parte pelas tarefas assumidas no ambiente familiar e se acentuam quando há responsabilidade sobre cuidado de um familiar dependente. (CARBON; ORELLÁN, 2020)

Além dos impactos na saúde física e mental, há o impacto financeiro e profissional. Cuidadores informais, no geral, apresentam maior tendência a reduzirem a jornada de trabalho, ou mesmo a abandonarem suas carreiras. As cuidadoras mulheres adicionalmente enfrentam as desigualdades de gênero já existentes em salários e oportunidades. Na população em geral é descrito a existência da dupla jornada para mulheres que assumem as responsabilidades laborais e as domésticas; no caso das cuidadoras informais, acrescenta-se mais uma responsabilidade, ocasionando uma tripla jornada. Todas essas disparidades colaboram para acentuar as inequidades em saúde, socioeconômicas e de gênero. (CARBON; ORELLÁN, 2020; COELHO; OLIVEIRA; MELLO, 2023; SILVA et al., 2025)

Como forma de enfrentamento, é necessário incluir reflexões sobre os gêneros ao abordar o cuidado em diversos setores, promovendo a equidade de gênero e o combate às lacunas entre cuidadores informais. Há que se debater também um papel da masculinidade que seja mais alinhado com a realidade sociocultural contemporânea. Observa-se em regiões com maior fluxo migratório, como América Latina, uma modificação das dinâmicas familiares provocadas pela migração de mulheres em busca de trabalho remunerado. Estudos demonstram que nessas situações, homens assumiram o papel do cuidado informal, modificando sua própria percepção sobre o papel da masculinidade (CARBON; ORELLÁN, 2020; SOUSA et al., 2024). Esta mudança de percepção nos lembra que os papéis de gênero não são

imutáveis, mas sim reflexos de diversos fatores, incluindo percepções sociais e culturais.

4.4 SOBRECARGA DO CUIDADOR

A sobrecarga do cuidador é fato reconhecido e descrito amplamente na literatura, pois ao cuidar de uma pessoa idosa no domicílio, cuidadores informais se submetem a maior sobrecarga física, mental, psicológica, social e econômica (WARCHHOLZ e DAMIANCE, 2021). Há relatos na literatura de maior sobrecarga de cuidadores informais de pessoas idosas, do que em cuidadores de outros grupos de pessoas. Esta afirmação pode ser explicada pelo fato de que pessoas idosas tendem a ter maiores limitações de funções físicas, psicológicas e sociais, contribuindo para sua maior fragilidade e dependência em comparação a jovens que necessitam de cuidados (PIRES et al, 2022; RATHNAYAKE et al, 2025). Além da idade, mudanças corporais, multimorbidade e polifarmácia, que são mais prevalentes em pessoas idosas, também contribuem para a sobrecarga dos seus cuidadores (RATHNAYAKE et al, 2025). A sobrecarga do cuidador é mais evidente em países de baixa e média renda onde o envelhecimento populacional acelerado ocorreu antes do devido planejamento político legal, assistencial e estratégico, gerando impactos negativos da ausência de suporte social adequado para os cuidados prolongados (WARCHHOLZ e DAMIANCE, 2021).

Diversos estudos descrevem a existência de sensação de cansaço físico, processos de somatização, estresse excessivo, cansaço mental, desconcentração, apatia, isolamento social, ansiedade, depressão, doenças osteoarticulares e fadiga muscular relacionados a negligência do autocuidado por parte dos cuidadores (ALMEIDA et al, 2019; CAPELO et al, 2024; CHIDA; PAWAR; MUNGAI, 2024; COUTO; CALDAS; CASTRO, 2019; FLORIANO et al, 2012; GOMES et al, 2019; PAVARINI, 2023; PEREIRA e SOARES, 2015; PRATES; COELHO; PARTELLI, 2024; SARTORI; NETO; HIRDES, 2023; SILVA et al, 2021; TAVARES et al, 2022). Agravando este cenário, observa-se, na prática, que os cuidados necessários à pessoa com redução da capacidade funcional frequentemente extrapolam as capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas do cuidador em sua prestação (FERREIRA et al, 2021; PIRES et al, 2022; PRATES; COELHO; PARTELLI, 2024; RATHNAYAKE et al, 2025;

SANTOS et al, 2022; SILVA e SILVA, 2020); sendo o letramento em saúde uma importante ferramenta para suporte aos cuidadores e usuários.

Os impactos da sobrecarga do cuidador são visíveis para o ente cuidado. A ocorrência de internações nos últimos 90 dias foi maior entre pessoas cuidadas por cuidadores com sobrecarga, em comparação aos sem sobrecarga, nos estudos realizados na Finlândia, Islândia e Itália (KRISTINSDOTTIR et al, 2025). O risco de abuso sofrido pela pessoa idosa, aumenta em associação com a sobrecarga e piora da saúde mental do cuidador (CHIDA; PAWAR; MUNGAI, 2024; LINO et al, 2017).

Algumas características das pessoas idosas podem se relacionar a maior sobrecarga de seus cuidadores. Presença de sintomas depressivos e maiores pontuações em escalas de avaliação de depressão da pessoa cuidada, se associam a maior percepção de sobrecarga por seus cuidadores (KRISTINSDOTTIR et al, 2025; SHIMIZU et al, 2025).

Outros fatores presentes na literatura incluem: dependência para ABVD, problemas comportamentais relacionados a transtornos demenciais, doenças neurológicas e oncológicas, menores níveis funcionais, comportamento agressivo, transtornos mentais, status cognitivo empobrecido, cuidadora ser esposa da pessoa idosa, cuidador viver na mesma residência que a pessoa cuidada, cuidador de longa jornada, paciente inativo, presença de doença de Alzheimer ou incontinência urinária. (KRISTINSDOTTIR et al, 2025; RATHNAYAKE et al, 2025; SHIMIZU et al, 2025).

Outro fato digno de nota é que cuidadores de pessoas idosas com depressão tendem a ser solteiros, com menor escolaridade, pior sensação de saúde autopercebida e maior sobrecarga, quando comparados aos cuidadores de pessoas idosas sem depressão (KRISTINSDOTTIR et al, 2025; SHIMIZU et al, 2025).

Cuidadores familiares apresentam maior propensão a apresentarem escores mais altos em medidas de estresse percebido, pior avaliação de saúde e menor senso de ajustamento e bem estar quando pareados a amostras de não cuidadores. Outros fatores apontados foram: sexo feminino, menor escolaridade, saúde fragilizada, conviver na mesma residência que a pessoa idosa, desemprego e menor renda (KRISTINSDOTTIR et al, 2025; PIRES et al, 2022; RATHNAYAKE et al, 2025; SHIMIZU et al, 2025; SILVA et al, 2021).

A questão da idade foi controversa entre as referências. Esperava-se que pessoas com maior idade fossem mais frágeis e, portanto, mais sujeitas à sobrecarga, demonstrando uma dupla vulnerabilidade. Porém, algumas referências apontam que

a pontuação média em ferramenta para avaliação e quantificação de sobrecarga foi menor entre cuidadores idosos do que entre mais jovens (CARVALHO et al, 2023; PIRES et al, 2022; RATHNAYAKE et al, 2025).

Outros fatores associados a sobrecarga são: características psicológicas, sistema de crenças, suporte social, identidade cultural familiar, suporte familiar, senso de aceitação do papel de cuidado (PIRES et al, 2022; RATHNAYAKE et al, 2025; SHIMIZU et al, 2025).

Quanto à percepção de sobrecarga associada a áreas, os fatores mais citados foram: sobrecarga financeira, sobrecarga psicológica e sobrecarga física, em ordem de prevalência. A sobrecarga financeira como mais relatada reflete o encarecimento do cuidado nas últimas décadas, com o papel do cuidador se tornando mais complexo e prolongado (KRISTINSDOTTIR et al, 2025). Atribui-se este padrão aos avanços nas ciências médicas, redução nas hospitalizações e aumento da longevidade (RATHNAYAKE et al, 2025).

Ressalta-se que recursos como grupos de apoio, suporte psicológico e intervenções baseadas em tecnologia podem reduzir o nível de estresse percebido pelo cuidador (KRISTINSDOTTIR et al, 2025; PIRES et al, 2022; SAUCEDO-PAHUA et al, 2024; SHIMIZU et al, 2025).

4.5 LETRAMENTO EM SAÚDE

O letramento em saúde pode ser definido como o conjunto de habilidades e competências cognitivas e sociais para acesso, compreensão, interpretação, avaliação e aplicação de orientações relacionadas aos cuidados de saúde (MARQUES; ESCARCE; LEMOS, 2018; OLIVEIRA et al, 2022; PASSAMAI et al, 2012). O nível de letramento em saúde do cuidador impacta diretamente na saúde do paciente cuidado, bem como nos seus níveis de sobrecarga. Baixos níveis associam-se a uso incorreto de medicamentos, baixa adesão e abandono de tratamento, piores desfechos em saúde para a pessoa idosa, maior uso de serviços de urgência e maiores níveis de sobrecarga (ALMEIDA et al, 2019; COUTO; CALDAS; CASTRO, 2019; FERREIRA et al, 2021; SANTOS et al, 2022; SILVA e SILVA, 2020). O Ministério da Saúde possui publicações que objetivam o letramento dos cuidadores, geralmente no formato de cartilhas educativas.

O processo de constituição do cuidador informal é complexo, multifatorial e perpassa fatores emocionais, sociais e educacionais. Silva & Silva (2020) destacam 3 momentos neste processo:

O momento inicial encontra-se permeado pela ansiedade e angústia, devido à nova realidade composta por rotinas e ações anteriormente não realizadas ou desconhecidas. A nova fase está relacionada à adaptação à rotina, aos procedimentos. Nesse momento, os cuidadores se sentem mais seguros para a realização dos cuidados, embora não seja observada a redução da sobrecarga física e psicológica. A terceira fase diz respeito a uma nova realidade, constituída pela transcendência estabelecida para sobrepor e ressignificar os momentos construídos, por meio da contraposição, da contradição de elementos conflitantes e da nova compreensão do papel como cuidador. (SILVA & SILVA, 2020, p.7)

Destaca-se que as limitações do letramento em saúde e qualidade do cuidado prestado refletem questões como nível educacional do cuidador, suporte social que ele recebe e condições próprias, como a personalidade, seu estado emocional e sua saúde (SANTOS et al, 2022), requerendo ações em diversas esferas para sua resolução.

A falta de acessibilidade aos materiais educativos e de ações direcionadas dos serviços de saúde, contribuem para o surgimento de sentimentos de sobrecarga e desconforto emocional pelo cuidador familiar. Acrescenta-se neste processo, o aumento da demanda de tempo e as inseguranças diante das dificuldades em realizar atividades de cuidado sem o conhecimento necessário a cada situação vivenciada. Souza et al (2021) pontuam que a existência de suporte da equipe profissional de saúde para os cuidadores está associada a maior sensação de segurança em sua rotina e sensação de maior estabilidade no estado de saúde da pessoa idosa cuidada. A existência de políticas de apoio ao cuidador familiar como treinamento sobre a doença, fornecimento de equipamentos, suporte financeiro e suporte formal para cuidados mais complexos, reduzem o estresse dos cuidadores (SOUZA et al, 2021).

É fundamental fortalecer a APS, com ações direcionadas ao cuidador informal de modo a reduzir sua sobrecarga e garantir aumento do vínculo com a equipe (SOUZA et al, 2021). A disponibilização de materiais didáticos voltados para aumentar o letramento em saúde e as competências do cuidador, podem auxiliar neste processo de autoconstrução, autoeficácia, redução de sobrecarga e vínculo com serviços de saúde.

4.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA CUIDADORES

Saucedo-Pahua et al, em 2023, realizaram revisão de escopo sobre intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos pós-AVC. O estudo analisou 9 artigos publicados em diferentes locais do mundo. Destes, 4 foram nos Estados Unidos, 2 no Brasil, 1 na China, 1 no Reino Unido e 1 no Egito. Os estudos foram realizados entre 2006 a 2020, incluindo um total de 1359 cuidadores informais.

Os estudos avaliados apontam que o cuidador informal, pertencente à família da pessoa idosa cuidada, é levado a aprender a cuidar através de tentativa e erro, pois assume a tarefa de cuidar sem educação em saúde adequada.

A educação em saúde aqui é apresentada como atividades guiadas e estruturadas, objetivando impactar positivamente o conhecimento, práticas e hábitos de pessoas e comunidades com relação a sua saúde. As intervenções educativas no ambiente domiciliar surgem como estratégia no processo ensino-aprendizagem para promoção de conhecimentos, habilidades e atitudes para melhoria do cuidado. Intervenções educativas em saúde adaptadas para o ambiente de casa possuem grande importância, pois o período de readmissão domiciliar representa um desafio, com riscos de eventos adversos, readmissões hospitalares, atrasos na recuperação e piora na qualidade de vida da pessoa cuidada e seu cuidador. Neste contexto, as tecnologias de comunicação podem ser utilizadas por indivíduos e famílias para enriquecimento do processo de educação e tomada de decisão sobre saúde.

Quanto à metodologia de educação em saúde utilizada, os estudos avaliados apontam métodos de ensino presenciais como os mais comuns, seguidos pelo uso de telefones, sites e mensagens automáticas. Os recursos mais utilizados foram: manuais e cartilhas (56%), sites (33%), métodos combinados com manuais e vídeos educativos (11%). A quantidade de sessões variou entre 3 a 15, com duração entre 23 e 120 minutos. Os conteúdos estavam organizados em 10 categorias, 7 pensadas para a capacitação do cuidador, com objetivo de aprofundar seus conhecimentos, habilidades e estratégias relacionadas ao cuidado; as 3 categorias restantes abordavam temas como autocuidado e estratégias de coping para os próprios cuidadores.

Sobre os resultados das intervenções, 2 estudos demonstraram mudanças significativas nos domínios psicossociais, relações sociais e autonomia. 1 dos estudos

identificou mudanças significativas em atividades de vida diária dos sobreviventes após 11 semanas de aplicação. Quatro estudos incluíram o componente educacional com importante recurso para reduzir readmissões hospitalares das pessoas idosas, bem como implementar o autocuidado que reduz a sobrecarga do cuidador.

O desconhecimento dos cuidadores acerca do acesso aos serviços de saúde, pode ocasionar frustração e desespero. Prover as ferramentas para que eles possam ativamente acionar os serviços, auxilia os cuidadores a desenvolverem senso de controle e autoeficácia, contribuindo para redução de sobrecarga.

O estudo sugere também a inclusão de estratégia de coping na educação do cuidador, uma vez que estas auxiliam no manejo do estresse, sobrecarga, isolamento e mudanças de dinâmica familiar. Outro tema pertinente sugerido é abordar a organização do papel de cuidador, com ajustes do lar para as necessidades da pessoa cuidada, estabelecimento de rotinas de cuidados, planejamento e delegação de tarefas, gestão de tempo e acionamento de rede de apoio. A melhor gestão do tempo e tarefas podem trazer impactos positivos na sobrecarga, promovendo bem-estar e qualidade do cuidado.

Ao final, destaca-se a importância do reforço das ações de educação através do tempo, que permitirá reconhecer as necessidades de cada pessoa cuidada. Apesar de a revisão abordar estratégias educacionais para cuidadores familiares de pessoas idosas sobreviventes de AVC, é possível identificar similaridades com o público-alvo do presente estudo. As contribuições do artigo em questão são de grande relevância, com potencial de auxiliar no desenvolvimento final do produto técnico.

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa de campo observacional, transversal, de caráter quantitativo, com finalidade aplicada à elaboração de produto técnico.

5.2 POPULAÇÃO

Cuidadores informais de pessoas idosas restritas ao domicílio, em atenção domiciliar na modalidade AD1.

5.3 AMOSTRA

Foi utilizada amostra de cuidadores informais selecionados por conveniência entre os cuidadores de pessoas idosas restritas ao domicílio em acompanhamento pelo Serviço de Visita Domiciliar da área descoberta de Juiz de Fora. Este serviço é vinculado ao Departamento de Atenção Integral à Saúde, Subsecretaria de Atenção à Saúde, da Prefeitura de Juiz de Fora. Este serviço é direcionado a usuários domiciliados elegíveis para modalidade de cuidado AD1, que deve ser prestada pela Atenção Primária à Saúde (APS), mas que residem em área descoberta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Sua equipe é composta por 03 médicos, 01 enfermeira e 01 nutricionista, que realizam visitas periódicas. As visitas são individuais ou em equipe, sendo cada profissional responsável pelo agendamento dos retornos. Reuniões de equipe são realizadas para compartilhamento dos casos.

A escolha por utilizar cuidadores de pessoas idosas acompanhadas por este serviço se justifica pela ausência de lista formal, padronizada e unificada, dos usuários de atenção domiciliar nas UBS's do município onde o estudo foi realizado. Diante da ampla variedade de registros utilizados por cada equipe, sua fragmentação e dificuldade de acesso, optou-se pela utilização do Serviço de Visita Domiciliar da área descoberta de Juiz de Fora, uma vez que corresponde a serviço de atenção domiciliar de nível 1, de atribuição da APS, e possui listagem completa e unificada dos usuários.

Durante o período de realização desta pesquisa, o serviço contou com 330 pessoas cadastradas ativas na área descoberta da cidade.

5.3.1 Critério de inclusão

- Ser o principal cuidador de pessoa idosa com idade acima de 60 anos, restrita ao domicílio, acompanhada pela APS, em atenção domiciliar nível AD1.
- Ser cuidador informal
- Ser maior de 18 anos

5.3.2 Critérios de exclusão

- Cuidadores com formação na área da saúde

5.3.3 Cálculo e tamanho amostral

O tamanho da amostra foi definido considerando a população disponível no serviço e o caráter exploratório da investigação, utilizando-se como parâmetro de referência a proporção de idosos com limitação funcional. Para cálculo amostral foram utilizados dados da Pesquisa Nacional em Saúde do ano 2019, como percentual de idosos com limitação funcional para AVD no Brasil (29,8%) e no estado de Minas Gerais (29,9%). A partir dessa estimativa, e considerando universo amostral de 330 pessoas idosas, considerando a proporção em Minas Gerais.

O cálculo foi feito baseado na fórmula, para populações finitas <10.000 (MIOT, 2011):

$$n = \frac{N \cdot p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N-1) \cdot (E)^2 + p \cdot q \cdot (Z_{\alpha/2})^2}$$

Onde N=330; p=0,30; q=0,70; Z $\alpha/2$ = 1,96; E = 0,315.

Baseado na inserção das informações, foi calculada uma amostra de 42 participantes, selecionados por sorteio a partir da lista das pessoas idosas cadastradas no serviço, que cumprissem os critérios de inclusão e exclusão. O contato dos cuidadores foi fornecido pela equipe do serviço, que auxiliou na divulgação da pesquisa no momento das visitas agendadas

5.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após sortear os cuidadores, a equipe de pesquisa empreendeu tentativas de contato através de telefonemas e/ou mensagens por aplicativo, para agendamento de uma visita e participação na pesquisa, em caso de concordância. Em casos de recusa ou não atendimento do telefone após 03 tentativas em horários diferentes, novo participante foi sorteado. As coletas foram realizadas por avaliadores treinados e familiarizados com as escalas, e demoraram entre 30 e 60 minutos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e dezembro de 2025. As entrevistas foram feitas nos domicílios dos participantes, por pesquisadores responsáveis, com orientações aos participantes sobre o estudo e obtenção de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em 2 vias, uma delas permaneceu com a equipe de pesquisa e outra com o participante. A seguir, foram aplicados 3 questionários: escala de Coelho Savassi, para avaliação de vulnerabilidade familiar; Escala de Zarit, para avaliação da sobrecarga de cuidador; Escala Coper 14, para avaliação das competências do cuidador. Objetivando a manutenção da confidencialidade, os questionários estão identificados por numeração correspondente a listagem que apenas os pesquisadores responsáveis têm acesso.

Para acesso aos entrevistados, empreendeu-se a tentativa de envio de mensagens eletrônicas por aplicativo de mensagens – Whatsapp. Tentativas de ligações telefônicas foram feitas para os casos onde não se obteve resposta por mensagens. Ocorreu esgotamento da lista de pacientes cadastrados, com ao menos 3 tentativas de contatos para os casos sem resposta.

A equipe de pesquisadores conseguiu o total de 42 entrevistas, porém 2 foram excluídas: uma das pessoas entrevistadas possui curso de enfermagem, enquadrando-se em um critério de exclusão; e outra pessoa entrevistada relatou ao final da entrevista que a pessoa idosa havia falecido alguns meses antes da entrevista, influenciando em níveis de sobrecarga presente. Ao total, mantiveram-se 40 entrevistas para análise.

5.5 VARIÁVEIS AVALIADAS

5.5.1 Risco Familiar

O risco familiar foi avaliado pela Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS). Trata-se de um instrumento de estratificação de risco familiar baseado na ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica. Ela pretende determinar seu risco social e de saúde, refletindo o potencial de adoecimento de cada núcleo. Este instrumento oferece uma visão ampliada da família, permitindo o planejamento embasado de ações no sentido de minimizar os agravos detectados. A escala avalia 13 itens, abrangendo condições de moradia, saneamento, saúde e situação socioeconômica da família. São atribuídos pontos para cada item e somados ao final, o escore total de 5-6 pontos determina o risco R1 ou risco menor, somatório de 7-8 pontos define R2 ou risco médio e somatório acima de 9 define R3 ou risco máximo (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012). No Quadro 1, apresenta-se os quesitos avaliados pela Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi:

Quadro 1-Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi

Dados da ficha A SIAB (Sentinelas de Risco)	Escore
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/ cômodo maior que 1	3
Relação morador/ cômodo igual a 1	2
Relação morador/ cômodo menor que 1	0

Fonte: SAVASSI; LAGE; COELHO (2012)

5.5.2 Sobrecarga do Cuidador

A sobrecarga do cuidador foi avaliada pela escala de Zarit. Para sua maior acurácia, este instrumento não foi aplicado na presença da pessoa cuidada. Esta escala foi elaborada e validada para o Brasil em sua versão completa com 22 questões (SCAZUFCA, 2002). Posteriormente surgiram versões reduzidas com 12, 7 e 6 questões, todas apresentando boa correlação com a escala de 22 questões (HIGGINSON et al, 2010; KUHNEL et al, 2020). Optou-se por utilizar a escala com 7 questões por se tratar de instrumento mais prático para aplicação no contexto deste estudo e com melhor correlação com a escala original quando comparada a versão de 6 questões. Possui versão traduzida e disponível em material do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

É composta por 7 questões que abordam a percepção do cuidador quanto ao seu tempo disponível, sensações de estresse, prejuízo em relações pessoais, exaustão, percepção de saúde e sobrecarga. Cada questão possui 5 opções de resposta dispostas em uma escala do tipo Likert, onde a resposta é apresentada em 5 graus de frequência. Um extremo é nunca observar o que foi questionado (Grau 1) e o outro extremo quase sempre observar (Grau 5); ponto intermediário representa a indecisão (Grau 3). A avaliação final é feita por somatório das pontuações assinaladas; até 14 pontos indica sobrecarga leve, de 15 a 21 pontos indica sobrecarga moderada e 22 pontos ou mais indicam sobrecarga grave (BRASIL 2013). No quadro 2, apresenta-se as questões utilizadas e pontuação da Escala de Zarit.

Quadro 2-Escala de Zarit

Pergunta:	Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às vezes (3)	Frequentemente (4)	Quase sempre (5)
1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?					
2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo					

ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).					
3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?					
4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?					
5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?					
6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?					
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?					

Fonte: BRASIL (2013)

5.5.3 Competências como Cuidador

A escala COPER 14, apresentada no quadro 3, foi desenvolvida como instrumento para avaliação multidimensional das competências do cuidador informal. É composto por 2 questionários, sendo um deles com 13 questões para definição socioeconômica do cuidador e outro com 14 itens que avaliam as competências cognitivas, psicomotoras, emocionais e relacionais, com escala de respostas do tipo

Likert de 5 pontos. O escore total pode variar de 1 a 70 pontos, com a classificação final ficando: 1-17 pontos correspondem a baixa competência; 18-35 pouca competência; 36-52: boa competência e acima de 53 corresponde a ótima competência (SANCHES; SANTOS; RADOVANONIC, 2021; SANTOS et al, 2021).

Quadro 3-Escala COPER 14

Como você avalia seu conhecimento para:	Muito difícil (1)	Relativamente difícil (2)	Nem fácil nem difícil (3)	Relativamente fácil (4)	Muito fácil (5)
1- Identificar as limitações físicas da pessoa de quem você cuida (C)					
2- Identificar os sinais e sintomas de piora da saúde da pessoa de quem você cuida (P)					
3- Identificar as necessidades de alimentação da pessoa de quem você cuida (P)					
4- Identificar sinais e sintomas de desidratação da pessoa de quem você cuida (P)					
5- Identificar os remédios dos quais a pessoa de quem você cuida faz uso (C)					
6- Identificar expressões faciais que a pessoa de quem você cuida pode apresentar (R)					
7- Reconhecer sinais de alterações nas eliminações da pessoa de quem você cuida (P)					

Quanto você se sente adaptado para:					
8- Com a rotina diária de cuidados (E)					
9- Exercer o papel de cuidador (E)					
Como você se sente em relação ao seu preparo para:					
10- Administrar/Ofertar os remédios (C)					
11- Avaliar a temperatura corporal da pessoa de quem você cuida (P)					
12- Despir e vestir a pessoa de quem você cuida (C)					
13- Comunicar-se com a pessoa de quem você cuida (R)					
14- Estimular a autonomia da pessoa de quem você cuida (R)					

Fonte: SANCHES; SANTOS; RADOVANONIC (2021); SANTOS et al (2021)

Nas referências utilizadas não dispomos do questionário de 13 itens para avaliação socioeconômica do cuidador; em substituição, utilizamos para registro dados como: idade, sexo, cor, escolaridade, profissão, renda, estado civil, tempo dedicado a função de cuidador e vínculo com a pessoa cuidada, número de cômodos na casa, número de moradores da casa, existência de rede de água tratada e rede de esgoto, presença de moradores com comorbidades, número de moradores com idade acima de 70 anos e idade abaixo de 6 meses.

5.6 ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta, os dados foram tabulados em planilha Excel. As respostas das variáveis sociodemográficas, e das escalas de Zarit e Coper foram analisadas por

medidas de frequência absoluta e relativa. A média e desvio padrão do escore total das escalas também foram calculados.

Para verificação de relação entre os escores totais das escalas para mensuração da sobrecarga do cuidador e competências nos cuidados em saúde, foi realizada uma análise de correlação de Pearson. O método foi selecionado após verificação da distribuição normal dos dados pelo teste de Shapiro – Wilk ($p > 0,05$).

Em seguida, cada pergunta da escala de Coper, considerando suas categorias de resposta da escala Likert, foi correlacionada com a sobrecarga, pelo escore final da escala de Zarit. Diante da natureza categórica ordinal das perguntas foi utilizado teste de correlação de Spearman.

As análises foram realizadas no software estatístico R, considerando nível de significância de 0,05.

5.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Parecer nº 7.633.999) (Anexo 1). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2).

5.8 GRAVAÇÃO DE PODCAST

Após realização de análise estatística e identificação das competências com maior correlação com a sobrecarga dos cuidadores, foram selecionados os temas a serem abordados no produto técnico-tecnológico. Para a produção dos roteiros, utilizou-se materiais destinados a cuidadores formais e informais, bem como cartilhas do ministério da saúde já existentes e disponíveis em livre acesso. Posteriormente o conteúdo foi adaptado para a gravação em podcast, mantendo teor científico com linguagem acessível e que se aproximasse de uma conversa mais próxima dos ouvintes.

Para gravação foi utilizado aplicativo de gravação de áudio disponível em smartphone do autor. Posteriormente, os arquivos de áudio foram reunidos e editados com uso dos aplicativos Audacity versão 3.7.7 e Microsoft ClipChamp versão

4.5.10820.0. Para criação de foto de capa e demais imagens utilizadas nos episódios e nos canais digitais, foram utilizados os sites de inteligências artificiais Google Gemini, disponível em <https://gemini.google.com/app?hl=pt-BR>, e Chat GPT disponível em <https://chatgpt.com/> . Os episódios foram hospedados nas plataformas YouTube e Spotify.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados em formato de artigo a ser submetido para a revista *Geriatrics, Gerontology and Ageing* da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Proposta de um Podcast Educativo como ferramenta de apoio para cuidadores de pessoas idosas restritas ao domicílio: Estudo de campo observacional

6.1 RESUMO

OBJETIVO: Descrever o perfil sociodemográfico de cuidadores informais de pessoas idosas em atenção domiciliar e analisar a correlação entre sobrecarga e competências para o cuidado, subsidiando o desenvolvimento de um produto técnico voltado ao fortalecimento das competências do cuidador.

METODOLOGIA: Estudo transversal realizado com cuidadores informais de pessoas idosas em atenção domiciliar. Para avaliação de risco familiar, sobrecarga e competências dos cuidadores, foram utilizadas respectivamente, escalas de Coelho-Savassi, Zarit reduzida e Coper 14. A correlação entre competências e sobrecarga foi analisada por meio do coeficiente de correlação de Pearson entre os escores totais das escalas. Adicionalmente, os itens da Coper 14 foram correlacionados com o escore total da Zarit utilizando o teste de Spearman, adotando-se nível de significância de 0,05.

RESULTADOS: Entre os 40 participantes, houve predomínio de mulheres (85,0%), filhos(as) (57,5%) e companheiros(as) (25,0%) como cuidadores, sendo que 72,5% possuíam escolaridade igual ou superior ao ensino médio completo. Mais da metade dos participantes apresentou sobrecarga grave. Todos os cuidadores demonstraram boa ou ótima competência para o cuidado, embora os maiores déficits tenham sido observados no domínio emocional. Verificou-se correlação negativa entre

competências e sobrecarga ($r=-0,39$; $p=0,012$), indicando que menores níveis de competência associaram-se a maior sobrecarga. Os itens da Coper-14 significativamente correlacionados com a sobrecarga fundamentaram a elaboração do produto técnico.

CONCLUSÕES: Os cuidadores apresentaram elevada sobrecarga, especialmente associada a fragilidades nas competências emocionais. A relação inversa entre competências e sobrecarga reforça a importância de estratégias educativas direcionadas a esse público.

6.2 INTRODUÇÃO

A transição demográfica e epidemiológica resultam na reconfiguração da estrutura etária populacional, com aumento da proporção de pessoas idosas e redução da população infantil.^{1,2} Esses processos resultam em aumento da população idosa e da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com consequente ampliação dos casos de incapacidade.^{1,2} Projeções indicam que, até 2050, o número de pessoas idosas superará o de crianças, posicionando o país entre os mais envelhecidos do mundo.¹ Estima-se que a população mundial com 60 anos ou mais aumente de 12% para 22% do total entre 2015 e 2050, representando cerca de um quarto da população global.²

Tal cenário evidencia o envelhecimento populacional como um desafio contemporâneo para os sistemas de saúde, o qual, no Brasil, ocorre de forma acelerada. Em 2022, havia mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, correspondendo a 15,8% da população, um aumento de 56% comparado ao Censo de 2010.³

Paralelamente, observa-se aumento da prevalência de DCNT, que atualmente corresponde a 66,3% da carga de doença no Brasil.² Embora tenha ocorrido redução anual da mortalidade por DCNT entre 2000 e 2013, houve aumento da sobrevida com comorbidades, incapacidade e necessidade de cuidados prolongados, inclusive domiciliares.² Estima-se ainda que o número de idosos com necessidade de cuidados prolongados triplicará nas Américas até 2050.³

A incapacidade, embora não restrita à população idosa, apresenta maior prevalência nesse grupo etário.³ Esse cenário amplia a demanda por Atenção Domiciliar (AD), definida pelo Ministério da Saúde como modalidade de cuidado integrada à Rede de Atenção à Saúde (RAS), que envolve ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos no domicílio.⁴ A AD tem se expandido como uma resposta dos sistemas de saúde ao aumento da necessidade de cuidados para populações de pessoas idosas, portadores de DCNT, portadores de sequelas diversas e pessoas com condições de mobilidade reduzida, pois permite ampliação do acesso, articulação de vários pontos da RAS e otimização de recursos em saúde.⁴

Nesse contexto, destaca-se o papel do cuidador informal, geralmente um familiar do sexo feminino que assume a responsabilidade do cuidado sem remuneração, auxiliando nas Atividades de Vida Diária (AVD).⁴ Esses cuidadores estão expostos a múltiplos determinantes de sobrecarga, incluindo fatores econômicos, sociais, culturais e de saúde.⁵ Cuidadores de pessoas idosas possuem em média seis doenças crônicas, com uso de três a cinco medicações, dores crônicas mais intensas em região lombar, membros inferiores e superiores, dorsal e cervical, além da presença de sintomas depressivos associados a renda familiar inferior, sobrecarga e estresse percebidos.⁶

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e correlacionar a sobrecarga com as competências de cuidadores informais de pessoas idosas restritas ao domicílio. A partir dos resultados destas análises, foi desenvolvido um produto técnico em formato de podcast, com vistas ao fortalecimento das competências em saúde.

6.3 METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa de campo observacional, transversal, de caráter quantitativo. Como critérios de inclusão, foram selecionadas pessoas que assumiram função de principal cuidador de pessoa idosa restrita ao domicílio, acompanhada em atenção domiciliar de menor complexidade. Era necessário também ser cuidador

informal, sem ganho financeiro ou vínculo trabalhista relacionado ao cuidado, e ter idade superior a 18 anos. Esta pesquisa utilizou como critério de exclusão a existência de qualquer formação prévia na área da saúde por parte dos cuidadores.

O cenário de pesquisa foram cuidadores informais de pessoas idosas domiciliadas em acompanhamento por um serviço de visita domiciliar na cidade de XXXX XX XXXX- XX. Este serviço é vinculado ao Departamento de Atenção Integral à Saúde da Prefeitura municipal, direcionado a usuários domiciliados elegíveis para a modalidade de cuidado que deve ser prestada pela Atenção Primária à Saúde (APS), mas que residem em área descoberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município. Os participantes foram selecionados por conveniência a partir de lista com contatos, que, durante o período de realização da coleta de dados, contava com 330 pessoas cadastradas ativas. O contato dos cuidadores foi fornecido pela equipe do serviço, que auxiliou na divulgação da pesquisa no momento das visitas agendadas.

O tamanho da amostra foi definido considerando a população disponível no serviço e o caráter exploratório da investigação, utilizando-se como parâmetro de referência a proporção de idosos com limitação funcional, que necessitem atenção domiciliar com menor nível de complexidade. O cálculo foi feito baseado na fórmula para populações finitas <10.000 .⁷ Para cálculo amostral foram utilizados dados da Pesquisa Nacional em Saúde do ano 2019, como percentual de pessoas idosas com limitação funcional para AVD no Brasil (29,8%) e no estado de Minas Gerais (29,9%). A partir dessa estimativa, considerando universo amostral de 330 pessoas idosas e a proporção em Minas Gerais, foi calculada uma amostra de 42 cuidadores informais a serem avaliados.

Para acesso aos entrevistados, empreendeu-se a tentativa de envio de mensagens eletrônicas por aplicativo de mensagens ou ligações telefônicas. Ocorreu esgotamento da lista de pacientes cadastrados, com ao menos três tentativas de contatos para os casos sem resposta. A coleta foi realizada por dois avaliadores treinados e familiarizados com as escalas, no domicílio do cuidador.

Durante as coletas presenciais, os participantes receberam orientações sobre o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. O projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade XXXXXXXX xx XXXX xx XXXX (Parecer nº x.xxx.xxx).

A seguir, foi aplicado o instrumento de coleta, compostos por três questionários. A Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF-CS) é um instrumento de estratificação de risco familiar baseado na Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica, que avalia 13 itens, abrangendo condições de moradia, saneamento, saúde e situação socioeconômica da família. São atribuídos pontos para cada item e somados ao final, o escore total de 5-6 pontos determina o risco R1 ou risco menor, somatório de 7-8 pontos define R2 ou risco médio e somatório acima de 9 define R3 ou risco máximo.⁸

A escala de Zarit foi utilizada para avaliação da sobrecarga do cuidador na versão com sete questões, por se tratar de instrumento mais prático para aplicação em campo e com boa correlação com a escala original de 22 itens.⁹ As sete questões abordam a percepção do cuidador quanto ao seu tempo disponível, sensações de estresse, prejuízo em relações pessoais, exaustão, percepção de saúde e sobrecarga. Cada questão possui cinco opções de resposta em escala Likert, onde a resposta é apresentada em 5 graus de frequência. Um extremo é nunca observar o que foi questionado (Grau 1) e o outro extremo quase sempre observar (Grau 5) e o ponto intermediário representa a indecisão (Grau 3). A avaliação final é feita por somatório das pontuações assinaladas e até 14 pontos indica sobrecarga leve, de 15 a 21 pontos indica sobrecarga moderada e 22 pontos ou mais indica sobrecarga grave.⁹ Para sua maior acurácia, o instrumento foi aplicado sem a presença da pessoa cuidada.

A escala Coper 14 foi utilizada para avaliação multidimensional das competências do cuidador informal, com 14 itens que avaliam as competências: cognitivas, psicomotoras, emocionais e relacionais. Possui opções de respostas em escala Likert de 5 pontos. O escore total pode variar de 1 a 70 pontos, com a classificação final de 1-17 pontos baixa competência, 18-35 pouca competência, 36-52 boa competência e acima de 53 ótima competência.^{10;11}

As variáveis sociodemográficas e as respostas de cada pergunta das escalas de Zarit e Coper foram analisadas por medidas de frequência absoluta e relativa, por seu caráter categórico e ordinal. Para o escore total das escalas numéricas, foram calculadas média e desvio-padrão. Para verificação de correlação entre os escores totais das escalas para mensuração da sobrecarga do cuidador e competências em saúde foi realizada uma análise de correlação de Pearson. O método foi selecionado

após verificação da distribuição normal dos dados pelo teste de Shapiro – Wilk, cujo valor p foi maior que 0,05, indicando distribuição normal dos dados.

Em seguida, cada pergunta da escala de Coper, considerando suas categorias de resposta da escala Likert, foi correlacionada com a sobrecarga, pelo escore total da escala de Zarit. Diante da natureza categórica ordinal das perguntas foi utilizado teste de correlação de Spearman. As análises foram realizadas no software estatístico R, considerando nível de significância de 0,05.

A partir dos resultados, foram gravados 6 episódios de Podcast usando os aplicativos gratuitos Audacity versão 3.7.7 e Microsoft ClipChamp versão 4.5.10820.0. O conteúdo dos Podcasts foi baseado em materiais disponíveis de amplo acesso na Internet. As imagens utilizadas nos episódios e nos canais digitais, foram geradas por inteligência artificial, a saber Google Gemini e Chat GPT. Os episódios foram hospedados nas plataformas YouTube e Spotify.

6.4 RESULTADOS

Foram realizadas 42 entrevistas, cumprindo o cálculo amostral prévio. Entretanto, duas foram excluídas: uma devido à realização de curso de enfermagem pelo cuidador, e outra pelo relato, ao final da entrevista, que a pessoa idosa da qual cuidava havia falecido alguns meses antes da entrevista, influenciando em níveis de sobrecarga. Diante do esgotamento da lista de possíveis participantes, a amostra final foi composta por 40 participantes.

Observa-se entre os cuidadores informais predomínio do sexo feminino, correspondendo a 85% dos entrevistados; 62,5% se autodeclararam de raça/cor branca; 72,5% possuíam ensino médio completo, superior incompleto ou superior completo. Observa-se também predomínio de cuidadores sem companheiro, com 62,5% declarando seu estado civil como solteiros(as)/divorciados(as)/viúvos(as). Quanto ao vínculo com a pessoa cuidada, há predomínio de cuidadores com vínculos familiares, sendo 57,5% de filhos(as), seguido por 25% de companheiros(as). Em relação ao risco familiar, 52,5% apresentaram pontuação compatível com menor ou médio risco. Demais variáveis sociodemográficas são descritas na Tabela 1.

Tabela 1–Características sociodemográficas e de vulnerabilidade familiar dos cuidadores –Juiz de Fora, 2025.

Variável	Valor
Idade ($\pm$ desvio-padrão)	57,42($\pm$ 7,71)
Sexo	
Feminino	34 (85,0%)
Masculino	5 (12,5%)
Outro	1 (2,5%)
Raça/Cor	
Branca	25 (62,5%)
Não - Branca	15 (37,5%)
Estado Civil	
Solteiro/Divorciado/Viúvo	25 (62,5%)
Casado/União Estável	15 (37,5%)
Escolaridade	
Até 2º Grau Incompleto	11 (27,5%)
2º Grau completo ou mais	29 (72,5%)
Renda	
Até 2 salários mínimos	26 (65,0%)
Acima de 2 salários mínimos	14 (35,0%)
Vínculo do Cuidador	
Filho	23 (57,5%)
Companheiro	10 (25,0%)
Outro familiar	6 (15,0%)
Sem vínculo familiar	1 (2,5%)

Variável	Valor
Horas por dia dedicado ao cuidado	
Até 6 horas	2 (5,0%)
6–12 horas	3 (7,5%)
12–18 horas	5 (12,5%)
O dia todo	30 (75,0%)
Possui Rede de Esgoto	
Sim	39 (97,5%)
Não	1 (2,5%)
Possui Água Encanada	
Sim	39 (97,5%)
Não	1 (2,5%)
Quantas pessoas moram na casa ($\pm$ desvio-padrão)	2,95 ($\pm$ 1,01)
Quantos cômodos a casa possui ($\pm$ desvio-padrão)	7,32 ($\pm$ 2,62)
Quantas pessoas na casa com deficiência física ($\pm$ desvio-padrão)	0,35 ($\pm$ 0,53)
Quantas pessoas na casa com deficiência mental ($\pm$ desvio-padrão)	0,17 ($\pm$ 0,38)
Quantas pessoas na casa usuárias de drogas ilícitas ($\pm$ desvio-padrão)	0
Quantas pessoas na casa com desnutrição ($\pm$ desvio-padrão)	0
Quantas pessoas na casa com hipertensão ($\pm$ desvio-padrão)	1,07 ($\pm$ 0,82)
Quantas pessoas na casa com diabetes ($\pm$ desvio-padrão)	0,60 ($\pm$ 0,74)
Quantas pessoas na casa com idade $\geq$ a 70 anos ($\pm$ desvio-padrão)	1,00 ($\pm$ 0,64)
Quantas pessoas na casa com idade $\leq$ a 6 meses ($\pm$ desvio-padrão)	0
Classificação de risco	
Risco menor	9 (22,5%)

Variável	Valor
Risco médio	12 (30,0%)
Risco máximo	19 (47,5%)
Escore total de risco familiar ($\pm$ desvio-padrão)	8,35 ($\pm$ 2,55)

Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Ao analisar os dados referentes à sobrecarga, destaca-se a presença de mais de 50% dos entrevistados apresentando quadro considerado grave. As perguntas mais assinaladas como “frequentemente” ou “quase sempre” foram: sensação de não ter tempo para si (62,5%); e sensação que a situação de cuidador afeta negativamente a relação com amigos ou outros elementos da família (50%). A descrição completa das respostas encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2-Distribuição das respostas da Escala de Zarit -Juiz de Fora, 2025

1 – Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?	
Não sabe/Não respondeu	-
Nunca	4 (10,0%)
Quase Nunca	1 (2,5%)
Às vezes	10 (25,0%)
Frequentemente	8 (20,0%)
Quase sempre	17 (42,5%)
2 – Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas?	
Não sabe/Não respondeu	1 (2,5%)
Nunca	8 (20,0%)
Quase Nunca	4 (10,0%)
Às vezes	13 (32,5%)
Frequentemente	5 (12,5%)
Quase sempre	9 (22,5%)
3 – Acha que a situação atual afeta sua relação com amigos ou outros elementos de sua família de forma negativa?	
Não sabe/Não respondeu	-
Nunca	10 (25,0%)
Quase Nunca	4 (10,0%)
Às vezes	6 (15,0%)

Frequentemente	3 (7,5%)
Quase sempre	17 (42,5%)
4 – Sente-se exausto quanto tem que estar junto do seu familiar/doente?	
Não sabe/Não respondeu	-
Nunca	7 (17,5%)
Quase Nunca	3 (7,5%)
Às vezes	13 (32,5%)
Frequentemente	7 (17,5%)
Quase sempre	10 (25,0%)
5 – Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar de seu familiar/doente?	
Não sabe/Não respondeu	-
Nunca	13 (32,5%)
Quase Nunca	2 (5,0%)
Às vezes	9 (22,5%)
Frequentemente	4 (10,0%)
Quase sempre	12 (30,0%)
6 – Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença do seu familiar/doente começou?	
Não sabe/Não respondeu	-
Nunca	14 (35,0%)
Quase Nunca	4 (10,0%)
Às vezes	5 (12,5%)
Frequentemente	6 (15,0%)
Quase sempre	11 (27,5%)
7 – No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/doente?	
Não sabe/Não respondeu	-
Nunca	1 (2,5%)
Quase Nunca	4 (10,0%)
Às vezes	17 (42,5%)
Frequentemente	5 (12,5%)
Quase sempre	13 (32,5%)
Avaliação de Sobrecarga pelo Score Total n (%)	
Leve	4 (10,0%)
Moderada	15 (37,5%)
Grave	21 (52,5%)
Escore total (média ± desvio padrão)	22,95(±7,01)

Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Na avaliação das competências pela escala de Coper 14, todos os participantes apresentaram boa ou ótima competência. As competências consideradas mais prejudicadas, ou seja, aquelas que ao menos 30% dos participantes avaliaram como “muito difícil” ou “relativamente difícil”, considerando seus domínios, foram: o quanto se sente adaptado com a rotina de cuidados – domínio emocional (32,5%); o quanto se sente adaptado para exercer o papel de cuidador - domínio emocional (35%); como você avalia seu conhecimento para identificar sinais e sintomas da desidratação – domínio psicomotor (30%); como você se sente com relação ao seu preparo para estimular a autonomia – domínio relacional (47,5%). Todas as demais competências foram avaliadas como “relativamente fácil” e “muito fácil” por ao menos 70% dos participantes. A descrição completa está na Tabela 3.

Tabela 3-Distribuição de respostas para a escala Coper 14- Juiz de Fora, 2025

Como você avalia seu conhecimento para:	n (%)
1 – Identificar limitações físicas da pessoa de quem você cuida (C)	
Não marcou/Não respondeu	-
Muito difícil	4 (10,0%)
Relativamente difícil	9 (22,5%)
Nem fácil, nem difícil	6 (15,0%)
Relativamente fácil	21 (52,5%)
Muito fácil	
2 – Identificar os sinais e sintomas da piora da saúde da pessoa de quem você cuida (P)	
Não marcou/Não respondeu	-
Muito difícil	-
Relativamente difícil	1 (2,5%)
Nem fácil, nem difícil	7 (17,5%)
Relativamente fácil	13 (32,5%)
Muito fácil	19 (47,5%)
3 – Identificar as necessidades de alimentação da pessoa de quem você cuida (P)	
Não marcou/Não respondeu	-
Muito difícil	1 (2,5%)
Relativamente difícil	-
Nem fácil, nem difícil	3 (7,5%)
Relativamente fácil	11 (27,5%)
Muito fácil	25 (62,5%)

4 – Identificar sinais e sintomas da desidratação da pessoa de quem você cuida (P)

Não marcou/Não respondeu	1 (2,5%)
Muito difícil	7 (17,5%)
Relativamente difícil	5 (12,5%)
Nem fácil, nem difícil	3 (7,5%)
Relativamente fácil	9 (22,5%)
Muito fácil	15 (37,5%)

5 – Identificar os remédios dos quais a pessoa de quem você cuida faz uso(C)

Não marcou/Não respondeu	-
Muito difícil	-
Relativamente difícil	1 (2,5%)
Nem fácil, nem difícil	2 (5,0%)
Relativamente fácil	11 (27,5%)
Muito fácil	26 (65,0%)

6 – Identificar expressões faciais que a pessoa de quem você cuida pode apresentar (R)

Não marcou/Não respondeu	-
Muito difícil	-
Relativamente difícil	1 (2,5%)
Nem fácil, nem difícil	1 (2,5%)
Relativamente fácil	13 (32,5%)
Muito fácil	25 (62,5%)

7 – Reconhecer sinais de alterações nas eliminações da pessoa de quem você cuida (P)

Não marcou/Não respondeu	-
Muito difícil	1 (2,5%)
Relativamente difícil	1 (2,5%)
Nem fácil, nem difícil	5 (12,5%)
Relativamente fácil	11 (27,5%)
Muito fácil	22 (55,0%)

 Quanto você se sente adaptado para:

8 – Com a rotina de cuidados (E)

Não marcou/Não respondeu	-
Muito difícil	7 (17,5%)
Relativamente difícil	6 (15,0%)
Nem fácil, nem difícil	8 (20,0%)
Relativamente fácil	8 (20,0%)
Muito fácil	11 (27,5%)

9 – Exercer o papel de cuidador (E)

Não marcou/Não respondeu	-
Muito difícil	7 (17,5%)
Relativamente difícil	7 (17,5%)
Nem fácil, nem difícil	8 (20,0%)
Relativamente fácil	12 (30,0%)
Muito fácil	6 (15,0%)

Como você se sente em relação ao seu preparo para

10 – Administrar/ofertar remédios (C)

Não marcou/Não respondeu	-
Muito difícil	1 (2,5%)
Relativamente difícil	-
Nem fácil, nem difícil	-
Relativamente fácil	13 (32,5%)
Muito fácil	26 (65,0%)

11 – Avaliar a temperatura corporal da pessoa de quem você cuida (P)

Não marcou/Não respondeu	4 (10,0%)
Muito difícil	2 (5,0%)
Relativamente difícil	2 (5,0%)
Nem fácil, nem difícil	9 (22,5%)
Relativamente fácil	23 (57,5%)
Muito fácil	-

12 – Despir e vestir a pessoa de quem você cuida (C)

Não marcou/Não respondeu	-
Muito difícil	2 (5,0%)
Relativamente difícil	6 (15,0%)
Nem fácil, nem difícil	3 (7,5%)
Relativamente fácil	15 (37,5%)
Muito fácil	14 (35,0%)

13 – Comunicar-se com a pessoa de quem você cuida (R)

Não marcou/Não respondeu	-
Muito difícil	5 (12,5%)
Relativamente difícil	4 (10,0%)
Nem fácil, nem difícil	1 (2,5%)
Relativamente fácil	13 (32,5%)
Muito fácil	17 (42,5%)

14 – Estimular a autonomia da pessoa de quem você cuida (R)

Não marcou/Não respondeu	-
Muito difícil	13 (32,5%)

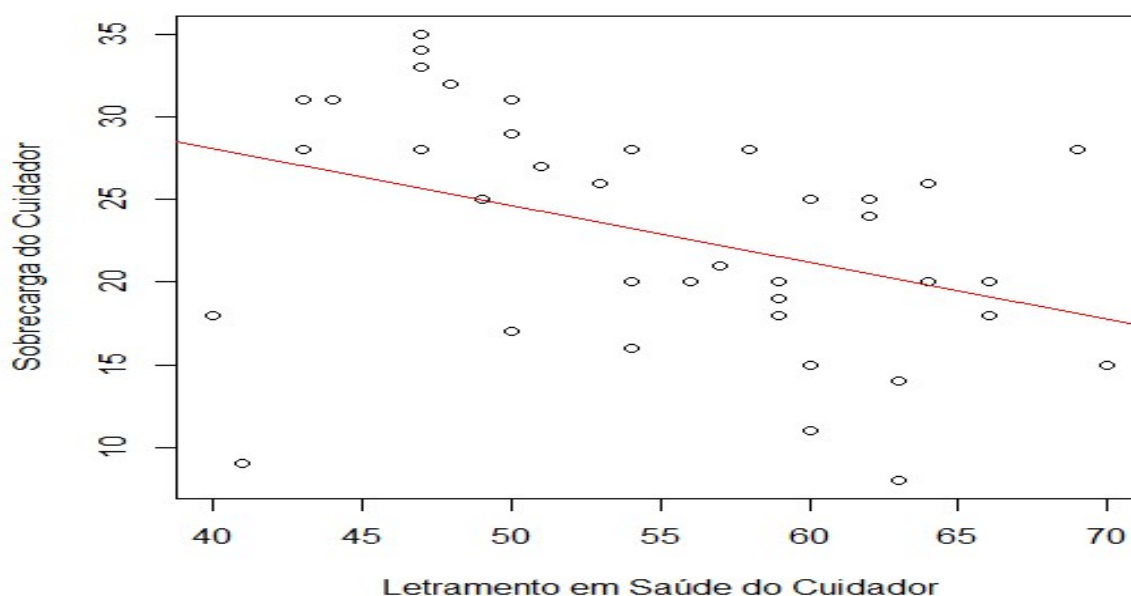
Relativamente difícil	6 (15,0%)
Nem fácil, nem difícil	6 (15,0%)
Relativamente fácil	11 (27,5%)
Muito fácil	4 (10,0%)
Avaliação da competência	
Baixa competência	-
Pouca competência	-
Boa competência	15 (37,5%)
Ótima competência	25 (62,5%)
Escore final (média e desvio padrão)	54,92 ($\pm$ 7,94)

Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

C= Cognitivo / P=psicomotor / E=Emocional / R=Relacional

Para avaliar a correlação entre a sobrecarga demonstrada pela Escala de Zarit e a competência demonstrada pela escala Coper 14, foi considerado o escore total das duas escalas. O teste apresentou valor de $r = -0,39$ e $p = 0,012$. Estes resultados indicam uma correlação negativa entre competências como cuidador e sobrecarga, ou seja, menores escores na escala de Coper, indicando menor competência geral, são correlacionados a maiores escores na escala de Zarit, que indica mais sobrecarga. (Figura 1)

Figura 1-Correlação de Pearson- Juiz de Fora, 2025



Fonte: Elaborada pelo autor (2025)

Sabendo que a escala Coper 14 avalia competência distintas, e objetivando maior precisão na elaboração do produto técnico com definição das temáticas abordadas, torna-se essencial definir dentre todos os aspectos avaliados, aqueles que poderiam ter maior correlação com a sobrecarga dos cuidadores. Para tanto, buscou-se identificar quais itens avaliados teriam maior correlação com o escore final da escala de Zarit. A correlação foi negativa e significativa para as perguntas de números 3- Como você avalia seu conhecimento para identificar as necessidades de alimentação da pessoa de quem você cuida; 8- O quanto você se sente adaptado com a rotina diária de cuidados e 9 – O quanto você se sente adaptado para exercer o papel de cuidador, indicando que menores competências nestas questões estão relacionadas a maior sobrecarga avaliada pela escala de Zarit. (Tabela 4)

Tabela 4-Correlação entre os itens da escala Coper 14 e o escore total escala de Zarit para avaliação da sobrecarga do cuidador - Juiz de Fora, 2025.

Pergunta Escala de Coper 14	Classificação Final pelo Escore Total Escala de Zarit	
	r	P
Conhecimento		
P1 (Cognitivo)	0,01	0,98
P2 (Psicomotor)	-0,11	0,49
P3 (Psicomotor)	-0,37	0,01
P4 (Psicomotor)	-0,26	0,09
P5 (Cognitivo)	-0,13	0,40
P6 (Relacional)	-0,01	0,93
P7 (Psicomotor)	-0,05	0,71
Adaptação		
P8 (Emocional)	-0,51	0,00
P9 (Emocional)	-0,39	0,01
Preparação		
P10 (Cognitivo)	0,09	0,57
P11 (Psicomotor)	0,22	0,15
P12 (Cognitivo)	-0,12	0,44
P13 (Relacional)	-0,07	0,64
P14 (Relacional)	-0,16	0,31

Fonte: Elaborado pelo autor.

A partir desses resultados, foram elaborados 06 podcasts com temáticas relacionadas em seus títulos, a saber: “: “EPISÓDIO 1- SER CUIDADOR”; “EPISÓDIO 2- ORGANIZAÇÃO QUE TRANSFORMA”; “EPISÓDIO 3- CUIDAR DO CORPO PARA

CUIDAR MELHOR”; “EPISÓDIO 4- SAÚDE MENTAL DO CUIDADOR”; “EPISÓDIO 5- RELAXAR PARA CUIDAR MELHOR” e “EPISÓDIO 6- ESTIMULANDO A AUTONOMIA DA PESSOA CUIDADA”. Os episódios foram reunidos sob o nome de “Casa do Cuidador: conhecimento que cabe no ouvido” e postados nas plataformas YouTube, disponível em <https://www.youtube.com/@casadocuidadorpodcast>, e Spotify disponível em <https://open.spotify.com/show/033Ue4rWUVD37wRwj7ZgNO>.

6.5 DISCUSSÃO

A maior presença de mulheres entre os cuidadores informais identificada no presente estudo pode se relacionar a esta visão mais tradicional do papel do gênero feminino. Historicamente o papel de cuidador tem sido atribuído às mulheres, com uma ideia geral de que o cuidado é uma atribuição natural do gênero feminino.^{12,13,14} O gênero pode ser entendido como elemento constitutivo das relações sociais, utilizado para organizar arranjos de poder pautados nas diferenças entre masculino e feminino, considerando aspectos culturais e históricos.¹³

Em relação à escolaridade, o resultado do presente estudo foi diferente, pois é mais comum identificar cuidadores informais com baixa escolaridade.^{15 – 19} Esta divergência pode estar relacionada a amostra estudada, pois foi composta por cuidadores que residem em regiões mais centrais e urbanizadas da cidade, sem cobertura da ESF, com maior acesso a bens e serviços públicos.

Com relação ao tempo dedicado ao cuidado, 75% dos entrevistados relataram se dedicar o dia todo e 12,5% se dedicam de 12-18 horas por dia; fato condizente com o perfil verificado por outros estudos, onde uma pessoa da família assume a responsabilidade como cuidador principal a maior parte do tempo e com rede de apoio reduzida. Assim, o cuidador informal acaba necessitando abdicar de outras tarefas para prestar o cuidado, o que pode impactar negativamente em suas relações pessoais, profissionais, renda e sensação de sobrecarga.^{6;18;20}

A sobrecarga entre cuidadores é um fato amplamente descrito pela literatura, sendo maior entre cuidadores de pessoas idosas quando comparados a cuidadores de pessoas em outras fixas etárias,^{16;21} e mais evidente em países de baixa e média

renda com envelhecimento populacional acelerados.⁵ Neste estudo, foi encontrada uma sobrecarga moderada a grave em 90% dos cuidadores entrevistados, sendo que mais de 50% apresentaram sobrecarga grave.

Essa maior sobrecarga pode estar relacionada a algumas características da amostra, como ser do sexo feminino, ter problemas de saúde, conviver na mesma residência que a pessoa idosa, menor suporte social e familiar, identidade cultural, senso de aceitação do papel de cuidador, desemprego e menor renda.^{15,16,17;21} Além do perfil amostral já descrito, destaca-se o suporte social e familiar deficitários para auxiliar os cuidadores a lidarem com as tarefas do cuidado, uma vez que as questões mais assinaladas como “frequentemente” ou “quase sempre” no instrumento aplicado foram a “sensação de não ter tempo para si” (62,5%) e “sensação que a situação de cuidador afeta negativamente a relação com amigos ou outros elementos da família” (50%).

Agravando o cenário de sobrecarga, observa-se na prática que os cuidados necessários à pessoa com redução da capacidade funcional frequentemente extrapolam as capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas do cuidador.^{16;18;19;21-23} A necessidade de cuidar surge, na maioria dos casos, de forma abrupta e inesperada, com os cuidadores informais assumindo responsabilidades pelo cuidado sem qualquer preparo prévio, ou seja, em uma situação de baixa competência assistencial ou gerencial, capacidade limitada para resolver problemas, lidar com imprevistos e utilizar recursos disponíveis.¹⁹

Neste estudo foi utilizado o questionário COPER 14 para avaliação das competências do cuidador. Santos et al (2022) realizou a aplicação da mesma ferramenta para avaliação das competências de 216 cuidadores informais de pessoas dependentes de cuidado em atenção domiciliar.¹⁹ Em seus resultados, a maioria dos cuidadores informais exerciam esta tarefa há mais de 5 anos e não receberam capacitação prévia. As questões relacionadas ao conhecimento sobre sinais e sintomas de desidratação e reconhecimento das alterações nas eliminações fisiológicas foram as que obtiveram menores índices, indicando menores competências. Outras questões que assinalaram baixas competências foram: adaptação com a rotina, adaptação para exercer o papel de cuidador, preparo para realizar atividades como aferição de temperatura e práticas de estímulo a autonomia. As questões relacionadas a identificação de expressões faciais e reconhecimento das

limitações físicas foram as que mostraram maiores níveis de competência. De modo geral, os resultados evidenciaram menores índices nas competências psicomotoras e emocionais, ao passo que as cognitivas obtiveram maiores pontuações.

No presente estudo, os resultados da classificação final do mesmo questionário indicam que todos os participantes apresentaram boa ou ótima competência. Com relação as competências específicas, as questões que obtiveram maiores avaliações como “muito difícil” ou “relativamente difícil”, indicando menor competência, foram aquelas relacionadas às competências emocionais.

Diferente do encontrado por Santos et al (2022), as questões relacionadas à competência psicomotora apresentaram boas pontuações pela amostra avaliada.¹⁹ Uma possível explicação para esta divergência foi a escolaridade mais alta entre os participantes da presente pesquisa. Ressalta-se que a escolaridade pode influenciar na aquisição de conhecimentos sobre as doenças e cuidados, impactando na competência psicomotora e desenvolvimento de habilidades.¹⁹ Santos et al também destacam a importância das ações educativas e de aquisição de informações para os cuidadores, com impactos significativamente positivos em todas as competências.¹⁹

A importância das ações educativas e do letramento em saúde para cuidadores foi corroborada por outros estudos; sendo medida fundamental para combate a sobrecarga do cuidador, aprimoramento do cuidado prestado com melhorias para qualidade de vida e condições de saúde da pessoa cuidada.^{18; 23;24}

Saucedo-Pahua et. al. (2023),²⁵ realizaram revisão de escopo sobre intervenções educativas para cuidadores familiares de idosos pós-AVC.²⁵ O estudo analisou 9 artigos publicados em diferentes locais, incluindo um total de 1359 cuidadores informais. Quanto à metodologia de educação em saúde utilizada, os estudos avaliados apontam métodos de ensino presenciais como os mais comuns, seguidos pelo uso de telefones, sites e mensagens automáticas. Os recursos mais utilizados foram: manuais e cartilhas (56%), sites (33%), métodos combinados com manuais e vídeos educativos (11%). Como resultados 2 estudos demonstraram mudanças significativas nos domínios psicossociais, relações sociais e autonomia e 1 dos estudos identificou mudanças significativas em atividades de vida diária dos sobreviventes após 11 semanas de aplicação. Quatro dos estudos incluíram o componente educacional com importante recurso para reduzir readmissões

hospitalares das pessoas idosas, bem como implementar o autocuidado que reduz a sobrecarga do cuidador.

Abreu et.al. (2024),²⁶ em sua revisão integrativa sobre o uso de vídeo como recurso na educação em saúde para idosos, apontam que os artigos considerados falam sobre os impactos positivos do uso desta tecnologia, podendo aumentar o conhecimento e a conscientização dos idosos diante de temas propostos. Citam ainda a necessidade da ampla divulgação de materiais educativos, inclusive em meios digitais e on-line, nesse sentido, tecnologias audiovisuais possuem grande potencial para ampla divulgação. Ressalta-se que um dos estudos investigou os efeitos dos recursos audiovisuais para promoção da saúde em salas de espera da APS, evidenciando baixa efetividade de cartazes e panfletos, em contraste com a utilização de vídeos/ apresentação em slides, onde estes últimos aparentam maior efetividade em aumentar o conhecimento da população. Porém ainda existem poucas evidências e limitadas ao curto prazo, sendo necessários mais estudos para abordar os benefícios a longo prazo.

Torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias para ultrapassar as barreiras de comunicação e acesso ao conhecimento.^{26; 27} Neste sentido, a inclusão de Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) nos processos de educação em saúde desponta como uma alternativa viável e eficaz.^{26; 27} O uso de multimídias e meios audiovisuais neste processo apresentam vantagens em relação aos meios escritos e verbais isoladamente, uma vez que permitem maior acessibilidade para pessoas com alfabetização limitada, mobilidade reduzida, além de garantir maior liberdade de consumo/execução.²⁶ Paralelamente, o uso da internet ganhou papel central na construção de conexões entre as pessoas e divulgação de conhecimentos, podendo ser um meio importante para realização de atividades culturais e educativas.²⁷ Assim, justifica-se a utilização de novas tecnologias com formato audiovisual incluindo podcast, para abordagem dos cuidadores, promovendo seu letramento em saúde, competências no cuidar e autocuidado, objetivando o combate a sobrecarga e melhora da qualidade de vida.

São limitações do presente estudo o perfil restrito dos cuidadores, vinculados a um único serviço de uma grande cidade de Minas Gerais e com pessoas idosas sem maiores graus de complexidade em suas condições de saúde. Também não foi ainda divulgado e implementado o podcast elaborado, para verificação de possíveis

impactos na sobrecarga de cuidadores informais. Entretanto, sabe-se que a maioria das pessoas cuidadas se encontra neste nível de complexidade, o que leva a um público alvo amplo que pode beneficiar-se das informações disponibilizadas nos podcasts. Destaca-se ainda como ponto forte o caráter inovador da proposta, uma vez que os temas do podcast foram selecionados com base nas lacunas de competências dos cuidadores e sua relação com a sobrecarga. Outra vantagem é seu potencial de ampla divulgação, com acessibilidade facilitada e possibilidade de reprodução ilimitada.

6.6 CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional e o aumento das condições crônicas têm ampliado a demanda por cuidados prolongados, frequentemente desempenhados por cuidadores informais sem preparo prévio e expostos a elevada sobrecarga. Neste estudo, observou-se predomínio de mulheres e familiares na função de cuidador, reafirmando a persistência de desigualdades de gênero no cuidado. Também foi identificada renda média inferior a dois salários mínimos, mesmo entre participantes com maior escolaridade, possivelmente relacionada à intensa dedicação ao cuidado e às repercussões sobre a atividade laboral. Os resultados evidenciaram elevados níveis de sobrecarga, especialmente em aspectos emocionais, com sentimentos de angústia, estresse e exaustão, além de maiores prejuízos nas competências emocionais avaliadas pela Escala Coper 14. O principal achado foi a associação entre menores níveis de competências emocionais e maiores níveis de sobrecarga entre os cuidadores informais.

Déficits específicos de competências podem contribuir para a sobrecarga, mas a sobrecarga do cuidador é um fenômeno multidimensional que não pode ser reduzido à falta de informação. Os achados reforçam a necessidade de estratégias de apoio voltadas aos cuidadores informais, envolvendo ações multissetoriais e iniciativas de educação e letramento em saúde. O estudo identificou elevada sobrecarga entre os cuidadores participantes e associação inversa entre competências percebidas para o cuidado e sobrecarga. Esses achados subsidiaram a elaboração de um podcast educativo dirigido a necessidades específicas identificadas entre os participantes. O produto constitui uma tecnologia educativa complementar, cuja efetividade para

ampliar as competências relacionadas ao cuidado e reduzir a sobrecarga deverá ser avaliada em estudos posteriores.

REFERÊNCIAS

- 1- Oliveira AS. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL. Hygeia [Internet]. 1º de novembro de 2019 [citado 5º de maio de 2026];15(32):69-7. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614>
- 2- Cortez ACL, Silva RCL, Dantas EHM. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enferm Bras*. 2019;18(5):700-709. doi:10.33233/eb. v18i5.2785. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2785>
- 3- Brasil. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Cuidados e Família. Nota informativa nº 5/2023. Brasília (DF): MDS; 2023. Disponível em: https://www.gov.br/mds/pt-br/orgaos/SNCF/notas-informativas/nota_informativa_n_5.pdf
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. *Atenção domiciliar na atenção primária à saúde* [recurso eletrônico]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020. 98 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_saude.pdf
- 5- Wachholz PA, Mattar Damiance PR. AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA E DA QUALIDADE DE VIDA EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS. *Geriatrics, Gerontology and Aging* [Internet]. 2021;15(1):1-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=739780782023>
- 6- Sousa GS, Silva RM, Reinaldo AMS, Brasil CCP, Pereira MO, Minayo MCS. METAMORFOSIS IN THE LIVES OF ELDERLY PEOPLE CARING FOR DEPENDENT ELDERLY IN BRAZIL. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2021;30:e20200608. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0608>
- 7- Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras*. 2011;10(4):275-278. doi:10.1590/S1677-54492011000400001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/Dxg84WBMPnNrVcpKMxYVfHd/?lang=pt>
- 8- Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 6º de janeiro de 2013;3(2):179-85. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155>

- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar: melhor em casa* [recurso eletrônico]. Vol.2. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf
- 10-Sanches RCN, Santos FTG, Radovanovic CAT. Elaboração e validação de um questionário para avaliação da competência de cuidadores informais. *Cogitare Enferm*. 2021;26:e73966. doi:10.5380/ce.v26i0.73966. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ce/f/a/6np6Wyxh8YZZTVMZdwTvKn/?format=pdf&lang=pt>
- 11-Santos FGT, Sanches RCN, Bernardino E, Silva ES, Haddad MCF, Gonçalves AS, et al. Propriedades psicométricas de um questionário de avaliação das competências do cuidador informal. *Rev Enferm Referência*. 2021; serV (8):e20206. doi:10.12707/rv20206. Disponível em: https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832021000400012?script=sci_arttext&pid=S0874-02832021000400012
- 12-Cascella Carbó GF, García-Orellán R. Burden and gender inequalities around informal care. *Invest Educ Enferm*. 2020;38(1):e10. doi:10.17533/udea.iee.v38n1e10. PMID: 32124578. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32124578/>
- 13-Oliveira ACGA, Leonidas C, Scorsolini-Comin F. Gender roles in long-term marriages: continuance or rupture? *Psicol Clin*. 2020;32(2):251-272. doi:10.33208/PC1980-5438v0032n02A03. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652020000200004
- 14-Sousa GS, Minayo MCS, Silva RM, Meneghel SN, Ceccon RF. Homens cuidadores informais de idosos dependentes no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2024;28:e230174. doi:10.1590/Interface.230174. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2024.v28/e230174/>
- 15-Kristinsdottir IV, Jónsson PV, Hjaltadóttir I, Björnsdóttir K. Prevalence and predictors of caregiver distress in six European communities: data from the IBenC study, using interRAI-home care assessments. *Scand J Caring Sci*. 2025;39(1):e70005. doi:10.1111/scs.70005. PMID: 40084610. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40084610/>
- 16-Rathnayake N, Kannangara W, Abeygunasekara T, De Zoysa W, Palangasinghe D, Lekamwasam S. Burden of caregivers of older people in Sri Lanka: an overlooked concern in the health care system. *BMC Geriatr*. 2025; 25:32. doi:10.1186/s12877-025-05681-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05681-7>
- 17-Shimizu K, Aung MN, Moolphate S, Aung TNN, Koyanagi Y, Supakankunti S, et al. Substantial impact of later-life depression among community older adults on the family caregivers' burden in the home care setting of Chiang Mai, Northern

- Thailand. *Medicina (Kaunas)*. 2025;61(1):50. doi:10.3390/medicina61010050. PMID: 39859032. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39859032/>
- 18-Ferreira SIR, Teston EF, Andrade GKS, Giacon-Arruda BCC, Sato DM, Almeida RGS. DESAFIOS PARA O INTERNAMENTO DOMICILIAR DO IDOSO NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA. *Rev. baiana enferm.* [Internet]. 22º de julho de 2021;35. Disponível em: <https://www.periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/42249>
 - 19-Santos FGT, Zulin A, Cardoso LCB, Sanches RCN, Rêgo AS, Girardon-Perlini NMO, et al. Fatores associados às competências do cuidador informal na assistência domiciliar. *Rev Bras Enferm.* 2022;75:e20210744. doi:10.1590/0034-7167-2021-0744. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/revben/a/xzRJg9Rb3nxjjC3KvH86Mmg/>
 - 20-Carvalho PAR, Andrade JB, Rezende LB, Leite ICG. Qualidade de vida: sobrecarga e depressão entre cuidadores de idosos em atendimento domiciliar. *Rev Enferm UERJ.* 2023;31:e77207. doi:10.12957/reuerj.2023.77207. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/77207>
 - 21-Pires CG, Borim FSA, Queluz FNFR, Cachioni M, Neri AL, Batistoni SST. Burden, family functioning, and psychological health of older caregivers of older adults: a path analysis. *Geriatr Gerontol Aging.* 2022;16:e0220022. Disponível em: <https://ggaging.com/details/1745/en-US/sobrecarga--funcionalidade-familiar-e-saude-psicologica-de-idosos-cuidadores-de-idosos--uma-path-analysis>
 - 22-Prates ES, Coelho MP, Moraes-Partelli AN. Compreensão de cuidadores de pessoas idosas acamadas acerca da assistência recebida pela atenção primária à sua saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2024;27:e230145. doi:10.1590/1981-22562024027.230145.pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/mDdnqvyWWFqtG65xZhFDyQR/?format=html&lang=pt>
 - 23-Silva YC, Silva KL. Constituição do sujeito cuidador no cuidado domiciliar: dimensões psicoafetiva, cognitiva e moral. *Esc Anna Nery.* 2020;24(4):e20190335. doi:10.1590/2177-9465-ean-2019-0335. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1101161>
 - 24-Sartori IFG, Almeida Neto HA, Hirdes A. Cuidadores familiares de idosos e condições de saúde física, psicológica e apoio familiar no cuidado. *Texto Contexto Enferm.* 2023;32:e20230100. doi:10.1590/1980-265X-TCE-2023-0100pt. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/372441672_CUIDADORES_FAMILIARES_DE_IDOSOS_E_CONDICOES_DE_SAUDE_FISICA_PSICOLOGICA_E_APOIO_FAMILIAR_NO_CUIDADO
 - 25-Saucedo-Pahua G, Caetano G, Jiménez-González MJ, Fhon JRS. Home-based educational interventions for family caregivers of older adults after stroke: a scoping review. *Rev Esc Enferm USP.* 2024;58:e20230339. doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0339en. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/WtKJX784K6bVp8Wsz6Nn5gC/>

- 26-Abreu M, Assis HMN, Marques DS, Caixeta DES, Santos AS. Uso de vídeo como recurso na educação em saúde para idosos: revisão integrativa. *Reciis (Rev Eletr Comun Inf Inov Saúde)*. 2024;18(4):928-941. Disponível em: <https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/3594>
- 27-Cardoso LB, Couto P, Correia P, Lopes PC, Fernandes JCH, Fernandes GVO, Veiga NJ. Impact of digital innovations on health literacy applied to patients with special needs: a systematic review. *Information*. 2024; 15:663. doi:10.3390/info15110663. Disponível em: [Impact of Digital Innovations on Health Literacy Applied to Patients with Special Needs: A Systematic Review](#)

7 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO: O PODCAST

Após análise de dados, foram identificadas as principais lacunas de competências dos cuidadores participantes e fatores associados como: sociodemográficos, vulnerabilidade familiar e sobrecarga. A partir dos achados, foi produzido material didático, baseado em literatura científica, em formato de Podcast como tecnologia educativa, objetivando a ampliação das competências dos cuidadores informais de pessoas idosas em AD1.

O Podcast conta com 6 episódios de temáticas definidas pelos achados deste estudo, disponibilizados gratuitamente através de plataformas digitais como YouTube e Spotify. A distribuição dos episódios de acordo com as competências avaliadas e necessidades identificadas pode ser verificada na tabela 4.

Tabela 5-Definição de episódios de acordo com competências e necessidades identificadas.

Achado	Necessidade identificada	Tema do podcast
P3	Alimentação	Episódio 3
P8	Adaptação à rotina	Episódio 2/5
P9	Papel de cuidador	Episódio 1
Demais dimensões	Necessidades complementares	Episódios 4 e 6

Fonte: Elaborada pelo autor (2026)

O produto objetiva contribuir para o aumento das competências em saúde de cuidadores informais de pessoas idosas domiciliadas em nível AD1. Constitui-se como alternativa adicional às tecnologias existentes, que seja acessível dentro da rotina do cuidador. Objetiva também trazer informações pertinentes, com temas direcionados às áreas de maior dificuldade identificadas pela pesquisa e associadas a maior sobrecarga.

Foi elaborado como forma de resposta à sobrecarga do cuidador, fato amplamente demonstrado na literatura, sendo inclusive fator de risco para violência contra a pessoa idosa. O material será divulgado para APS e demais equipes que realizem suporte para AD1.

Segundo a classificação dos produtos prioritários da saúde coletiva, o produto desenvolvido pode ser classificado como material didático, podendo também ser classificado como produto de comunicação. Seu público-alvo é composto por cuidadores informais de pessoas idosas em atenção domiciliar nível AD1. Tem amplo

potencial de aplicação, pois ficará disponível em aplicativos gratuitos e conhecidos (Spotify e Youtube). Ressalta-se que foi elaborado com linguagem acessível e com duração coerente, para que os cuidadores possam ouvir em seu tempo disponível e possam retornar sempre que desejarem.

A seguir, estão os roteiros na íntegra, seguidos dos links das plataformas digitais onde estão hospedados.

7.1 EPISÓDIO 1- SER CUIDADOR: DESAFIOS E RECOMPENSAS

YOUTUBE: <https://www.youtube.com/watch?v=gH1D9I99tJw>

SPOTIFY: <https://open.spotify.com/episode/0VSnwd7gUg6PqwtAVwsYCF?si=501ba64883094188>

7.1.1 Introdução

Olá cuidadora! Olá cuidador! Sejam muito bem vindos a este espaço dedicado a você! Um espaço para troca de conhecimentos e experiências. Este é o primeiro episódio de uma série voltada ao autocuidado de quem cuida.

Sabemos que as coisas mudaram rapidamente nas últimas décadas, a expectativa de vida aumentou, e a sobrevivência de quem tem alguma doença também aumentou. Com isso é cada vez mais comum termos pessoas que precisam de cuidados domiciliares contínuos com os mais diversos níveis de dependência. É neste cenário que surge a figura do cuidador!

Mas o que é cuidar? Quem é o cuidador? O que se espera do cuidador? Quais os riscos de assumir essa responsabilidade? Como podemos lidar com esse papel?

Neste episódio, iremos responder a estas questões e nos próximos aprofundaremos formas de lidar com os desafios de cuidar.

7.1.2 O que é cuidar

Vamos começar pensando sobre o que é cuidar?

O dicionário Aurélio define como cuidar e cuidado os termos: pensar, atenção, precaução, cautela, zelo, responsabilidade.

Temos também muitas cartilhas que definem o cuidado como: ato de servir, oferecer ao outro em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparos e escolhas. Assim, o ato de cuidar inclui tanto as características e capacidades do cuidador, quanto as características e necessidades da pessoa a ser cuidada. Cuidar do outro é um ato de doação, desprendimento, cidadania e amor.

Todos nós precisamos de cuidado em algum momento da vida, seja quando criança, seja quando idosos, ou mesmo quando adultos adoecidos.

Temos que lembrar também do autocuidado. O autocuidado significa cuidar de si, ter atitudes e comportamentos em benefício próprio, promovendo a vida, a saúde e a felicidade. Principalmente você cuidador, há quanto tempo tem se dedicado aos outros e esquecido de si?

Este é um convite para voltarmos a nos cuidar! Entendemos que sua rotina é cheia e atarefada, por isso criamos este podcast com o objetivo de ser prático, fácil de ser ouvido e que traga conhecimentos de como realizar o autocuidado mesmo com uma rotina cheia e estressante.

7.1.3 Quem é o cuidador

Mas quem é o cuidador? Bem, de acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa: cuidador é a pessoa que cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades de vida diária, tais como alimentação, higiene, medicação, entre outras tarefas. E pode ou não ser alguém da família, com ou sem remuneração pelo serviço.

Vemos que o cuidador tem muitas funções. Além de fazer pela pessoa cuidada, é esperado que o cuidador acompanhe e auxilie apenas no que for necessário e que a pessoa não consiga fazer sozinha. Assim, é importante manter um olhar atento e cuidadoso.

O cuidador pode ser informal, algum familiar, vizinho ou amigo que exerça essa função sem vínculo trabalhista ou remuneração. É importante também saber que existe a profissão de cuidador, que tem vínculo trabalhista e que ganha para exercer este papel.

Mas na maioria dos casos, o cuidador é alguém da família que assume a responsabilidade, e nem sempre há tempo para se preparar. Muitos cuidadores relatam que a tarefa chegou de forma inesperada, e com isso trouxe diversas questões, receios e mudanças na rotina.

7.1.4 Riscos

Com esse tanto de tarefas e responsabilidades, o papel de cuidador traz consequências que não podem ser ignoradas.

As pesquisas nos mostram que há impactos na vida pessoal e familiar, com mudanças em papéis familiares, surgimento de conflitos, desacordos sobre a divisão de tarefas e sobrecarga maior para 1 membro. Pode ocorrer também o isolamento social e quebra de vínculos com outros familiares, amigos e comunidade.

A mudanças podem afeta a saúde física e emocional, pois muitos cuidadores se sobrecarregam e ficam sem tempo para cuidar de si, priorizando a pessoa cuidada. Desta forma há riscos de desenvolver quadros ansiosos, depressivos, dores pelo corpo, descontrole de pressão arterial e da glicemia, descompensação de doenças já existentes e até a síndrome de burnout.

As mudanças de rotina também interferem com a vida profissional e financeira, sendo recorrente o relato de cuidadores que precisaram reduzir o tempo de trabalho, ou mesmo abandonar o emprego para se dedicar totalmente ao cuidado.

É importante tirar um tempo para si e refletir sobre a necessidade de se cuidar. Observe sinais de alerta como: problemas no sono, sensação de cansaço contínuo; consumo excessivo de medicações, café, cigarro ou álcool; presença de palpitações, tremores nas mãos, problemas de memória; alterações de apetite; perda de interesse em tudo, irritação com pequenos detalhes e afastamento não intencional de pessoas queridas.

7.1.5 Como enfrentar

Entendemos perfeitamente suas angústias, amigo cuidador, e queremos reforçar que você não está sozinho. Saiba que muitas instituições e pessoas se preocupam com você! Prova disso é que já existem diversos materiais voltados diretamente para você. Sim, existem muitos materiais direcionados a te ajudar nesta missão!

Também estão surgindo novos materiais e este podcast pretende ser mais um tijolo nesta obra. Vamos deixar listados na descrição as referências que utilizamos aqui, todas disponíveis gratuitamente para acesso e leitura sempre que quiserem.

Mas entendemos que a rotina é cheia e o tempo livre é curto. Em nossas pesquisas com grupo de cuidadores na cidade de Juiz de Fora, descobrimos que 75% deles se dedicam o dia todo a cuidar; o que dificulta bastante ficar lendo cartilhas ou exercer outras tarefas. Tendo isso em mente, criamos este programa para tentar trazer estas informações no formato de áudio. Assim você pode nos ouvir enquanto realiza suas tarefas, ou nos momentos de descanso, como preferir. E sempre que tiver alguma dúvida ou esquecer algo, estaremos aqui para sermos ouvidos novamente.

No próximo episódio, começaremos a abordar o autocuidado, trazendo técnicas e informações que possam ajudar a direcionar a sua rotina para combater a sobrecarga e encontrar tempo para si.

Teremos também episódios dedicados a te ajudar com a alimentação, atividade física e cuidados com sono.

É um prazer ter você aqui conosco! Esperamos contar com sua presença nos próximos capítulos! Forte abraço e siga conosco por esta trilha de autocuidado.

7.2 EPISÓDIO 2- ORGANIZAÇÃO QUE TRANSFORMA: COMO PLANEJAR A ROTINA E REDUZIR SOBRECARGAS DO DIA A DIA

YOUTUBE: <https://www.youtube.com/watch?v=dvsa7DyqUno>

SPOTIFY: <https://open.spotify.com/episode/35OUvPSXXhTVzcVuB2f9uQ?si=849925d6762642ac>

7.2.1 Introdução

Olá amigos cuidadores! Seja muito bem vindos e bem vindas a este nosso episódio onde vamos começar a falar sobre dicas práticas para que você possa colocar o autocuidado na sua agenda. Gostaria de começar a falar sobre a organização da rotina.

7.2.2 Organizando

O primeiro passo para enfrentar a sobrecarga é tentarmos organizar tudo que precisamos fazer. Quando estamos cansados, sob pressão ou tendo que fazer muitas coisas ao mesmo tempo é difícil nos concentrarmos, podendo acontecer esquecimentos ou confusões.

Assim, ter uma lista de tarefas pode ajudar muito na organização da rotina. Ajuda também a identificar momentos que podem ser usados para descanso e autocuidado.

A lista de tarefas é um papel onde iremos anotar tudo que precisa ser feito. Separe uma folha de papel, uma caneta e um momento da semana para organizar sua lista de tarefas.

Anote todas as tarefas que são obrigatórias; aquelas que você precisa fazer, como dar banho, alimentar, dar remédios, arrumar casa, entre outras. Anote também o tempo estimado que cada uma irá tomar. Por último, atribua uma prioridade para cada tarefa, dividindo em alta, média e baixa prioridade.

Agora, faça uma segunda lista com as tarefas que você gostaria de fazer, como ler um livro, assistir um filme, fazer caminhada, encontrar uma amiga; coloque as

atividades de autocuidado e lazer que você gostaria. Lembre-se de anotar também o tempo estimado e as prioridades, como fez anteriormente para a lista de tarefas obrigatórias.

Por fim, pegue uma agenda ou planner para a semana, atualmente temos versões digitais e gratuitas disponíveis em nossos celulares. Vá preenchendo os dias da semana com as tarefas obrigatórias, o tempo estimado e os dias que serão feitas; comece pelas de alta prioridade e depois inclua as de média e baixa prioridade. Lembre-se de reservar tempo para suas necessidades como higiene, alimentação e sono.

Após esta primeira etapa, vamos olhar para as tarefas que você gostaria de fazer. Tendo em vista a semana já organizada com as tarefas obrigatórias, procure por lacunas onde possa incluir as tarefas que você gostaria.

Entendemos que as realidades são muito diferentes! Assim, o objetivo dessa atividade é permitir que você possa encontrar na rotina tempo para si. Organizar as tarefas permite visualizar a semana e se antecipar.

Antecipe também aquilo que pode facilitar sua rotina; por exemplo, separar as medicações em caixas: 1 caixa com as medicações da manhã, 1 com as da tarde e outra com as da noite. Crie uma rotina com horários previstos para acordar, horários para as refeições, horários para banho de sol ou atividades ao ar livre, horário do banho. Ter uma rotina padrão, com horários estabelecidos e antecipação das atividades, fornece a noção de tempo e controle, auxiliando a lidar com as inúmeras tarefas e com a ansiedade. Mas entenda que mesmo tendo uma rotina, é preciso ser flexível e aceitar que nem todos os dias serão iguais; alguns serão mais fáceis de seguir a rotina, outros mais difíceis, mas em todos você conseguirá fazer o melhor possível ao seu alcance.

É importante destacar que, para combatermos a sobrecarga, precisamos cuidar de quem cuida. Ter momentos para descanso e lazer, contar com rede de apoio e relações sociais é fundamental. Não se esqueça de incluir tudo na lista de tarefas. Temos a tendência a priorizar sempre aquilo que precisamos fazer, e deixamos de lado o que gostaríamos; por isso é importante classificar as tarefas com o tempo que ocupam e a prioridade. Ao visualizar o conjunto todo, veremos opções onde tarefas

obrigatórias de menor prioridade, podem dar lugar a tarefas que gostamos com maior prioridade.

7.2.3 Procurando ajuda

Cuidar exige dedicação, amor, empatia e controle emocional. Mas é comum a dedicação cair no exagero, com o cuidador realizando tarefas muito além do limite aceitável.

Também são comuns os sentimentos negativos como frustração, culpa, raiva, solidão, falta de tempo para si e a sensação de perda! Perda da pessoa querida, perda do controle sobre a própria vida, perda de emprego e relacionamentos, perda de si mesmo! Às vezes é difícil admitirmos o que sentimos, mas este é o primeiro passo para conseguir melhorar.

Você cuidador e cuidadora que nos ouve, reforço que não está sozinho! Um erro comum é pensar que é a única pessoa capaz de realizar o cuidado. Com isso, ultrapassa os próprios limites e fica mais exposto a sobrecarga, trazendo danos sobre a saúde física, mental e emocional.

Se cuide, afinal, precisamos estar bem para cuidar bem. Peça ajuda a familiares e amigos!

Você pode pensar que não precisa pedir ajuda, afinal é obrigação de toda a família ajudar. E você tem razão! A responsabilidade não é só sua. Mas existem muitas formas e organizações de famílias, cada uma com suas características. Maior ainda é a diversidade entre as pessoas. Portanto, é mais fácil que outras pessoas ajudem quando são chamadas e percebem que sua colaboração é importante.

Peça ajuda e fortaleça sua rede de apoio! Os cuidadores que tiveram maior colaboração da família e amigos, falaram abertamente o que precisavam que fosse feito, delegando funções, e não esperaram que os outros notassem sozinhos. Ao comunicar o que precisa ser feito e atribuir a função para alguém, você chama esta pessoa à responsabilidade.

Entendemos que algumas pessoas são mais dispostas a nos ouvir e ajudar do que outras, e que alguns conhecidos se afastam ao nos ver em dificuldade. Mas cada um pode oferecer algo; considerando o que você conhece dos seus familiares e amigos, tente distribuir as tarefas e pedir ajuda conforme a maior predisposição e facilidade.

É importante lembrar também que cada pessoa tem seu jeito de fazer as tarefas! Ao pedir e aceitar ajuda, oriente como a tarefa é feita, mas compreenda que cada pessoa pode executar de uma forma diferente tendo os mesmos resultados. Não exija que todos façam exatamente como você costuma fazer.

E se mesmo com todas essas estratégias, ainda não conseguir ajuda, uma saída seria a reunião de família. Um momento onde os familiares são chamados a sentar e conversar. Você que nos ouve, aproveite este momento para falar sobre todas as tarefas que são necessárias, sobre suas limitações e problemas que tem identificado, e peça ajuda. É um momento para a divisão dos custos financeiros, das tarefas e responsabilidades, para que você também possa ter tempo para si. Saiba aceitar ajuda quando vier.

Saiba também impor limites ao cuidado e dizer não! É comum a pessoa cuidada se fragilizar emocionalmente e pedir ajudas que vão além das necessidades reais. É comum também outros familiares evitarem as responsabilidades, por considerarem que apenas o cuidador principal deverá fazer tudo.

Tente avaliar a situação e identificar o que pode ser feito sozinho e o que realmente necessita ajuda. Promover a autonomia da pessoa cuidada também é carinho e cuidado. A autonomia fará bem para a pessoa que você cuida, e ajudará a aliviar sua sobrecarga. Nos episódios seguintes falaremos mais sobre como promover a autonomia.

Imponha também limites a própria dedicação. Pode parecer contraditório, mas é necessário até para manter a saúde. Saiba impor limites quando demais membro se negam a gastar dinheiro com serviços necessários e deixam os gatos todos por sua conta. Limite também as queixas injustificadas ou com situações inevitáveis. Limite a disponibilidade total, expondo a necessidade de tempo para si e para momentos de descanso.

Fale sobre o rodízio de cuidadores. Ter alguém que possa assumir o cuidado em alguns períodos, permite que você possa se cuidar e fazer tarefas que gostaria. Selecionar 1 dia da semana, ou um turno, e deixá-lo sob responsabilidade de outro familiar, algum amigo, ou até de um cuidador profissional é uma alternativa válida.

Procure também apoio da equipe de saúde; compartilhando não apenas as necessidades da pessoa cuidada, mas também suas necessidades como cuidador. Na correria da rotina, é comum as equipes focarem apenas na pessoa cuidada; mas você que é cuidador também é uma pessoa que necessita de atenção e cuidados; expresse essa necessidade.

Saiba que existem serviços para atendimento específico, com agenda facilitada para os cuidadores; além de grupos de apoio em postos de saúde, associações de moradores, ONG's e igrejas. Tenha em mente isso, você também é uma pessoa que tem suas necessidades; procure ajuda!

Em último caso, se a sobrecarga persistir além dos seus limites, e você não conseguir a ajuda necessária; saiba que existem instituições de longa permanência para idosos.

Essas instituições possuem caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e que possuem ou não suporte familiar. Elas podem ser públicas ou privadas. E vários motivos podem levar a internação: como problemas sociais, financeiros, familiares, ou por desejo da própria pessoa, quando tem condições de decidir por si.

As instituições variam muito, mas geralmente dispõem de equipe de cuidadores e enfermeiros para auxílio dos moradores; algumas possuem até equipe médica. Mas aquelas que não possuem, são atendidas pelos postos de saúde de sua área de referência.

7.2.4 Finalização

Para finalizar este episódio, gostaria de ressaltar que o papel de cuidador é diverso e amplo, atravessando cidades, classes sociais e culturas. Todos nós estamos sujeitos ao papel de cuidador ou de ser cuidado em algum momento da vida.

É comum sentirmos emoções diversas, como gratificação, amor, empatia e esperança, mas também cansaço, raiva, tristeza e solidão.

Saiba cuidador, você não está sozinho! Todas as emoções, positivas e negativas, são compartilhadas, todas as dificuldades vividas são frequentes no cuidado! Saiba também que existem ferramentas, grupos de apoio e serviços para te ajudar. Organize a agenda, identifique os pontos de dificuldade e não sinta vergonha em procurar e pedir ajuda!

Chegamos ao final deste primeiro episódio. Espero que as informações passadas possam ser úteis! Se tiver alguma dúvida ou quiser ver com mais detalhes o que foi dito, você pode sempre voltar aqui e nos ouvir. Deixaremos também uma lista de materiais que trazem informações sobre o cuidado e sessão de comentários aberta para o compartilhamento de dúvidas e experiências.

Conto com sua presença no próximo episódio! Um grande abraço e até a próxima!

7.3 EPISÓDIO 3- CUIDAR DO CORPO PARA CUIDAR MELHOR: ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, HIDRATAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA PARA MAIS DISPOSIÇÃO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

YOUTUBE: <https://www.youtube.com/watch?v=dghzEHRpuTg>

SPOTIFY: <https://open.spotify.com/episode/75XqjEGL2cQTN0BHiAWmlc?si=44d88730be714602>

7.3.1 Introdução

Olá cuidadora! Olá cuidador! Sejam muito bem vindos a este espaço dedicado a você! Um espaço para troca de conhecimentos e experiências. Este é o terceiro episódio de uma série voltada ao autocuidado de quem cuida.

Anteriormente falamos sobre o que é cuidar, suas habilidades necessárias, os riscos e estratégias para organizar a rotina e lidar com a sobrecarga. Neste episódio, falaremos um pouco mais sobre o autocuidado e seus pilares. É um prazer ter você aqui conosco, se prepare e vamos para mais um episódio voltado a você que cuida, mais um momento de aprendizado e reflexão, com divulgação de informações úteis ao seu cotidiano!

7.3.2 Autocuidado

Vamos começar pensando sobre o autocuidado, afinal de contas o que é isso? O autocuidado significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que temos em benefício próprio, com finalidade de promover e preservar nossa saúde, assegurando a manutenção da vida. O autocuidado está na essência da existência humana, e é fundamental para conseguirmos manter nossa saúde e bem estar.

Sabemos que o papel de cuidador, em muitos casos, chega sem dar aviso ou pedir permissão. O convívio diário com uma pessoa dependente, pode trazer para o cuidador impactos em sua vida pessoa, social e profissional.

É fundamental que você reserve alguns momentos do seu dia para se cuidar! O autocuidado é essencial para que você possa manter sua saúde! Lembre-se que, ao cuidar de si, também estará cuidando do bem estar da pessoa que depende de você! Provavelmente, você já deve ter percebido que, no dia em que está mais relaxado e se sentindo melhor, acha mais fácil de fazer suas tarefas. Assim, se você estiver bem, terá maiores condições de cuidar melhor!

Neste momento, é comum surgirem pensamentos como: como vou fazer pra cuidar de mim, se fico o tempo todo cuidando de outra pessoa? Não posso tirar 1 dia sequer de folga, não posso tirar férias, ou até o pensamento que não pode contar com ninguém. É comum ter este pensamento, e não duvido que sua rotina seja cheia. Porém, precisamos tomar o autocuidado como uma tarefa diária fundamental, com pilares que não podem ser ignorados, como: a prática de atividade física, ter uma alimentação saudável, beber água em quantidade suficiente e ter um sono de qualidade!

Decida-se por praticar o autocuidado! Aceite ajuda de familiares e amigos, para que você também possa se cuidar! E não sinta culpa por dedicar um tempo para si! Todos precisamos deste momento e é seu direito em ter o seu tempo de cuidado!

7.3.3 Alimentação saudável

Vamos começar a falar sobre o pilar da alimentação!

Alimentar diz respeito a ingerir nutrientes que nosso corpo precisa! Que servidão como fonte de energia, como matéria prima para nossas funções orgânicas e como substâncias que auxiliaram no bom funcionamento orgânico! Mas a nutrição não é apenas isso!

Não se trata apenas dos nutrientes. Trata-se também de prazer ao comer! Muito além de uma simples necessidade, a alimentação é uma fonte de satisfação, bem estar e interação social! É reflexo da nossa cultura, identidade e vínculo familiar!

E se engana quem pensa que para comer bem precisa de fazer dietas milagrosas ou mirabolantes! Pelo contrário, o básico bem feito é o essencial para manter uma alimentação nutritiva e saudável. Nosso objetivo aqui não será passar dietas, mas sim, orientações gerais para que você possa ter mais clareza ao escolher os alimentos.

Vale ressaltar que serão feitas orientações gerais, mas alguns grupos específicos podem ter necessidades especiais além do que vamos falar. Crianças pequenas, idosos, gestantes e pessoas com doenças crônicas podem ter outras necessidades e que devem ser acompanhadas por profissionais específicos. Portanto ouvinte, este programa não substitui o acompanhamento especializado, apenas trará mais informações que possam ser úteis no seu cotidiano.

Vamos começar falando sobre os tipos de alimentos.

O primeiro grupo é o dos alimentos naturais ou minimamente processados. Os alimentos naturais vêm diretamente de plantas ou animais, sem que tenha sofrido alterações após saírem da natureza. Como exemplo temos as folhas, frutas, ovos, leite e carne. Já os alimentos minimamente processados, são aqueles que, após sair

da natureza, tiveram alguma pequena mudança, como grãos secos, moídos e empacotados; farinhas, cortes de carne resfriados e leite pasteurizado. Este grupo será a base da nossa alimentação.

O segundo grupo de alimentos, inclui aqueles que saem da natureza e são usados para temperar e cozinhar, criando preparações. Por exemplo os óleos, gorduras, açúcar e sal. Este grupo possui alto teor de nutrientes que em excesso pode fazer mal à saúde; assim, devem ser usados em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos in natura ou minimamente processados. Evite excessos aqui, ok? Lembrando que o sal não deve ultrapassar 6 gramas ao dia.

No terceiro grupo temos alimentos processados. Os produtos fabricados com a adição de sal ou açúcar a alimentos naturais ou minimamente processados, por exemplo legumes em conserva, frutas em caldas, queijos e pães. Embora o processamento aqui mantenha a identidade básica dos alimentos, os ingredientes e métodos de fabricação alteram a composição nutricional original. Assim, lembre-se de limitar o consumo deste grupo de alimentos a pequenas quantidades, preferindo aqueles com menor teor de sal, açúcar ou gordura.

O quarto grupo é o dos alimentos ultraprocessados. Aqui os produtos são fabricados através de várias etapas e técnicas de processamento, com múltiplos ingredientes, inclusive os de uso industrial. São exemplos os refrigerantes, biscoitos recheados, salgadinhos, etc. Estes alimentos, em sua grande maioria, possuem composição nutricional desbalanceada e devemos evitar o seu consumo sempre que possível, dando preferência para os alimentos in natura ou minimamente processados.

Resumindo o que temos até aqui: os alimentos naturais ou minimamente processados devem ser a base da nossa alimentação, trazendo uma grande variedade de opções que nos fornecem energia e nutrientes essenciais. Lembrando que, com exceção do leite materno até os 6 meses de vida, nenhum alimento exclusivamente trará todos os nutrientes que precisamos; então é fundamental variarmos a alimentação, ok?

O ideal é que os alimentos sejam dividindo em refeições ao longo do dia, sendo 3 principais: café da manhã, almoço e jantar. Algumas pessoas podem sentir necessidade de fazer outras refeições ao longo do dia; uma opção é acrescentar

pequenas refeições entre as principais, dando preferência ao consumo de frutas frescas, leite ou iogurte natural.

No geral, é recomendável comer 6 porções do grupo de cereais, tubérculos e raízes, por exemplo: arroz, pão, massa, batatas, milho; dividindo essa quantidade entre as refeições ao longo do dia. Devemos também comer 3 porções de verduras e legumes, e 3 porções de frutas, todas distribuídas ao longo do dia. Leite e seus derivados devem ser consumidos em ao menos 1 porção por dia, bem como o grupo das carnes e ovos. Idealmente, procure colocar ao menos 1 alimento proteico em cada refeição.

Lembre-se de comer com regularidade e atenção, mantendo uma rotina diária com horários para as refeições, evitando “beliscar nos intervalos”. Procure comer devagar e saborear a comida, mantendo a atenção. Coma em ambientes limpos, confortáveis e tranquilos, evitando distrações ou fatores estressantes. E sempre que possível, coma em companhia das pessoas queridas!

7.3.4 Hidratação

Não vamos nos esquecer da água! Ela é indispensável para mantermos nossa saúde, além de trazer bem estar e refrescar nos dias mais quentes! Toda água de beber deve ser tratada, filtrada ou fervida! A necessidade diária de água pode variar de acordo com o peso e com características de cada pessoa. Mas como regra geral, devemos procurar beber cerca de 30ml de água para cada quilo de peso corporal; por exemplo, se você pesa 70 quilos, deverá consumir cerca de 2100 ml de água por dia. Beber entre 6 a 8 copos de água por dia, fornecerá a quantidade necessária para a maioria das pessoas. De preferência, beba entre as refeições.

7.3.5 Atividade física

Agora vamos falar sobre o terceiro pilar do autocuidado, a atividade física! Vários estudos comprovam os benefícios da atividade física para a saúde do corpo e da mente! Ela é essencial para o pleno desenvolvimento humano e deve ser praticada

em todas as fases da vida e em vários momentos, como ao andar de um lugar para outro, durante o trabalho, ao cuidar de casa ou mesmo ao cuidar de outra pessoa!

Quanto mais cedo você começar a se conscientizar da importância da atividade física, implementando ela na sua rotina, maiores os benefícios para a saúde. Estudos comprovam que ela ajuda no controle do peso, diminui a chance de desenvolver alguns tipos de câncer, de desenvolver doenças crônicas como a hipertensão, o diabetes e doenças do coração; além de melhorar sua disposição.

Neste momento, você pode estar pensando: mas como que eu vou fazer atividade física? Não tenho tempo para ir pra academia, ou, não gosto de academia? E eu entendo essas dúvidas, mas me deixa te contar uma coisa! Apesar de ser comum achar que atividade física e exercício físico são a mesma coisa e que só podem ser feitos em academia, esse pensamento está errado!

Sim, ele está errado! Primeiro porque atividade física e exercício físico, apesar de semelhantes, não são a mesma coisa. A atividade física é um comportamento que envolve movimentos corporais voluntários e que gastam energia a mais que o repouso! Ela promove interação da pessoa com o ambiente e com outras pessoas, podendo ser feita em várias ocasiões! São exemplos de atividade física: caminhar, correr, pedalar, subir escadas, dançar, levar seu pet para passear, cuidar da casa, as opções são inúmeras e certamente algumas vão caber na sua rotina.

Já exercício físico é a atividade física planejada, estruturada e repetitiva, com o objetivo de melhorar as capacidades físicas e o peso adequado. Alguns exemplos são os treinos de musculação, as aulas de natação e as aulas de ginástica. Ou seja, todo exercício físico é uma atividade física, mas as atividades físicas vão além dos exercícios.

Vamos guardar na mente que as atividades físicas vão muito além dos exercícios tá!? E que fazer qualquer atividade física é melhor que não fazer nada, mesmo um pouco já pode trazer algum benefício!

E as atividades físicas podem ser feitas com diferentes intensidades! A intensidade é o esforço que a gente faz ao tentar realizar uma atividade. Normalmente, quanto maior a intensidade, maior a frequência cardíaca, a frequência respiratória, o gasto de energia e a sensação de esforço. Essa percepção pode mudar para cada

um, pois além da atividade, depende do condicionamento. Então, para saber a intensidade da atividade que você está praticando, preste atenção em como se sente.

As atividades leves exigem esforço mínimo, com pequeno aumento da frequência do coração e da respiração. Você vai conseguir respirar e conversar tranquilamente enquanto se movimenta; dá até pra cantar!

Já as atividades moderadas te fazem respirar mais rápido que o normal e aceleram o coração. Você consegue conversar com dificuldade e não vai conseguir cantar.

Por último, as atividades vigorosas são as que exigem muito esforço. Aqui você respira muito mais rápido que o normal e o coração acelera muito; não dá nem pra conversar enquanto se movimenta.

Mas por que estamos falando tudo isso? Bem cuidadores, queremos primeiramente diferenciar a atividade do exercício físico, explicar os níveis de intensidade e te ajudar a encontrar formas de se manter ativo e saudável!

Em linhas gerais, é recomendável que a gente faça 150 minutos por semana de atividades moderadas, dividindo entre os dias da semana. Quem preferir fazer as atividades intensas, esse tempo deve ser de 75 minutos. Essa divisão de tempo pode ser feita da melhor forma pra caber na sua rotina! Algumas pessoas preferem fazer um pouco todo dia, outras preferem dividir em 3 a 5 vezes por semana. Portanto fica a seu critério cuidador, dividir esses minutos de atividade conforme o seu tempo disponível.

É recomendável também que dentro desses minutos de atividade física, a gente inclua pelo menos 2 dias de atividades de fortalecimento dos músculos e ossos, como a ginástica e a musculação.

O pensamento que devemos guardar é que devemos praticar a atividade física de forma regular e ir aumentando progressivamente o tempo por semana.

Sempre que for sair para fazer compras ou resolver algo fora de casa, tente ir a pé, desça do ônibus alguns pontos antes ou estacione algumas ruas antes; assim, estará fazendo uma caminhada sem sair da sua rotina. Passeios em parques ou áreas livres também são uma ótima opção, e você pode aproveitar para tomar um sol junto com a pessoa que você cuida.

Outra dica é evitar elevadores, usando escadas sempre que possível. Evite o sedentarismo! Sempre que puder, se movimente e reduza o tempo que permanece sentado ou deitado! A cada uma hora, aproveite para se mexer por 5 minutos, se levante, alongue o corpo, caminhe um pouco. São pequenas mudanças de nossa rotina que já são capazes de nos fazer bem!

7.3.6 Encerramento

Chegamos ao final de mais um episódio do nosso podcast! A você que nos acompanhou até aqui, nosso muito obrigado pela atenção! Esperamos que as informações possam ser úteis pra vocês cuidadores, e que te ajudem a cuidar também de si! Neste capítulo falamos sobre os pilares da alimentação, ingestão de água e atividade física. Nos próximos capítulos falaremos sobre a saúde mental, estratégias para o autocuidado nesse campo e também sobre a promoção da autonomia da pessoa que cuidamos!

Conto com sua presença no próximo episódio! Um grande abraço e até a próxima!

7.4 EPISÓDIO 4- SAÚDE MENTAL DO CUIDADOR: RECONHECER, PEDIR AJUDA E CUIDAR DE SI

YOUTUBE: <https://www.youtube.com/watch?v=99UqxfYhDBQ>

SPOTIFY: <https://open.spotify.com/episode/7Dv6RIJ6op7YDTq61PQWfs?si=5a7376e94cb0464f>

7.4.1 Introdução

Olá cuidadora! Olá cuidador! Sejam muito bem vindos a este espaço dedicado a você! Um espaço para troca de conhecimentos e experiências.

Anteriormente falamos sobre o que é cuidar, suas habilidades necessárias, os riscos e estratégias para organizar a rotina e lidar com a sobrecarga. Também abordamos os pilares do autocuidado, falando sobre orientações gerais para a alimentação saudável, ingestão adequada de água e prática de atividade física. Neste episódio, trataremos da saúde mental, falando sobre o estresse, ansiedade, depressão e síndrome de burnout.

É um prazer ter você aqui conosco, se prepare e vamos para mais um episódio voltado a você que cuida, mais um momento de aprendizado e reflexão, com divulgação de informações úteis ao seu cotidiano!

7.4.2 O estresse

Como sabemos, a tarefa de cuidar traz consigo muitas responsabilidades e novidades, com importantes mudanças em nossa rotina. Conviver diariamente com uma pessoa dependente de cuidados, pode causar no cuidador prejuízos em sua vida pessoal e profissional.

É muito comum ouvirmos relatos de cuidadores que precisaram abandonar seus empregos para se dedicarem integralmente ao cuidado, deixando de lado as próprias necessidades e sonhos. Todas essas circunstâncias podem trazer sentimentos de sobrecarga, exaustão e estresse. Nos casos mais graves, podem surgir transtornos patológicos, como a ansiedade, depressão e a síndrome de Burnout.

Mas o que é o estresse? O estresse em sua origem não é algo ruim. Na verdade, ele foi desenvolvido pela natureza como um sinal de alarme, feito para nos alertar e nos proteger de perigos. Na natureza, ele serve para nos avisar quando nossa vida corre perigo, e nos preparar para lutar ou fugir. É um sinal de alarme que aciona quando estamos diante de situações que ameaçam nossa integridade física e mental.

O problema surge quando ele fica sempre ativo, igual um alarme estragado que fica tocando sempre, causando danos físicos e psicológicos. Essa atividade constante do estresse provoca um estado crônico de aflição, desequilíbrio e sofrimento.

E o estado crônico de estresse, quando relacionado ao trabalho ou atividades laborais, pode levar a uma síndrome de esgotamento profissional, conhecida como síndrome de burnout. Apesar do nome chique, esse estado não tem nada de glamuroso, já que leva a pessoa a apresentar uma redução da capacidade cognitiva, perda de motivação, baixa realização pessoal e exaustão. Portanto é um problema de saúde que pode nos afetar, prejudicando nossa capacidade produtiva e levando a atitudes negativas até mesmo com as pessoas queridas que cuidamos.

7.4.3 Transtorno de ansiedade

Já o transtorno de ansiedade, se refere a um conjunto de transtornos mentais que estão relacionados a essa hiperativação do mecanismo de estresse. É normal sentirmos um pouco de ansiedade diante de situações novas e desafiadoras, afinal, é uma resposta do nosso corpo que nos prepara para encarar as situações difíceis.

O problema é quando a ansiedade passa a ficar exagerada e prolongada, aparecendo mesmo sem ter algum estímulo externo definido ou proporcional. Nesses casos, a intensidade, duração e frequência são desproporcionais, causando sofrimento e prejuízos!

É bom sabermos que as manifestações da ansiedade podem variar entre cada indivíduo. Sintomas como pensamento acelerado, preocupação excessiva, dificuldade para se acalmar, cansaço constante, dificuldade para se concentrar, irritabilidade, tensão muscular, alterações de sono e apetite costumam estar presentes.

Outros sintomas como dor de barriga, azia, dores no peito, dor de cabeça e dores nas costas também podem aparecer. Quando esses sintomas estão presentes na maioria dos dias por mais de 6 meses, devemos nos atentar para a possibilidade de um quadro de ansiedade generalizada.

Mas existem também outras formas de transtorno de ansiedade. Dentro dessa família, temos transtornos como fobias específicas, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do pânico e do estresse pós-traumático. Cada um com suas características e critérios diagnósticos.

Parece muita coisa não é, querido cuidador?! E realmente, cada vez mais estudos científicos são feitos e nos trazem novos conhecimento. Mas nossa intenção aqui não é te assustar ou dar diagnósticos. Queremos te passar informações que possam te ajudar, caso você sinta que tem ficado mais ansioso e estressado que o esperado.

A seguir, vamos nos fazer algumas perguntas e pensar sinceramente sobre os últimos meses.

Você que me ouve, teve alguma crise ou ataque de ansiedade em que, de uma hora pra outra, se sentiu muito assustado, ansioso ou desconfortável?

Sente que está sempre com os nervos à flor da pele, muito preocupado e ansioso com tudo, como se estivesse no limite?

Sente que fica desconfortável e ansioso perto de outras pessoas, a ponto de ser um problema pra você?

Nesses últimos meses, teve sonhos ou pesadelos repetidos sobre alguma situação traumática de sua vida, pensamentos repetitivos ou memórias recorrentes, como se tivesse vivendo novamente o fato?

Você tem manias ou rituais como ficar contando, limpando ou organizando coisas, como se fosse uma obrigação que não consegue evitar e que isso tome ao menos 1 hora do seu dia?

Já teve algum período de desânimo maior que uma semana, onde perdeu o interesse pela maioria das coisas como trabalho, atividades de lazer ou outras atividades que normalmente gosta de fazer?

Caso responda sim para alguma dessas perguntas, talvez seja o momento de pensar em si um pouco e procurar ajuda profissional. Procure o posto de saúde de referência do seu bairro e converse com seu médico, ele terá ferramentas para melhor caracterizar o que está acontecendo e direcionar a melhor forma de lidar.

Lembre-se cuidador, você não está sozinho! É seu direito se cuidar e procurar ajuda!

7.4.4 Transtorno depressivo

Além do estresse e da ansiedade, outra emoção que nos visita é a tristeza! Assim como a ansiedade que pode ser normal ou virar um transtorno, existe também o transtorno depressivo. Mas sempre devemos ter cuidado para não confundir as coisas, tá?

A tristeza é uma emoção humana, faz parte da vida e todos nós nos sentimos tristes em algum momento. Não há nada de errado com isso, apesar das tentativas de negar esta emoção. Já o transtorno depressivo é um quadro mais extremo.

O que vai diferenciar a normalidade do transtorno é a duração, a persistência, a abrangência e a intensidade dos sintomas. É a forma como os sintomas interferem no funcionamento do corpo e da mente.

No transtorno depressivo, a pessoa apresenta humor deprimido, com perda de interesse e cansaço na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos 2 semanas.

Além disso, podem aparecer a indiferença afetiva, irritabilidade, concentração reduzida, baixa autoestima, ideia de culpa e inutilidade, pessimismo, ruminação de pensamentos e situações passadas.

Sono e apetite podem mudar. O mais comum é ter insônia e diminuição do apetite, mas algumas pessoas deprimidas podem ter o contrário, com hipersonia e excesso de apetite.

Ideias com morte podem aparecer, como a sensação de que não vale a pena estar vivo.

Novamente cuidador, reforçamos que nossa intenção não é te assustar ou fazer diagnóstico por aqui, tá bem? E também não endossamos o autodiagnóstico, sem acompanhamento profissional.

Queremos apenas compartilhar informações. Se você se identifica com o quadro descrito, e esses sintomas estão persistentes por mais de 2 semanas, procure ajuda profissional! A equipe de saúde da família do posto de saúde do seu bairro tem

ferramentas para confirmar o diagnóstico, ou fazer o diagnóstico diferencial, identificando outras causas possíveis.

7.4.5 Encerramento

Sabemos que falar sobre a saúde da mente é difícil! Principalmente para quem está com a responsabilidade de ser cuidador. Na intenção de cuidar, esquecemos de nós mesmos e ultrapassamos nossos limites.

Entendemos isso, e entendemos sua rotina cheia, amigo cuidador! Justamente por isso que estamos fazendo este trabalho, com o intuito de levar até você as informações e conhecimentos que possam te ajudar. É preciso estar bem para cuidar bem! Use este episódio como um momento de reflexão e auto checagem.

Atualmente os transtornos mentais são muito prevalentes na população. Mesmo que você não se identifique com o que foi dito, existe a possibilidade de que algum familiar, amigo ou conhecido se encaixe aqui. Este programa pode ser útil para levar conhecimento para essas pessoas.

Caso se identifique com o que foi abordado, procure ajuda! Você não está sozinho! Existe tratamento gratuito pelo SUS.

Sempre que sentir necessidade, pode voltar e ouvir este episódio, e tentar responder as perguntas de avaliação que falamos. Os outros episódios também estarão disponíveis de forma complementar.

Cuidar da saúde da mente inclui vários fatores; organizar sua agenda e ter tempo para si, ter uma alimentação saudável, praticar atividade física, ter momentos de lazer, de leitura, praticar uma religião, tudo isso ajuda muito! No próximo episódio vamos falar sobre técnicas para lidar com o estresse e para melhorar a qualidade do sono!

Esperamos te encontrar lá, ok?

Forte abraço e até mais!

7.5 EPISÓDIO 5 RELAXAR PARA CUIDAR MELHOR: SONO, DESCANSO E BEM-ESTAR

YOUTUBE: https://www.youtube.com/watch?v=TboL_YWSLkA

SPOTIFY: <https://open.spotify.com/episode/2KXT7Wqh9XedBJ7pyPrctx?si=5c4c1284348a414d>

7.5.1 Introdução

Olá cuidadora! Olá cuidador! Sejam muito bem vindos a este espaço dedicado a você! Um espaço para troca de conhecimentos e experiências.

Anteriormente falamos sobre o que é cuidar, suas habilidades necessárias, os riscos e estratégias para organizar a rotina e lidar com a sobrecarga. Falamos também sobre os pilares do autocuidado, da alimentação saudável e prática de atividade física. No último episódio, falamos sobre o estresse, transtornos de ansiedade, depressão e burnout.

Hoje trataremos mais uma vez da saúde mental. Mas agora o foco será em atividades que podemos fazer para ajudar a combater o estresse. Assim como falamos dos pilares da saúde física, aqui vamos falar de pilares para cuidar da mente!

É um prazer ter você aqui conosco, se prepare e vamos para mais um episódio voltado a você que cuida, mais um momento de aprendizado e reflexão, com divulgação de informações úteis ao seu cotidiano!

7.5.2 Estresse e excesso de pensamentos

No último episódio, falamos sobre o estresse e a ansiedade, e como estes alarmes de defesa contra perigos, podem se tornar fontes de doenças.

Principalmente quando temos uma rotina cheia de tarefas e obrigações, parece que o relógio está contra a gente! Vamos fazendo as coisas e quando percebamos, o

dia passou e nem vimos as horas correndo! E assim passam os dias, as semanas e até mesmo os anos! Nessa correria, é comum passarem muitos pensamentos pela nossa mente, lembranças, cobranças, receios do que pode acontecer... parece que os pensamentos ganharam vida própria, como um rio com correnteza forte e que nos arrasta.

Alguns estudos indicam que em média, somos expostos a 6200 pensamentos por dia! Isso mesmo, 6200... muitos pensamentos dos mais diversos tipos. E quando estamos tristes ou preocupados, é comum que a maioria deles sejam negativos, situações que nunca aconteceram ou que não irão acontecer, mas que pensamos e nos preocupa!

O problema é que essa correnteza forte nos leva e nos tira do aqui e agora! Sem perceber, nosso corpo está presente, mas a mente fica a maior parte do tempo presa no passado ou no futuro, e assim acabamos fazendo coisas no automático!

Façamos uma reflexão, querido cuidador! Quantas vezes você passou horas fazendo alguma atividade e nem se deu conta do tempo? Quantas vezes alguém estava falando com você e, ao final da conversa, você se perguntou o que aquela pessoa havia dito? Quantas vezes fez algo ou respondeu alguém, como se estivesse no automático, e depois se arrependeu? Todas essas situações demonstram como somos levados pelos pensamentos para longe do presente.

Esse excesso de pensamentos também interfere com nosso estado emocional, colaborando para ativar aquele mecanismo de alarme, o do estresse! Isso mesmo, cuidador, nosso corpo e mente estão interligados, e os pensamentos podem interferir no nosso corpo. O excesso de pensamentos pode levar a ativação do mecanismo de estresse e liberação de hormônios que mudam o funcionamento do nosso corpo. Um desses hormônios é o cortisol, que em excesso, aumenta a predisposição de desenvolver doenças como infarto, obesidade, dores musculares e transtornos do sono.

Aqui o recado principal é sobre a necessidade de aprender a lidar com esse turbilhão de pensamentos! Estamos aqui com você cuidador e cuidadora! Vamos juntos nos cuidar melhor! E todos sabemos que é mais fácil caminhar por ruas que já foram pavimentadas, não é verdade!?

Então deixa eu te contar mais uma coisa. Esse problema é mais antigo do que imaginamos! Diversas culturas e povos já pensaram em alguma forma de lidar com o excesso de pensamentos. Pra você ter uma ideia, o primeiro registro do conceito de atenção plena surge entre 1500 a 1000 anos antes de Cristo, sendo falado na tradição budista. Apesar de ser bem antigo, sua utilidade continua atual!

7.5.3 Mindfulness

Esse conceito de atenção plena, apesar de bem antigo, começou a ser mais divulgado no ocidente na década de 1970, com o nome de Mindfulness. Apesar do nome chique, se trata de um conjunto de técnicas e exercícios para ter atenção plena, ou seja, sair daquela correnteza de pensamentos que nos carrega para o passado ou futuro, e voltarmos nossa atenção para o presente!

Essa atenção plena é uma observação sem crítica ou sem se identificar. É como se estivéssemos vendo nosso momento presente em um filme. Quando pensamentos negativos passam em nossas mentes, essa técnica nos ajuda a vê-los como se fossem apenas cenas de um filme! Uma cena vai, outra vem, mas nos distanciamos delas e não somos arrastados.

Conseguir focar no presente, tomando consciência real do nosso ambiente, do nosso corpo, das nossas emoções e pensamento traz benefícios que são comprovados. Alguns desses benefícios são a diminuição do estresse e ansiedade, melhora do humor e do ânimo, melhora nos relacionamentos e da autoestima!

Além de todos os benefícios, o Mindfulness pode ser praticado gratuitamente e em vários lugares! Que tal acrescentar na nossa rotina?

Mas atenção! Como todo exercício, ele vai ficando mais fácil à medida que praticamos, tá? Pode ser que no começo você se sinta estranho, com dificuldade de fazer, ou dificuldade em manter por muito tempo. Isso é absolutamente normal! Ninguém consegue correr uma maratona do nada, sem nunca ter treinado!

Por isso, se puder treinar um pouco cada dia, os resultados vão aparecer mais rápido!

Então vamos lá! Vamos conhecer uma técnica de atenção plena.

Primeiro, busque um canto tranquilo e silencioso. Tente ficar em um lugar sem distração de celular, televisão ou outros aparelhos que tirem seu foco. Procure se sentar ou deitar de forma confortável, com roupas frescas e confortáveis.

Conseguiu se acomodar?

Agora, bem acomodado, feche os olhos e vamos lá! Cada etapa será feita 1 vez e depois vamos para o passo seguinte, ok?

Primeiro, preste atenção em seus pés, comece por contrair os dedos e depois relaxe, tentando prestar total atenção ao relaxamento. Sempre que focar em alguma região do seu corpo, tente mandar um comando para relaxar. Depois faça isso com as panturrilhas, contrai de leve e relaxa, sempre tentando manter a atenção.

Vá subindo esse comando pelas coxas, abdome, tórax, mãos... contrai e relaxa; braços, pescoço e rosto; sempre com calma e prestando atenção aos movimentos e à sensibilidade. Sempre tentando relaxar ao máximo cada parte do corpo.

Ao chegar no rosto, tente não se mexer mais. Preste atenção na sensação de relaxamento do corpo.

Com o corpo todo relaxado, vamos prestar atenção na respiração. Sinta o ar fresco entrando pelas narinas; depois passando pela garganta e enchendo os pulmões! Sinta como seu tórax se expande. Depois sinta o tórax se contraindo e o ar saindo quente. Não tente controlar a respiração, apenas sentir o ar entrando e saindo.

Assim como a respiração flui com o ar passando, os pensamentos vão passar pela sua mente. Não tente controlá-los ou impedi-los, apenas observe eles passarem, como se estivesse assistindo um filme. Aos poucos, vá percebendo que os pensamentos passam, eles não são você! Na maioria das vezes são apenas fragmentos de memórias ou informações que ficam arquivadas em sua mente e que podem voltar e ir embora.

Nesse estado de relaxamento e observação, você conseguirá diferenciar melhor quem é você e sua consciência. Geralmente, os pensamentos vão se tornar mais calmos, e você vai conseguir prestar atenção melhor ao seu corpo, respiração e sentimentos.

Depois de alguns minutos, vamos fazer o caminho de volta. Respire profundamente e vá sentindo as partes do seu corpo. Comece pelos pés e vá até a cabeça, repetindo o processo que fizemos anteriormente, mas agora, voltando a movimentar. Ao final abra os olhos e volte para o dia.

Esta é apenas uma das técnicas disponíveis, existem muitas outras e que podemos acessar facilmente pela internet. Aqui em baixo na descrição, deixaremos alguns materiais para que você possa ler mais a respeito e conhecer outras técnicas.

E vale reforçar, cuidadores! No começo é difícil mesmo hein! Nas primeiras tentativas, a maioria das pessoas não consegue relaxar completamente e nem observar os pensamentos sem se envolverem. Isso é completamente normal. Lembre-se da maratona, ninguém começa correndo ela completa. Todos começam treinando por curtas distâncias! Vá colocando exercícios de Mindfulness na sua rotina, com o tempo, os resultados irão aparecer.

7.5.4 Higiene do sono

Para fechar este episódio, vamos falar sobre a higiene do sono. Tão importante quanto os pilares anteriores, o sono é fundamental para mantermos nossa saúde. Mais do que isso, é fundamental para manutenção do bem estar e qualidade de vida.

E por aí, como anda o seu sono? Tem dormido bem? Acorda descansado? Ou fica com sono durante o dia?

Caso não esteja satisfeito, vamos juntos aprender estratégias para melhorar nosso sono.

Você já ouviu falar da higiene do sono? Sabe o que é? Não?!

Bem, a higiene do sono se refere a um conjunto de práticas e hábitos voltados a melhorar a qualidade e duração do sono. São mudanças simples, mas que podem ajudar bastante. Principalmente quem tem uma rotina cheia e precisa levantar disposto pela manhã.

Pra começar, é importante estabelecer e manter um horário de sono. Ter hora pra dormir e acordar todos os dias é importante pra regular nosso relógio biológico.

Aproveite a lista de tarefas e a agenda que falamos nos episódios anteriores, e não se esqueça de tentar programar uma rotina que inclua 7 a 9 horas de sono por noite.

Ter um local adequado para o sono também é fundamental. Manter um ambiente escuro, silencioso, com temperatura agradável e cama confortável irão ajudar a pegar no sono.

Antes do horário de dormir evite atividades que te agitem; evitar telas, luzes artificiais, músicas altas, ou outras atividades do tipo, ao menos 1 hora antes de dormir. Prefira atividades relaxantes como ler algo ou tomar um banho morno.

Cuidado também com o que come e bebe à noite. Refeições volumosas e pesadas; temperos fortes e apimentados; bebidas ricas em cafeína como café e refrigerantes, bebidas alcoólicas; tudo isso pode atrapalhar seu sono. Portanto, evite o consumo durante a noite.

Atente também para a quantidade de água bebida à noite. Se beber muito, vai precisar acordar mais vezes para ir ao banheiro.

Uma boa noite de sono é consequência de escolhas que fazemos ao longo do dia. Praticar atividades físicas, realizar atividades para controle de ansiedade; evitar cochilos longos durante o dia; tudo isso pode ajudar a melhorar nossa noite de sono.

Outro hábito importante é usar a cama para dormir! Isso mesmo! Evite outras atividades como trabalhar, comer, mexer no celular ou assistir tv. Quando evitamos essas atividades na cama, nosso corpo passa a associar o quarto e a cama com o lugar do sono, facilitando o relaxamento na hora de dormir.

E se mesmo com essas dicas, ainda não conseguir dormir após 20 minutos de tentativa, o mais aconselhável é que se levante um pouco e faça alguma atividade relaxante até sentir sono novamente. Mas veja bem, nada de ficar mexendo no celular ou olhando redes sociais. Procure atividades que ajudem a acalmar a mente.

7.5.5 Encerramento

Chegamos ao final de mais um episódio. Esperamos que as dicas aqui possam te ajudar a lidar com o estresse e a sobrecarga do cuidado.

No próximo episódio vamos falar sobre a autonomia da pessoa que cuidamos e como podemos estimular. Em nossas pesquisas, identificamos que muitos cuidadores se sentem inseguros e com dificuldades na hora de reconhecer o que a pessoa dependente pode ou não fazer sozinha, e como ajudar a melhorar.

Então elaboramos um capítulo dedicado a promover esse conhecimento.

Agradecemos a você que nos ouviu até aqui e contamos com sua presença no próximo episódio.

Um forte abraço e até mais!

7.6 EPISÓDIO 6- ESTIMULANDO A AUTONOMIA DA PESSOA CUIDADA

YOUTUBE: <https://www.youtube.com/watch?v=ARKg3bSpkMk>

SPOTIFY: <https://open.spotify.com/episode/1GtDhfNwqswZY70Lq6yqTI?si=30d2981b28af41d2>

7.6.1 Introdução

Olá cuidadora! Olá cuidador! Sejam muito bem vindos a este espaço dedicado a você! Um espaço para troca de conhecimentos e experiências.

Nos episódios anteriores, falamos sobre o que é cuidar e as habilidades necessárias. Falamos também sobre os desafios que os cuidadores enfrentam e estratégias para organizar a rotina, com sugestões que podem ser úteis no combate a sobrecarga.

Não podemos esquecer de cuidar de quem cuida! Portanto, trouxemos pilares do autocuidado físico e mental, abordando a alimentação saudável, prática de atividade física, higiene do sono e exercícios para relaxamento.

Neste episódio, vamos falar sobre a promoção da autonomia e independência de quem cuidamos.

O foco principal deste projeto é promover o seu autocuidado e bem-estar, amigo cuidador! E a autonomia de quem cuidamos influencia diretamente na nossa sobrecarga e qualidade de vida.

Estudos demonstram que quanto maior a dependência da pessoa cuidada, maior a tendência do cuidador ter sobrecarga. Então, ao melhorarmos a autonomia de outra pessoa sob nossa responsabilidade, estamos contribuindo para o bem dela e o nosso.

É um prazer ter você aqui conosco, se prepare e vamos para mais um episódio voltado a você que cuida, mais um momento de aprendizado e reflexão, com divulgação de informações úteis ao seu cotidiano!

7.6.2 Autonomia e independência

Vamos começar pensando sobre o que é autonomia e independência. Apesar de serem palavras usadas com sentidos parecidos, é importante compreender os conceitos centrais de cada uma.

A autonomia é a capacidade de tomar decisões por si! De fazer escolhas que vão desde coisas simples, como qual roupa usar para sair; até escolhas complexas como lidar com dinheiro.

Já a independência, é a capacidade de realizar as tarefas por si mesmo, como ir ao banheiro, se alimentar, arrumar o próprio quarto. Ambas as habilidades são importantes.

Entendemos que as realidades são muito diferentes. Para algumas pessoas pode ser mais fácil de realizar as tarefas do dia, precisando de pouca ajuda. Por exemplo, uma pessoa idosa que precisa de ajuda para lidar com o celular. Já outras pessoas apresentam maior dificuldade; por exemplo alguém que teve um AVC, e precisa de ajuda para andar ou se alimentar.

Os graus de independência e autonomia podem variar muito. Mas uma coisa é certa, sempre que conseguirmos promover essas características em quem cuidamos, estaremos fazendo bem para ela e para nós.

7.6.3 Cuidado e dependência

As necessidades de ajuda da pessoa que cuidamos, podem aumentar com o tempo e com a piora do estado de saúde. Mas não é apenas isso que causa essa maior dependência.

Várias atitudes e comportamentos dos familiares e pessoas ao redor, podem influenciar nessa piora ou melhora. É comum vermos as pessoas ao redor reagirem às dificuldades da pessoa cuidada, fazendo as coisas por ela. Sentimentos como medo, pena ou responsabilidade, nos levam a querer fazer pela pessoa cuidada o máximo que pudermos; mas com isso, podemos estar ajudando em excesso, e aumentando a dependência.

Um exemplo para ficar mais fácil: vamos imaginar o caso do senhor João de 64 anos, que sofreu um AVC há 6 meses e hoje tem dificuldade para mexer braço e perna do lado esquerdo. O senhor João é cuidado por sua filha, Maria.

Maria reparou que o sr. João tem dificuldade para andar e movimentar o lado esquerdo. Mas quando se alimenta, consegue mover o garfo com a mão direita. Assim, ao invés de Maria dar a comida na boca do sr. João; ela o ajuda a se acomodar de maneira confortável e segura, apoia o prato já arrumado, mas estimula que o sr. João segure o garfo e pegue a comida por si mesmo.

Maria se mantém ao seu lado, observando, orientando e ajudando com o que o sr. João não consegue fazer; mas sempre de olho naquilo que ele pode fazer por si.

Outro exemplo é na hora do banho. Sr. João não consegue ir ao banheiro sozinho, e existe o risco de cair. Mas Maria o leva ao banho e ajuda a sentar em segurança. Na hora do banho, observa que o sr. João pode se ensaboar e se enxaguar sozinho. Após o banho, consegue pentear também o cabelo, usando apenas a mão direita.

São esses pequenos detalhes que fazem a diferença.

Temos que lembrar que as habilidades dependem de treinamento, todas elas. Escovar os dentes, pentear os cabelos, andar, tomar banho, tudo depende de treino.

Quanto menos a pessoa realizar essas atividades, mais ela vai perdendo sua capacidade por falta de prática, e se tornando dependente.

Ser cuidador é um desafio em vários níveis, não é verdade? Muitas vezes é difícil saber exatamente o que a pessoa consegue ou não fazer sozinha. E nosso objetivo aqui não é definir isso com precisão.

Mas a nossa mensagem é reforçar que com o tempo, atenção e convivência, você vai conseguindo observar as limitações da pessoa que você cuida, e até que ponto ela precisa de ajuda.

Saber até que ponto ajudar no que é necessário!

Saber estimular a fazer por si tudo o que for possível e capaz!

Estar perto e atento, sempre garantindo a segurança enquanto estimula a autonomia e independência!

E esse estímulo faz bem para a auto estima da pessoa cuidada também! Ao recuperar algum grau de autonomia e independência, a pessoa recupera confiança em si e a sensação de ser útil!

7.6.4 Promovendo a autonomia e independência

Agora vamos apresentar algumas sugestões que possam ajudar nesse processo.

No começo pode parecer difícil e cansativo. Pode ser angustiante, já que vai demorar mais tempo para fazer algumas atividades. E você tem razão. Mas com o tempo, ao recuperar algum grau de independência, a pessoa cuidada apresenta melhora em seu humor e autoestima.

E o benefício é pra você também, ok cuidador? Com o tempo vai perceber que precisa fazer menos esforço pra ajudar.

É tudo questão de paciência e tempo.

Primeiramente, observe tudo que a pessoa pode fazer sozinha. Quando estamos responsáveis pelo cuidado, o mais comum é olharmos apenas o que a pessoa não consegue fazer.

Agora, vamos tentar exercitar esse outro lado; o lado de olhar o que a pessoa pode e consegue fazer por si.

Como no exemplo do banho. O comum é pensar o banho todo como uma coisa só, e julgamos se a pessoa consegue ou não. Mas calma! Vamos tentar um outro olhar.

Primeiro, vamos observar o banho em detalhes. Veremos que não é uma tarefa única, mas sim um conjunto de tarefas: tiramos a roupa, nos enxaguamos, ensaboamos, enxaguamos novamente e secamos.

Ainda que a pessoa não consiga tirar a roupa, as vezes pode conseguir tomar banho assentada, se enxaguando e se ensaboando sozinha.

Observar as tarefas em suas partes, avaliando o que dá ou não pra ser feito por si. Esse é o segredo. Sempre deixar que a pessoa faça o que conseguir sozinha, estimulando e apoiando; adaptando o que for preciso.

Não faça pela pessoa, aquilo que ela possa fazer por si.

O coração pode apertar, mas lembra em que é pelo bem de todos! Esteja perto e zele pela segurança, estimulando e animando! Se você fizer tudo no lugar da pessoa cuidada, ela pode ir esquecendo como faz e perdendo habilidades.

Outra dificuldade pode ser a resistência da pessoa cuidada, principalmente se for idosa. Isso é muito comum em quem já está acostumado que o cuidador faça tudo. O importante é manter a calma, e seguir estimulando dentro do que for possível.

Se a resistência continuar, podemos seguir alguns passos antes de ir e fazer no lugar da pessoa. Antes, que tal tentar ajudar verbalmente, dizendo o que deve ser feito, passo a passo e em pequenos atos?

Pode também ajudar a começar a tarefa, por exemplo na hora da refeição, colocar a colher na mão.

Caso seja necessário, pode fazer a tarefa junto com a pessoa, falando o que está sendo feito e mantendo o estímulo.

Manter uma rotina também ajuda! Ter a previsibilidade de tempo e do ambiente, faz com que a pessoa cuidada se sinta segura em fazer algo por si mesma e previne acidentes.

Todas essas dicas podem e devem ser adaptadas para a realidade de quem nos ouve. Sempre devemos levar em consideração as limitações e doenças, os recursos disponíveis, gostos pessoais e a intimidade de cada um.

Mas a mensagem central é que podemos sim promover a autonomia e independência!

7.6.5 Encerramento

Chegamos ao final de mais um episódio, cuidadores!

Todos os episódios ficarão disponíveis gratuitamente para que vocês possam ouvir sempre que desejarem. Utilize a sessão de comentários como um espaço para compartilhar experiências e sugestões!

Nosso objetivo aqui foi o de ajudar a promover sua saúde! Compreendemos que com a rotina cheia e a sobrecarga de tarefas, acabamos nos deixando de lado. Mas fica o convite para repensarmos em nós mesmos. É preciso estar bem para cuidar bem.

Aproveite os conhecimentos e sugestões apresentados, e os adapte a sua realidade.

Esse podcast foi desenvolvido baseado em uma pesquisa científica com cuidadores de pessoas idosas. Os temas foram escolhidos após identificarmos quais eram as maiores dificuldades dos cuidadores e o que mais estava relacionado com sua sobrecarga.

Que esse trabalho possa ser útil a que ouve!

Agradecemos por nos acompanhar até aqui! Forte abraço e até a próxima.

8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário contemporâneo é marcado pelo envelhecimento populacional acelerado, acompanhado pelo aumento da prevalência de doenças crônicas e da demanda por cuidados prolongados. Nesse contexto, observa-se que a maior parte das pessoas idosas dependentes é assistida por cuidadores informais, os quais, frequentemente, assumem essa função de forma não planejada e sem preparo adequado, permanecendo expostos a elevados níveis de sobrecarga.

Em consonância com a literatura, identificou-se predomínio de cuidadores do sexo feminino e com vínculo familiar ou afetivo com a pessoa cuidada, o que pode refletir a persistência de desigualdades do papel de gênero em nossa sociedade. Observou-se também renda média declarada inferior a dois salários mínimos, mesmo entre participantes com maior nível de escolaridade, o que pode estar relacionado à elevada carga horária dedicada ao cuidado, impactando negativamente a capacidade laboral desses indivíduos.

Os resultados evidenciaram níveis elevados de sobrecarga entre os cuidadores, com repercussões significativas em sua vida pessoal e nas relações interpessoais. Destaca-se o comprometimento de aspectos emocionais, com escores elevados em questões da Escala de Zarit que abordam sentimentos de angústia, estresse e exaustão. No que se refere às competências avaliadas pela Escala Coper 14, verificou-se maior prejuízo nas dimensões emocionais. O principal achado do estudo foi a identificação de associação entre menores níveis de competências emocionais e maiores níveis de sobrecarga entre os cuidadores.

Diante desses achados, reforça-se a necessidade de desenvolvimento de estratégias de apoio aos cuidadores informais, com vistas à redução da sobrecarga e ao fortalecimento de sua capacidade de cuidado. Tais estratégias devem envolver ações multissetoriais, incluindo a atuação do poder público, de instituições privadas e da comunidade científica, com ênfase na atenção integral à saúde desses indivíduos.

Nesse sentido, a educação em saúde e a promoção do letramento em saúde configuram-se como abordagens relevantes. Embora existam materiais educativos destinados a cuidadores, como cartilhas, seu acesso e utilização podem ser limitados

por fatores como escolaridade e disponibilidade de tempo. Assim, o presente estudo foi elaborado com o objetivo de desenvolver um produto técnico em formato de podcast, como ferramenta de apoio que visa ampliar o acesso à informação em saúde de forma mais flexível e que supere limitações de escolaridade, competências, letramento e tempo disponível. Acredita-se que esta ferramenta possui potencial de contribuir para o aprimoramento das competências do cuidador através do seu letramento em saúde, almejando a redução da sobrecarga.

Como diferencial, o conteúdo do material técnico foi definido com base na análise dos dados empíricos obtidos junto aos cuidadores informais, por meio da aplicação de instrumentos validados para avaliação da sobrecarga e das competências, bem como da análise de correlação entre essas variáveis. Os achados ora apresentados podem subsidiar futuras investigações voltadas à identificação de lacunas de conhecimentos e competências entre cuidadores, e ao desenvolvimento de intervenções direcionadas.

Entre as limitações do estudo, destacam-se o tamanho reduzido da amostra, a predominância de participantes com maior escolaridade, residentes em regiões centrais, e com experiência prolongada no cuidado, o que pode limitar a generalização dos resultados. Os participantes também foram selecionados entre cuidadores de pessoas idosas em acompanhamento pelo Serviço de Atenção Domiciliar da Área Descoberta da Cidade de Juiz de Fora, limitando a generalização dos achados para cuidadores de pessoas idosas em acompanhamento por outras modalidades de atenção domiciliar. Ressalta-se também que a natureza do delineamento do estudo não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas.

O produto técnico desenvolvido também apresenta limitações relacionadas ao acesso à internet, ao tempo disponível para consumo do conteúdo e a possíveis barreiras linguísticas. Como estratégia de mitigação, os episódios foram elaborados com linguagem acessível, priorizando a substituição de termos técnicos por expressões sinônimas de uso comum sempre que possível, com duração média de 10 minutos, e disponibilização gratuita em plataformas digitais amplamente acessíveis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Kaoana Maria Vieira de et al. **Assessment of functional health literacy in Brazilian carers of older people**. *Dementia & Neuropsychologia*, [s. l.], v. 13, ed. 2, p. 180-186, 2019.

BAEZA, Fernanda Lúcia Capitanio; GUERRA, Tadeu Assis; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Depressão. *In*: DUNCAN, Bruce B. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. cap. 17, p. 505-507. ISBN 978-65-5882-043-7. *E-book*.

BORBA, Silvana de. **Desativando seu "Piloto Automático" com práticas de Mindfulness**. Santa Catarina: UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC, 2023. 51 p. Disponível em: https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/742352/2/Produto%20Educatonal%20PPGECMT_Silvana%20de%20Borba.pdf. Acesso em: 23 mar. 2026.

BRASIL, Ministério da Saúde (Brasília-DF). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. 1. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008. 64 p. ISBN 978-85-334-1472-3.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 3.005, de 2 de janeiro de 2024**: Altera as Portarias de Consolidação nºs 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para atualizar as regras do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e do Programa Melhor em Casa (PMec). *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, ano 2024, ed. 4, seção 1, p. 56, 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 825, DE 25 DE ABRIL DE 2016**: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, ano 2016, Nº 78, seção 1, p. 33, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Caderno de atenção domiciliar: Volume 1, Brasília-DF, ano 2012, v. 1, p. 1-106, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Caderno de atenção domiciliar, Brasília-DF, v. 2, p. 1-207, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Atenção domiciliar na Atenção Primária à Saúde**. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde, Brasília-DF, ano 2020, ed. 1, p. 1-100, 2020.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Nacional da política de Cuidados e Família. **Envelhecimento e o direito ao cuidado**. Nota Informativa nº5/2023, [s. l.], p. 1-28, 2023.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasília-DF). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar Para a População Brasileira**. 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica., 2014. 156 p. ISBN 978-85-334-2176-9

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasília-DF). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira**. 1. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde., 2021. 54 p. ISBN 978-85-334-2885-0.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasília). Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Produção e Defesa dos Direitos Humanos. **CUIDAR MELHOR E EVITAR A VIOLÊNCIA: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008. 330 p.

CAPELO, Maria Regina Teixeira Ferreira et al. **Percepções de cuidadoras informais sobre motivações, necessidades e benefícios do cuidado para o idoso dependente**. Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], ano 2024, v. 29, n. 61, ed. 05, p. 1-9, 2024.

CARBÓ, Giuliana F. Cascella; ORELLÁN, Rosa García. **Burden and Gender inequalities around Informal Care**. Investigación y Educación en Enfermería, [S. l.], ano 2020, v. 38, n. 1, p. 1-14, 2020.

CARVALHO, Paula Afonso Rodrigues de et al. **Qualidade de vida: sobrecarga e depressão entre cuidadores de idosos em atendimento domiciliar**. Revista de Enfermagem UERJ, [s. l.], v. 31, ed. e77207, p. 1-9, 2023.

CECCON, Roger Flores et al. **Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador**. Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], ano 2021, v. 26, ed. 1, p. 99-108, 2021.

CECCON, Roger Flores et al. **Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores**. Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], v. 26, ed. 1, p. 17-26, 2021.

CHIDA, Ignatius; PAWAR, Manohar; MUNGAI, Ndungi. **Perspectives of caring for older person: a scoping review**. Journal of primary Care & Community Health, [s. l.], v. 15, p. 1-16, 2024.

CIOSAK, Suely Itsuko et al. **Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, [s. l.], v. 45, ed. Esp.2, p. 1763-1768, 2011.

COELHO, Camila Trindade; OLIVEIRA, Stefanie Griebeler; MELLO, Fernanda Eisenhardt de. **Implicações no cuidado de um familiar doente: mulheres negras**

cuidadoras. Enfermeria: Cuidados Humanizados, [s. l.], ano 2023, v. 12(2), ed. e3131, p. 1-16, 2023.

CORTEZ, Antônio Carlos Leal et al. **Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira.** Enfermagem Brasil, [s. l.], v. 18, n. 700-9, ed. 5, p. 700-709, 2019.

COUTO, Alcimar Marcelo do; CALDAS, Célia Pereira; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de. **Cuidado domiciliar a idosos dependentes de cuidadores familiares com sobrecarga e desconforto emocional.** Revista Online Cuidado é Fundamental: Universidade federal do Rio de Janeiro- Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, [s. l.], ano 2019, v. 11, ed. 4, p. 944-950, 2019.

FERNANDES, Carmen Luiza Correa et al. Abordagem e Cuidado ao Cuidador. In: SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro et al. Tratado de Atenção Domiciliar. 1. ed. Santana de Parnaíba-SP: Manole, 2022. Seção 4 - Capítulo 9, p. 296-303. ISBN 9786555767513. E.book.

FERREIRA, Sara Ingrid de Rezende et al. **Desafios para o internamento domiciliar do idoso na perspectiva da família.** Revista baiana de enfermagem, [s. l.], v. 35, ed. e42249, p. 1-11, 2021.

FIOCRUZ BRASÍLIA (Brasília-DF); INSTITUTO DE SAÚDE DE SÃO PAULO (São Paulo-SP). **Meditação/mindfulness para o tratamento de ansiedade e depressão em adultos e idosos:** Qual a eficácia/efetividade e segurança da meditação/mindfulness para o tratamento de ansiedade ou depressão em população adulta ou idosa?. Brasília-DF: Coordenação de Práticas Integrativas e Complementares (CPICS/DESF/SAPS/MS), 2019. 33 p. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2020/07/1102364/relatorio_rr_meditacao_ansiedade_depresso_2019-1.pdf. Acesso em: 23 mar. 2026.

FLORIANO, Luciane Almeida et al. **Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família.** Texto & Contexto: Enfermagem, [s. l.], v. 21, ed. 3, p. 543-548, 2012.

GOMES, Nildete Pereira et al. **Consequências do cuidado para a saúde de idosas cuidadoras de familiares dependentes.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, [s. l.], v. 53, ed. e03446, p. 1-9, 2019.

HIGGINSON, Irene J. et al. **Short-form Zarit Caregiver Burden Interviews were valid in advanced conditions.** Journal of Clinical Epidemiology, [s. l.], v. 63, ed. 5, p. 535-542, maio 2010.

JÚNIOR, Giovanni Abrahão Salum et al. Transtornos Relacionados à Ansiedade. In: DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial:** Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. cap. 170, p. 499-504. ISBN 978-65-5882-043-7. E-book.

KRISTINSDOTTIR, Inga Valgerdur et al. **Prevalence and predictor of caregiver distress in six european communities**: Data from the IBenC Study, using interRAI-Home care assessments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, [s. l.], v. 39, ed. e70005, p. 1-12, 2025.

KUHNEL, Martina B et al. **Validation of two short versions of the Zarit Burden Interview in the palliative care setting: a questionnaire to assess the burden of informal caregivers**. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, [s. l.], v. 28, ed. 11, p. 5185-5193, 2020.

LEÃO, Ana Luiza de Souza et al. **Cartilha de orientação para o autocuidado dos idosos**. Recife-PB: Faculdade Pernambucana de Saúde, 2022. 14 p. ISBN 978-65-84502-61-1.

LINO, Valéria Teresa Saraiva et al. **Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes**: a face oculta da violência familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 24, ed. 1, p. 87-96, 2019.

MAGALHÃES, Celina Maria Colino et al. **Guia de cuidado para cuidadores de idosos**. 305.26. ed. Belém-PA: UFPA/ Núcleo de Toria e Pesquisa do Comportamento, 2017. 32 p. ISBN 978-85-923470-0-0.

MARQUES, Suzana Raquel Lopes; ESCARCE, Andrezza Gonzalez; LEMOS, Stela Maris Aguiar. **Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária**. *CoDAS*, [s. l.], v. 30(2), ed. e20170127, p. 1-8, 2018.

MARTINS, Thalyta Cássia de Freitas et al. **Transição da morbimortalidade no Brasil**: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 26, ed. 10, p. 4483-4496, 2021.

MIOT, Hélio Amante. **Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais**. *Jornal Vascular Brasileiro*, [s. l.], v. 10, ed. 4, p. 275-278, 2011.

NETO, Paulo Poli; FREITAS, Fernanda Lazzari. Tristeza, Sensação de Depressão e Perturbações Depressivas. *In*: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 2, cap. 238, p. 2045-2054. ISBN 978-85-8271-535-2.

NOGUEIRA, José; BRAUNA, Mônica. **Boas práticas internacionais e do Brasil de apoio ao cuidador familiar**. Ferramentas Eurosocial, Madri, v. 80, p. 1-100, 2021.

OLIVEIRA, Ana Carolina Graner Araujo; LEONIDAS, Carolina; SCORSOLINI-COMIN, Fabio. **Gender roles in long-term marriages: continuance or rupture?** *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, ano 2020, v. 32, ed. 2, p. 251-272, 2020.

OLIVEIRA, Anderson Silva. **Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil**. *Hygeia*, [s. l.], v. 15, ed. 31, p. 69-79, 2019.

OLIVEIRA, Leonardo Pestillo de; SOUZA, Rosane Clys Barros; BARROS, Josiane Kelly de; MOURA, Giovana Miotto de; YAMAGUCHI, Mirian Ueda. **Evidência de validade da Escala de Literacia em Saúde e eHEALS para idosos**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. esp. 6, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E612>.

PASSAMAI, Maria da Penha Baião et al. **Letramento funcional em saúde**: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. Comunicação, Saúde, Educação, [s. l.], v. 16, ed. 41, p. 301-314, 2012.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost et al. **Sociodemographic, clinical, and psychosocial factors associated with burden in older caregivers**: a cross-sectional study. Dementia & Neuropsychologia, [s. l.], v. 17, ed. e20220030, p. 1-9, 2023.

PEREIRA, Lírica Salluz Mattos; SOARES, Sônia Maria. **Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência**. Ciência & Saúde Coletiva, [s. l.], v. 20, ed. 12, p. 3839-3851, 2015.

PEREIRA, Paula Bertoluci Alves. **O Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar**. Projeto de Mapeamento de Experiências de Excelência no Cuidado à Pessoa Idosa no Contexto Domiciliar em parceria com Ministério da Saúde e OPAS/OMS., Brasília, p. 1-41, 2016.

PIRES, Carolina Gonçalves et al. **Sobrecarga, funcionalidade familiar e saúde psicológica de idosos cuidadores de idoso**: um path analysis. Geriatrics, Gerontology and Aging, [s. l.], v. 16, ed. e0220022, p. 1-9, 2022.

PRATES, Eliane Silva; COELHO, Marta Pereira; PARTELLI, Adriana Nunes Moraes. **Compreensão de cuidadores de pessoas idosas acamadas acerca da assistência recebida pela atenção primária à sua saúde**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [s. l.], v. 27, ed. e230145, p. 1-12, 2024.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS, Grupo Pró Idoso Distrito de Saúde Leste. **Manual para cuidadores informais de idosos**. Campinas-SP: Prefeitura Municipal de Campinas, 2005. 102 p.

RATHNAYAKE, Nirmala et al. **Burden of caregivers of older people in Sri Lanka**: an overlooked concern in the health care system. BMC geriatrics, [s. l.], v. 25, ed. 32, p. 1-13, 2025.

ROSAS, Júlia Barban Morelli; LIMA, Júlia Düringer Jacques de; LIGEIRO, Karen Bom Lima. **Cuidador Como Apoio ao Cuidado**. In: SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro et al. Tratado de Atenção Domiciliar. 1. ed. Santana de Parnaíba-SP: Manole, 2022. Seção 4 - Capítulo 10, p. 304-308. ISBN 9786555767513. E.book.

SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira; SANTOS, Fernanda Trevisan Gatez dos; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade. **Construção e validação de questionário para avaliação das competências do cuidador informal**. Cogitare Enfermagem, [s. l.], v. 26, ed. e73966, p. 1-12, 2021.

SANTOS, Fernanda Gatez Trevisan dos et al. **Fatores associados às competências do cuidador informal na assistência domiciliar**. Revista Brasileira de Enfermagem, [s. l.], v. 75(4), ed. e20210744, 2022.

SANTOS, Fernanda Gatez Trevisan dos et al. **Propriedades psicométricas de um questionário de avaliação das competências do cuidador informal**. Revista de Enfermagem Referência, [s. l.], v. 5, ed. 8, e20206, p. 1-16, 2021.

SARTORI, Ivanize Fátima Giongo; NETO, Honor de Almeida; HIRDES, Alice. **Cuidadores familiares de idosos e condições de saúde física, psicológica e apoio familiar no cuidado**. Texto & Contexto: Enfermagem, [s. l.], v. 32, ed. e20230100, p. 1-14, 2023.

SAUCEDO-PAHUA, Geraldo et al. **Intervenções educativas domiciliares para cuidadores familiares de idosos pós-AVC: uma revisão de escopo**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, [s. l.], v. 58, ed. e20230339, p. 1-9, 2024.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. **Tratado de atenção domiciliar**. 1. ed. Santana de Parnaíba-SP: Manole, 2022. 1497 p. ISBN 9786555767513.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro; LAGE, Joana Lourenço; COELHO, Flávio Lúcio Gonçalves. **Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi**. J Manag Prim Health Care, [s. l.], v. 3, ed. 2, p. 179-185, 2012.

SCAZUFCA, Marcia. **Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses**. Revista Brasileira de Psiquiatria, [s. l.], v. 24, n. 12-7, ed. 1, 2002.

SHIMIZU, Keisuke et al. **Substantial impact of later-life depression among community older adults on the family caregiver's burden in the homecare setting of Chiang Mai, Northern Thailand**. Medicina, [s. l.], v. 61, ed. 50, p. 1-16, 2025.

SILVA, Flávio Dias. Ansiedade e Estresse. In: GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. v. 2, cap. 239, p. 2054-2062. ISBN 978-85-8271-535-2.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da et al. **Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos frágeis: revisão integrativa**. Revista Nursing, [s. l.], v. 24, ed. 275, p. 5566-5573, 2021.

SILVA, Rafaela Sterza et al. **A participação do pai no cuidado ao filho com doença grave: revisão de escopo**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, [s. l.], ano 2025, n. e20240278, ed. 59, p. 1-15, 2025.

SILVA, Yara Cardoso; SILVA, Kênia Lara. **Constituição do sujeito cuidador na atenção domiciliar: dimensões psicoafetiva, cognitiva e moral**. Escola Ana Nery, [s. l.], ano 2020, v. 24, ed. 4, p. 1-9, 2020.

SOUSA, Girliani Silva de et al. **A metamorfose na vida de idosos que cuidam de idosos dependentes no Brasil**. Texto & Contexto: Enfermagem, [s. l.], ano 2021, v. 30, ed. e20200608, p. 1-14, 2021.

SOUSA, Girliani Silva de et al. **Homens cuidadores informais de idosos dependentes no Brasil**. Interface: comunicação, saúde, educação, Botucatu, ano 2024, v. 28, ed. e230174, p. 1-16, 2024.

TAVARES, Marcus Luciano de Oliveira et al. **Fatores socioculturais que contribuem para a qualidade de vida de cuidadores familiares de adultos dependentes de cuidados crônicos**: um estudo qualitativo no Brasil. Revista Mineira de Enfermagem, [s. l.], v. 22, ed. e1443, p. 1-10, 2022.

UNIMED (Rio Grande do Sul). Comissão de Comunicação Institucional. **MANUAL DO CUIDADOR: Cartilha da Unimed**. Rio Grande do SUL: Unimed/RS, 2013. 56 p.

VIENS, Maude et al. **Who, when, how**: a scoping review on flexible at-home respite for informal caregivers of older adults. BMC Health Services Research, [s. l.], v. 24, ed. 767, p. 1-15, 2024.

VOIGT, Karla Lemos; LEAL, Laura M. Fiuza. **Guia Prático do Cuidador de Idosos**. Pelotas-RS: Prefeitura Municipal de Pelotas - Secretaria Municipal de Saúde: Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2023. 49 p.

WACHHOLZ, Patrick Alexandre; DAMIANCE, Patrícia Ribeiro Mattar. **Avaliação da sobrecarga e da qualidade de vida em cuidadores familiares de idosos**. Geriatr Gerontol Aging, [s. l.], v. 15, ed.

ANEXO A– Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Elaboração de PodCast educativo para aumento do letramento em saúde e redução da sobrecarga de cuidadores informais de pessoas idosas em Atenção Domiciliar

Pesquisador: Silvia Lanzioti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87492025.5.0000.5147

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.633.999

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos deste parecer "Apresentação do projeto", "Objetivos da pesquisa" e "Avaliação de riscos e benefícios" foram retiradas dos arquivos PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2512171.pdf 18/05/2025 09:28:57 e Projeto_Detalhado_Ajustado.pdf 26/04/2025 14:32:15

Desenho: Trata-se de pesquisa de campo observacional, transversal, de caráter quantitativo, com finalidade de ser base para elaboração de um produto técnico direcionado aos cuidadores informais de pessoas idosas restritas ao domicílio, não assistidas pela Estratégia Saúde da Família.

Introdução: A senescência é um processo fisiológico, contínuo e progressivo que traz alterações biopsicossociais; por outro lado, os principais problemas do envelhecimento se relacionam ao comprometimento em sistemas corporais diversos, comprometimentos funcionais, declínio de capacidades físicas e mentais em um processo denominado senilidade, impactando na aptidão para realização das Atividades Básicas de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AVDI) e sua inclusão na sociedade (1). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais para países em desenvolvimento. No Brasil, o último censo estimou em 32.113.490 a população de pessoas idosas (Censo 2022, IBGE), há projeções que indicam o crescimento populacional até o ano de 2039, quando o

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

CEP: 36.036-900

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.633.999

crescimento passará a ser negativo e, em 2050, o grupo de pessoas idosas passará o de crianças, tornando o Brasil em um dos países mais envelhecidos do mundo(2). É importante destacar o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil acompanhando o envelhecimento populacional, ocorrendo de

maneira mais rápida a partir da década de 60 com destaque para doenças osteomioarticulares, cardiorrespiratórias, metabólicas, cerebrovasculares e neoplásicas. As DCNT correspondem a 66,3% da carga de doença, contra 23,5% das doenças infecciosas e 10,2% das causas externas¹.[...] O Ministério da Saúde (Brasil,2017) define Atenção Domiciliar (AD) como: “modalidade de atenção à saúde, integrada a Rede de Atenção à Saúde(RAS), prestada em domicílio e caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde, garantindo continuidade de cuidados”(7). A AD como forma de cuidado continuado vem se expandindo no mundo e no Brasil, em função do aumento da demanda, e por possibilitar a articulação de vários pontos da RAS, possibilitando otimização de uso de leitos e recursos hospitalares. A AD também é alternativa para ajudar na redução da sobrecarga das portas de urgência, desinstitucionalização de usuários, redução do risco de infecções hospitalares por internações de longa permanência, bem como institui o papel do cuidador e propõe sua autonomia junto a da pessoa cuidada fora do hospital (6,7).A AD possui 3 modalidades, na modalidade AD1 estão os usuários que possuem comorbidades Controladas/compensadas, com algum grau de dependência nas AVDs, permitindo maior intervalo entre as visitas, usando procedimentos e técnicas de baixa complexidade. A AD2 abrange usuários com problemas de saúde, dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitam de maior frequência de cuidado, recursos de saúde com maior densidade tecnológica e acompanhamento contínuo até estabilização do quadro, necessidade de visitas semanais. A AD3 é semelhante a AD2, mas com usuários que necessitem uso de equipamentos/procedimentos especiais como paracentese, transfusões regulares, respirador mecânico (6). A modalidade AD1 está sob responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), responsabilidade que é compartilhada com o cuidador e demais pontos da RAS; seus usuários geralmente possuem permanência longa ou definitiva 6. Vale ressaltar que a AD se constitui como ferramenta para aplicação dos atributos da APS, uma vez que garante a ampliação do acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, inseridos no contexto familiar e comunitário do usuário(7,8,9)[...].O cuidador pode ser classificado em formal e informal. É chamado formal o profissional com ou

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.633.999

sem

formação em instituição de ensino, preparado para prestar cuidados domiciliares, profissão reconhecida em 2002 pelo Ministério do Trabalho. Já o cuidador informal é um membro da família ou comunidade que assume a função de prestar cuidados a uma pessoa dependente, sem ganhos financeiros ou vínculos trabalhistas (6,10). No Brasil, a maioria dos cuidadores informais são familiares do sexo feminino como esposa, filha, irmã, da raça branca, com a faixa etária variando entre 40 e 50 anos ou mais e proximidade física/afetiva da pessoa idosa. Já as cuidadoras formais são em sua maioria mulheres negras (3,6,9,10,12,13). Importante mencionar que há cuidadores que também são pessoas idosas, sendo também a maioria

mulheres em torno de 70 anos, com tempo médio de cuidado de 10 anos(12).A sobrecarga do cuidador é fato reconhecido e descrito amplamente na literatura, pois ao cuidar de uma pessoa idosa no domicílio, cuidadores informais se submetem a maior sobrecarga física, mental, psicológica, social e econômica(14). A sobrecarga do cuidador é mais evidente em países de baixa e média renda onde o envelhecimento populacional acelerado ocorreu antes do devido planejamento político legal, assistencial e estratégico, gerando impactos negativos da ausência de suporte social adequado para os cuidados prolongados(14).[...]Destaca-se

também que as limitações do letramento em saúde e qualidade do cuidado prestado refletem questões como nível educacional do cuidador, suporte social que ele recebe e condições próprias, como a personalidade, seu estado emocional e sua saúde (21), requerendo ações em diversas esferas para sua resolução.A falta de acessibilidade aos materiais educativos e de ações direcionadas dos serviços de saúde, contribuem para o surgimento de sentimentos de sobrecarrega e desconforto emocional pelo cuidador familiar, considerando o aumento da demanda de tempo e as inseguranças diante das dificuldades em realizar atividades de cuidado sem o conhecimento necessário a cada situação vivenciada (18,21).Embora existam serviços com equipe multiprofissional responsáveis pelo cuidado da pessoa dependente, em sua maioria eles não possuem ações que se destinam ao cuidador, mesmo que a sua abordagem seja fundamental para manter a qualidade do cuidado. A assistência domiciliar prestada pelas equipes, vinculadas ou não à APS se volta exclusivamente à pessoa dependente, em um formato de supervisão e orientação técnica biologicista em detrimento do aconselhamento, escuta qualificada e cuidado compartilhado (13, 20,22, 23).Existe a necessidade de viabilizar espaços de atenção para a pessoa que cuida, priorizando ações de educação em saúde que permitam maior letramento em saúde, e reduzam a sobrecarga do cuidador. Considerando a rotina

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.633.999

atarefada, com poucos horários livres, bem como o perfil sociodemográfico dos cuidadores e as distintas realidades locais vivenciadas, o uso de tecnologias audiovisuais em saúde desponta como ferramenta para ampliar sua acessibilidade a estes espaços de atenção.

Hipótese:

A disponibilização de material didático em formato de PodCast baseado nos itens geradores de maior sobrecarga do cuidador informal, é capaz de aumentar o acesso ao conhecimento e seu letramento em saúde, no contexto do cuidado domiciliar modalidade AD1, e melhorar a qualidade do cuidado

Metodologia Proposta:

Trata-se de pesquisa de campo observacional, transversal, de caráter quantitativo, com finalidade aplicada a elaboração de produto técnico e objetivo exploratório. Será utilizada amostra de cuidadores informais selecionados por conveniência entre os cuidadores de pessoas idosas domiciliadas em acompanhamento pelo Serviço de Visita Domiciliar da área descoberta de Juiz de Fora. Este serviço é vinculado ao Departamento de Atenção Integral à Saúde, Subsecretaria de Atenção à Saúde, da Prefeitura de Juiz de Fora. Este serviço é direcionado a usuários domiciliados elegíveis para modalidade de cuidado AD1, mas que residem em área descoberta do município. Sua equipe é composta por 03 médicos, 01 enfermeira e 01 nutricionista, que realizam visitas periódicas. As visitas são individuais ou em equipe, sendo cada profissional responsável pelo agendamento dos retornos. Reuniões de equipe são realizadas para compartilhamento dos casos. O serviço conta, atualmente, com 330 pessoas cadastradas ativas na área descoberta da cidade. A amostra de cuidadores será calculada por estimativa de pessoas idosas com algum nível de dependência, que necessitem atenção domiciliar na modalidade AD1. Para cálculo amostral foram utilizados dados da Pesquisa Nacional em Saúde do ano 2019, como percentual de idosos com limitação funcional para AVD e AVDI no Brasil (29,8%) e no estado de Minas Gerais (29,9%). A partir dessa estimativa, e considerando universo amostral de 330 pessoas idosas, considerando a proporção em Minas Gerais. O cálculo foi feito baseado na fórmula, para populações finitas <10.000(27). Baseado na inserção das informações, foi calculada uma amostra de 42 participantes, selecionados por sorteio a partir da lista das pessoas idosas cadastradas no serviço, que cumprissem os critérios de inclusão e exclusão. O contato dos cuidadores será fornecido pela equipe do serviço, que auxiliará na divulgação da pesquisa no momento das visitas agendadas. Ao ser sorteado, o cuidador receberá um telefonema do pesquisador para agendamento de uma visita

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.633.999

para participação na pesquisa, em caso de concordância. Em casos de recusa ou não atendimento do telefone após 03 tentativas em horários diferentes, novo participante será sorteado. A coleta será realizada por um avaliador treinado e familiarizado com as escalas, e demorará entre 30 e 60 minutos. A coleta de dados ocorrerá no domicílio dos participantes, por pesquisador responsável, com orientações aos participantes sobre o estudo e obtenção de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A seguir, serão aplicados 3 questionários: escala de Coelho Savassi, para avaliação de vulnerabilidade familiar; Escala de Zarit, para avaliação da sobrecarga de cuidador; Escala Coper, para avaliação do letramento do cuidador. Objetivando a manutenção da confidencialidade, os questionários serão identificados por numeração correspondente a listagem que apenas os pesquisadores responsáveis terão acesso. Após análise de dados, identificação das principais lacunas de conhecimento dos cuidadores e fatores associados como: fatores sociodemográficos, vulnerabilidade familiar e sobrecarga; será produzido material didático em formato de PodCast, objetivando o letramento em saúde dos cuidadores informais de pessoas idosas em AD1. É previsto que o PodCast contenha 10 episódios, com duração estimada de 10 minutos cada e temática a ser definida baseada nos achados da pesquisa. Os episódios serão disponibilizados gratuitamente através de plataformas digitais como YouTube e Spotify. O material será divulgado para APS e demais equipes que realizem suporte para AD1, como ferramenta adicional ao letramento dos cuidadores.

Critério de Inclusão: Ser o principal cuidador de pessoa idosa com idade acima de 60 anos domiciliada, acompanhada pela APS, em atenção domiciliar nível AD1; Ser cuidador informal;

Ser maior de 18 anos;

Critério de Exclusão: Cuidadores com formação na área da saúde;

Tamanho da Amostra: 42 participantes (Cuidadores Informais de Pessoas Idosas), Intervenções a serem realizadas: Aplicação de questionário sociodemográfico, e das escalas de Coelho

Savassi, Zarit e Cooper.

Cronograma: Coleta de Dados 02/06/2025 a 31/10/2025; Tabulação e Análise dos Dados 01/10/2025 a 28/11/2025; Análise dos Resultados 01/12/2025 a 19/12/2025; Redação e Entrega do Relatório Final da Pesquisa para o CEP 01/09/2026 a 30/09/2026.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Produzir material técnico para aumentar o letramento em saúde direcionado ao cuidador informal de pessoas idosas domiciliadas, residentes em área descoberta da Atenção Primária à

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

CEP: 36.036-900

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.633.999

Saúde, com conteúdo focado nas principais lacunas de conhecimento identificadas neste estudo.

Objetivo Secundário:

- Traçar um perfil dos cuidadores informais de pessoas idosas acompanhadas na modalidade AD1.
- Avaliar o nível de sobrecarga de cuidadores informais de pessoas idosas domiciliados acompanhados na modalidade AD1.
- Avaliar o letramento em saúde de cuidadores informais de pessoas idosas domiciliados acompanhados na modalidade AD1.
- Produzir produto técnico educacional em forma de PodCast baseado nas lacunas do letramento em saúde identificados, com informações em saúde baseadas em evidências científicas, com linguagem e reprodução acessível.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto de estudo proposto apresenta riscos mínimos, sem potencial de danos imediatos ou tardios aos participantes ou à comunidade. Dentre os riscos possíveis, devem ser considerados a perda de confidencialidade ou exposição de dados, bem como o receio do cuidador desta situação; exposição de situações de fragilidade de ente querido e rotina particular doméstica; gatilhos emocionais negativos durante a participação e resposta às ferramentas avaliativas utilizadas, diante da fragilidade emocional. Para minimizar estes riscos serão adotadas medidas de treinamento dos pesquisadores responsáveis para aplicação do questionário de forma isenta e delicada, mantendo a neutralidade diante de qualquer resposta; codificação numérica da identificação dos participantes, garantindo anonimato e sigilo das informações. Os participantes também poderão interromper a participação a qualquer momento, sem prejuízo do cuidado prestado pela equipe de referência no cuidado à pessoa idosa domiciliada.

Benefícios:

A elaboração do produto técnico educacional proposto pelo projeto será baseado e direcionado ao letramento em saúde de cuidadores informais de pessoas idosas domiciliadas sob cuidados da Atenção Domiciliar na modalidade AD1. A expectativa é que ele possa contribuir para sua capacitação, qualificação do cuidado prestado e melhora dos níveis de sobrecarga. A expectativa é o que produto seja amplamente difundido entre as equipes atuantes com a modalidade AD1, para divulgação entre os cuidadores informais, aumento o acesso destes a informação simples e de qualidade.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

CEP: 36.036-900

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@uff.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.633.999

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atendimento as pendências emitidas em 26 de Abril de 2025:

1) Ajustar o Instrumento coleta dados para manter o anonimato(Identificação) e o modo correto de perguntar sobre a coloração da pele.

RESPOSTA: Número de Identificação do Participante e - Raça\Cor da Pele Autodeclarada

ANÁLISE: Pendência atendida.

2) Carta de anuência do parceiro externo para ações de extensão com NOME COMPLETO DO DIRIGENTE (SSJF) e DADOS DO PROFISSIONAL DA INSTITUIÇÃO PARCEIRA (Responsável pelo acompanhamento da ação de Extensão) com o seguinte texto `Atestamos para os devidos fins que a instituição PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, CNPJ 18.338.178/001- 02 deseja estabelecer parceria com a UFJF para realização da pesquisa com interface na extensão ¿Elaboração de PodCast educativo para aumento do letramento em saúde e redução da sobrecarga de cuidadores informais de pessoas idosas em Atenção Domiciliar¿, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa Dra Silvia Lanziotti Azevedo da Silva, Faculdade de Medicina UFJF, conforme plano de trabalho apresentado pelo coordenador da ação de extensão. Juiz de Fora, 03 de fevereiro de 2025.¿ Documento assinado por agente que não está referenciado no documento. Apresentar Declaração da Prefeitura de Juiz de Fora, assinada, acusando infraestrutura e concordância com a PESQUISA.

RESPOSTA: os projetos são enviados pelo Prefeitura Ágil, sistema que não permite ao pesquisador solicitar formatos no Termo de Infraestrutura. A prefeitura entende que, o projeto, ao produzir um produto para um público, no caso os cuidadores, embora não pretenda aplica-lo pode ser considerado um desdobramento em formato extensão, a partir de um projeto de pesquisa. Por isso, classificou o projeto como ¿Extensão Interface com Pesquisa¿. Entretanto, essa classificação em nada muda o que será realizado, que será a aplicação de instrumentos no domicílio de cuidadores de pessoas idosas. Esta pesquisa permitirá traçar o perfil desses cuidadores, seu letramento e sobrecarga. Em relação à assinatura do Termo de Infraestrutura, a profissional [...] responsável pelo acompanhamento do projeto, está de licença. Por isso a assinatura, para que não ocorram atrasos no andamento dos trabalhos, está sendo da profissional [...], responsável provisória pelo setor. Entretanto, ela não será a responsável pelo acompanhamento todo o tempo de execução do projeto, por isso o nome do termo não foi trocado. Deixamos claro que a Prefeitura de Juiz de Fora, independente de como classificou o projeto, forneceu sua anuência ao projeto e seus resultados serão reportados, e solicitamos

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

CEP: 36.036-900

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.633.999

reconsideração deste Comitê em relação a este ponto que foge à capacidade de resolução dos pesquisadores.

ANÁLISE: Pendência atendida

3) Os critérios de exclusão não devem ser a negação ou o inverso dos critérios de inclusão. Eles devem trazer os motivos que excluiriam os indivíduos aptos a participar da pesquisa. Ou seja, dentre os indivíduos que podem participar, quais situações impediriam sua participação? Reformular os critérios de exclusão.

RESPOSTA: Cuidadores com formação na área da saúde;

ANÁLISE: Pendência atendida

4) Atualizar CV de membros da equipe de pesquisa(Guilherme Augusto Menezes e Caroline Campos Fonseca)

RESPOSTA: CV atualizados

ANÁLISE: Pendência atendida

5) Revisar o cronograma em relação a Redação de Relatórios.

RESPOSTA: Coleta de Dados 02/06/2025 a 31/10/2025; Tabulação e Análise dos Dados 01/10/2025 a 28/11/2025; Análise dos Resultados 01/12/2025 a 19/12/2025; Redação e Entrega do Relatório Final da Pesquisa para o CEP 01/09/2026 a 30/09/2026.

ANÁLISE: Pendência atendida

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as disposições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

CEP: 36.036-900

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.633.999

pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as normas definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com o que prevê o Manual Operacional para CEPs. Apresenta Carta de anuência com a realização da pesquisa nos seguintes termos: os projetos são enviados pelo Prefeitura Ágil, sistema que não permite ao pesquisador solicitar formatos no Termo de Infraestrutura. A prefeitura entende que, o projeto, ao produzir um produto para um público, no caso os cuidadores, embora não pretenda aplicá-lo pode ser considerado um desdobramento em formato extensão, a partir de um projeto de pesquisa. Por isso, classificou o projeto como “Extensão Interface com Pesquisa”. Entretanto, essa classificação em nada muda o que será realizado, que será a aplicação de instrumentos no domicílio de cuidadores de pessoas idosas. Esta pesquisa permitirá traçar o perfil desses cuidadores, seu letramento e sobrecarga. Em relação à assinatura do Termo de Infraestrutura, a profissional [...] responsável pelo acompanhamento do projeto, está de licença. Por isso a assinatura, para que não ocorram atrasos no andamento dos trabalhos, está sendo da profissional [...], responsável provisória pelo setor. Entretanto, ela não será a responsável pelo acompanhamento todo o tempo de execução do projeto, por isso o nome do termo não foi trocado. Deixamos claro que a Prefeitura de Juiz de Fora, independente de como classificou o projeto, forneceu sua anuência ao projeto e seus resultados serão reportados, e solicitamos reconsideração deste Comitê em relação a este ponto que foge à capacidade de resolução dos pesquisadores. Sendo assim, está de acordo com a regulamentação definida na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, com todas as pendências sanadas, o projeto está APROVADO, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecidos na Res. 466/12 CNS e Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 30/09/2026.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

CEP: 36.036-900

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.633.999

Considerações Finais a critério do CEP:

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2512171.pdf	18/05/2025 09:28:57		Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	17/05/2025 07:41:10	Silvia LANZIOTTI	Aceito
Outros	Lattes_GuilhermeMenezes.pdf	01/05/2025 14:28:42	Silvia LANZIOTTI	Aceito
Outros	Lattes_CarolinaFonseca.pdf	01/05/2025 14:27:50	Silvia LANZIOTTI	Aceito
Outros	Instrumento_Coleta_Ajustado.pdf	26/04/2025 14:32:49	Silvia LANZIOTTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Ajustado.pdf	26/04/2025 14:32:15	Silvia LANZIOTTI	Aceito
Outros	Termo_Sigilo_Confidencialidade.pdf	07/03/2025 08:30:45	Silvia LANZIOTTI	Aceito
Outros	CurriculoLattes_Silvia.pdf	07/03/2025 08:28:48	Silvia LANZIOTTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_Prefeitura.pdf	07/03/2025 08:24:49	Silvia LANZIOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/03/2025 08:24:24	Silvia LANZIOTTI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	07/03/2025 08:22:58	Silvia LANZIOTTI	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

CEP: 36.036-900

Telefone: (32)2102-3788

E-mail: cep.propp@ufjf.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - UFJF



Continuação do Parecer: 7.633.999

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 12 de Junho de 2025

Assinado por:

Patrícia Aparecida Baumgratz de Paula
(Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

CEP: 36.036-900

E-mail: cep.propp@ufjf.br

ANEXO B– Termo de Consentimento Livre Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **“Elaboração de PodCast educativo para aumento do letramento em saúde e redução da sobrecarga de cuidadores informais de pessoas idosas em Atenção Domiciliar.”**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é o aumento da população idosa, ocasionado pela transição demográfica e epidemiológica, bem como o aumento da demanda pela Atenção Domiciliar nesta população, com maior necessidade de cuidadores informais. É sabido que, na maioria dos casos, o papel de cuidador é assumido por pessoas sem formação na área da saúde, com conhecimento em saúde variável, o que pode contribuir para sua sobrecarga do cuidador e desfechos negativos para a pessoa cuidada. Nesta pesquisa pretendemos produzir material técnico para aumentar o conhecimento em saúde direcionado ao cuidador informal de pessoas idosas restritas ao domicílio, acamadas ou não, com conteúdo focado nas principais lacunas de conhecimento quv serão identificadas neste estudo.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: aplicação de questionário para obtenção de dados socioeconômicos e demográficos para preenchimento de escala de risco familiar de Coelho-Savassi; aplicação de questionário para preenchimento da escala de Zarit, que avalia a sobrecarga do cuidador de pessoas idosas; aplicação de questionário para preenchimento da escala de COPER 14, que avalia as habilidades cognitivas, técnico-operacionais, emocionais e relacionais do cuidador, que são relacionadas ao seu conhecimento em saúde.

Esta pesquisa tem alguns riscos mínimos, sem potencial de danos imediatos ou tardios aos participantes ou à comunidade. Dentre os riscos possíveis, devem ser considerados a perda de confidencialidade ou exposição de dados, bem como o receio do cuidador desta situação; exposição de situações de fragilidade de familiar querido e rotina particular doméstica; gatilhos emocionais negativos durante a participação e resposta às ferramentas avaliativas utilizadas, diante da fragilidade emocional. Também pode haver risco do cuidador ter medo de ter o atendimento ao familiar interrompido ou prejudicado em função da sua participação na pesquisa. Para minimizar estes riscos serão adotadas medidas de treinamento dos pesquisadores responsáveis para aplicação do questionário de forma imparcial e delicada, mantendo a neutralidade diante de qualquer resposta; codificação numérica da identificação dos participantes, garantindo anonimato e sigilo das informações. O pesquisador não revelará as respostas à equipe do serviço de Atenção Domiciliar com qualquer identificação e a participação não terá nenhuma relação com o atendimento recebido. Os participantes também poderão interromper a participação a qualquer momento.

A pesquisa ajudará na elaboração do produto técnico educacional, baseado e direcionado ao conhecimento em saúde de cuidadores informais de pessoas idosas domiciliadas sob cuidados da Atenção Domiciliar na modalidade AD1. A expectativa é que ele possa contribuir para sua capacitação, qualificação do cuidado prestado e melhora dos níveis de sobrecarga. A expectativa é o que produto seja amplamente difundido entre as equipes atuantes com atenção domiciliar, para divulgação entre os cuidadores informais, aumento o acesso destes a informação simples e de qualidade.

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

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do

Brasil. **Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

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



(cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

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

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2025

Assinatura do Participante

Silvia Lanziotti

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: **Silvia Lanziotti Azevedo da Silva**
Campus Universitário da UFJF: **Campus Juiz de Fora**
Faculdade/Departamento/Instituto: **Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva**
Avenida Eugênio do Nascimento s/n, Bairro Dom Bosco
CEP: 36038-330
Fone: (32) 2102 - 3845
E-mail: silvia.lanziotti@ufjf.br

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

O CEP avalia protocolos de pesquisa que envolve seres humanos, realizando um trabalho cooperativo que visa, especialmente, à proteção dos participantes de pesquisa do

Brasil. **Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:**

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa

CEP: 36036-900

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

APÊNDICE A– Instrumento de Coleta**FICHA DE DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS:****Dados para preenchimento da escala de Coelho-Savassi):**

1- Identificação nº:_____.

2- Idade:_____.

3- Sexo:_____.

4- Raça / Cor:

- a) Branca
- b) Preta
- c) Amarela
- d) Parda
- e) Indígena

5-Estado Civil: _____.

6- Escolaridade:

- a) Analfabeto
- b) 1º grau incompleto
- c) 1º grau completo
- d) 2º grau incompleto
- e) 2º grau completo
- f) 3º grau incompleto
- g) 3º grau completo

7- Profissão:_____.

8- Renda do cuidador:

- a) Até 1 salário mínimo
- b) De 1 a 2 salários mínimos
- c) De 2 a 4 salários mínimos
- d) Acima de 4 salários mínimos
- e) Não possui fonte de renda

9- Vinculo com a pessoa
cuidada:_____.

10- Quantas horas por dia você fica responsável como cuidador:

- a) até 6 horas por dia
- b) de 6 até 12 horas por dia
- c) de 12 até 18 horas por dia
- d) o dia todo.

11- A casa possui rede de esgoto?

- a) Sim
- b) Não

12- A casa possui água encanada?

- c) Sim
- d) Não

13- Quantas pessoas moram na residência: _____.

14- Quantos cômodos tem a residência: _____.

15- Alguém na casa possui:

- a) deficiência física: _____
- b) deficiência mental: _____
- c) problemas com drogas: _____
- d) desnutrição: _____
- e) hipertensão arterial: _____
- f) diabetes mellitus: _____

16- Quantas pessoas na casa possuem idade acima de 70 anos: _____.

17- Quantas pessoas na casa possui idade menor que 6 meses:
_____.

ESCALA DE RISCO FAMILIAR DE COELHO-SAVASSI:

Dados da ficha A SIAB (Sentinelas de Risco)	Escore
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência Mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Indivíduo menor de seis meses de idade	1
Indivíduo maior de 70 anos de idade	1
Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Diabetes Mellitus	1
Relação morador/ cômodo maior que 1	3
Relação morador/ cômodo igual a 1	2
Relação morador/ cômodo menor que 1	0

Escore total	Risco Familiar
5 e 6	R1- risco menor
7 e 8	R2- risco médio
Acima de 9	R3- risco máximo

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES DE IDOSOS:**Escala de Zarit Reduzida (ZBI7):**

Pergunta:	Nunca (1)	Quase nunca (2)	Às veze s (3)	Frequentemen te (4)	Quase sempre (5)
1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?					
2. Sente-se estressado/angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex.: cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).					
3. Acha que a situação atual afeta a sua relação com amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?					
4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?					
5. Sente que sua saúde tem sido afetada por ter que cuidar do seu familiar/doente?					
6. Sente que tem perdido o controle da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?					
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?					

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA

Até 14 pontos	Leve
15 a 21 pontos	Moderada
Igual ou maior a 22 pontos	Grave

ESCALA COPER 14:

<u>Como você avalia seu conhecimento para:</u>	Muito difícil (1)	Relativamente difícil (2)	Nem fácil nem difícil (3)	Relativamente fácil (4)	Muito fácil (5)
1- Identificar as limitações físicas da pessoa de quem você cuida (C)					
2- Identificar os sinais e sintomas de piora da saúde da pessoa de quem você cuida (P)					
3- Identificar as necessidades de alimentação da pessoa de quem você cuida (P)					
4- Identificar sinais e sintomas de desidratação da pessoa de quem você cuida (P)					
5- Identificar os remédios dos quais a pessoa de quem você cuida faz uso (C)					
6- Identificar expressões faciais que a pessoa de quem você cuida pode apresentar (R)					
7- Reconhecer sinais de alterações nas eliminações da pessoa de quem você cuida (P)					
<u>Quanto você se sente adaptado para:</u>					
8- Com a rotina diária de cuidados (E)					

9- Exercer o papel de cuidador (E)					
<u>Como você se sente em relação ao seu preparo para:</u>					
10- Administrar/Ofertar os remédios (C)					
11- Avaliar a temperatura corporal da pessoa de quem você cuida (P)					
12- Despir e vestir a pessoa de quem você cuida (C)					
13- Comunicar-se com a pessoa de quem você cuida (R)					
14- Estimular a autonomia da pessoa de quem você cuida (R)					

O score total pode ser pontuado de 1 a 70, e para a sua classificação optou-se por dividir o valor de todas as somas das respostas máximas em quartis, sendo que as pontuações mais elevadas indicam maior competência, recebendo a seguinte classificação:

- de 1-17 pontos, baixa competência,
- de 18 a 35, pouca competência,
- de 36 a 52, boa competência
- de 53 a 70, ótima competência