

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

**SAÚDE FÍSICA E MENTAL DOS IDOSOS E SOBRECARGA
DOS CUIDADORES FORMAIS DE INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

MARINGÁ
2016

MARIANA VALENÇA DE SOUZA

**SAÚDE FÍSICA E MENTAL DOS IDOSOS E SOBRECARGA
DOS CUIDADORES FORMAIS DE INSTITUIÇÕES DE
LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rose Mari Bennemann
Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Rute Grossi Milani

MARINGÁ
2016

S891s **SOUZA**, Mariana Valença de

Saúde física e mental dos idosos e sobrecarga dos cuidadores formais de Instituições de Longa Permanência para Idosos. Mariana Valença de Souza. Maringá-Pr.: UNICESUMAR., 2016.
92p.

Contém Tabelas

Mestrado em Promoção da Saúde.
Linha de Pesquisa: Envelhecimento Ativo

Orientador: Prof^a. Rose Mari Bennemann

1. Estado Nutricional. 2. Cognição. 3. Esgotamento Profissional.
4. Promoção da Saúde. I Título.

CDD 614
NBR 12899 - AACR/2

MARIANA VALENÇA DE SOUZA

**Saúde física e mental dos idosos e sobrecarga dos cuidadores formais de
Instituições de Longa Permanência para Idosos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro
Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em
Promoção da Saúde pela Comissão Julgadora composta pelos membros:

COMISSÃO JULGADORA

Prof^a. Dr^a. Rose Mari Bennemann
Centro Universitário de Maringá (Presidente)

Prof^a. Dr^a. Sonia Maria Marques Gomes Bertolini
Centro Universitário de Maringá

Prof^a. Dr^a. Maria Antônia Ramos Costa
Universidade Estadual do Paraná

Aprovado em: 24 de fevereiro de 2016.

Dedico esta dissertação aos meus estimáveis pais, Umberto e Leda, que com muita sabedoria, dedicação e paciência estiveram sempre ao meu lado durante esta caminhada. Sem o apoio e o estímulo de vocês essa minha realização profissional não seria possível. Obrigada por serem meus pais, amigos, fontes de inspiração, apoio e ensino diário.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por estar presente constantemente em minha vida, abençoando, iluminando e guiando meus passos durante todo o caminho percorrido.

A Dr^a. Rose Mari Bennemann, minha orientadora, o meu imenso agradecimento por toda a compreensão, orientação, disponibilidade e paciência demonstrados ao longo da realização deste trabalho.

A Dr^a. Rute Grossi Milani, minha coorientadora, pela dedicação e ensinamentos.

Ao Professor Eraldo pela contribuição nas análises estatísticas.

Aos meus pais, meu irmão e toda minha família, pelo eterno apoio e encorajamento ao longo de todo este percurso.

A você Thiago, meu companheiro e namorado, por toda paciência, carinho, compreensão e incentivo incondicional que a mim concedeu ao longo do caminho percorrido.

As direções das instituições de idosos, pela autorização e gentileza de permitir a coleta dos dados deste estudo.

Aos idosos e cuidadores que se dispuseram a responder aos questionários.

A todos vocês, o meu sincero muito obrigada!

Saúde física e mental dos idosos e sobrecarga dos cuidadores formais de Instituições de Longa Permanência para Idosos

RESUMO

O presente trabalho teve como objeto de estudo investigar e avaliar o estado nutricional e a capacidade cognitiva dos idosos, bem como a presença de indicadores da síndrome de *burnout* nos cuidadores de Instituições de Longa Permanência para Idosos do noroeste do Paraná. A avaliação do estado nutricional foi realizada pela Mini Avaliação Nutricional, a capacidade cognitiva pelo Mini Exame do Estado Mental e a presença de indicadores da síndrome de *burnout* pela Escala de Caracterização do *Burnout*. Fizeram parte deste estudo 141 idosos e 40 cuidadores. Desses, 56,03% eram do sexo masculino, 60,99% tinham menos de 80 anos de idade, 92,81% apresentaram comprometimento cognitivo e 69,47% estavam com o estado nutricional normais. Associação estatisticamente significativa foi verificada entre estado nutricional em idosos com idade entre 80 a 89 anos (p -valor = 0,0456) e entre aqueles do sexo feminino e capacidade cognitiva (p -valor = 0,0425). Em relação aos cuidadores, 82,5% eram do sexo feminino, 65% possuíam 40 anos ou mais de idade, 47,5% eram técnicos em enfermagem, 22,5% auxiliares de enfermagem, 22,5% técnicos em cuidados de pessoas idosas e 7,5% enfermeiros, dos quais 70% possuíam carga horária diária de trabalho de 12 horas. Constatou-se em 7,5% dos participantes, níveis altos nas três dimensões do *burnout* simultaneamente, o que sugere alto risco para o desenvolvimento da síndrome. Os resultados deste estudo sugerem que as atividades inerentes ao atendimento das necessidades dos idosos, institucionalizados através do cuidado desenvolvido pelo cuidador, quando associado a outras demandas da vida pessoal e familiar, poderá desencadear o desenvolvimento de problemas psicológicos, emocionais e/ou físicos, como por exemplo: a síndrome de *burnout*. Dessa forma, é de extrema importância a abordagem interdisciplinar com objetivo de promover, restaurar e preservar a saúde, a autonomia, e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados, como também implantar ações voltadas aos cuidadores para a melhoria da assistência e também da qualidade de vida desses profissionais.

Palavras-chave: Estado Nutricional; Cognição; Idoso; Esgotamento Profissional; Promoção da Saúde.

Physical and mental health of the elderly and overloading of formal caregivers in homes for the aged

ABSTRACT

This research was the object of study to investigate and evaluate the nutritional status and cognitive capacity of the elderly, as well as the presence of indicators of burnout in caregivers in long-stay institutions to the northwest of Paraná Elderly. The assessment of nutritional status was held by the Mini Nutritional Assessment, cognitive ability by the Mini Mental State Examination and the presence of indicators of burnout syndrome by Burnout characterization range. This study included 141 elderly and 40 caregivers. Of these, 56.03% were male, 60.99% were under 80 years old, 92.81% had cognitive impairment and 69.47% were in the normal nutritional status. statistically significant association was found between nutritional status in older adults aged 80-89 years ($p = 0.0456$) and among those women and cognitive ability (p -value = 0.0425). Regarding the caregivers, 82.5% were female, 65% were 40 years or older, 47.5% were nursing technicians, 22.5% nursing auxiliaries, 22.5% in technical care of people elderly and 7.5% nurses, of which 70% had daily workload of 12 hours. It was found in 7.5% of participants, high levels in the three burnout dimensions simultaneously, which suggests high risk of developing the syndrome. The results of this study suggest that the activities related to meeting the needs of the elderly, institutionalized through the care developed by the caregiver, when combined with other demands of personal and family life, may trigger the development of psychological problems, emotional and / or physical, as for example: the burnout syndrome. Thus, it is extremely important the interdisciplinary approach in order to promote, restore and preserve the health, independence and quality of life of institutionalized elderly, but also implement actions to caregivers to improve the care and also the quality of life of these professionals.

Keywords: Nutritional Status; Cognition; Aged; Burnout Professional; Health Promotion.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO I – ESTADO NUTRICIONAL E CAPACIDADE COGNITIVA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Tabela 1. Média, desvios-padrão e coeficientes de variação para as variáveis idade, índice de massa corporal (IMC) e mini exame do estado mental (MEEM).....39

Tabela 2. Perfil dos idosos por sexo, faixa etária, estado civil, comprometimento cognitivo e estado nutricional.....39

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo faixa etária e sexo.....40

Tabela 4. Perfil dos idosos de acordo com o sexo, faixa etária, estado civil e estado nutricional em relação ao comprometimento cognitivo.....41

Tabela 5. Distribuição dos idosos segundo sexo, estado nutricional, faixa etária e estado civil.....42

ARTIGO II – SÍNDROME DE BURNOUT EM CUIDADORES DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.

Tabela 1. Perfil dos cuidadores por sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação, carga horária, renda mensal e tempo de atuação na instituição.....57

Tabela 2. Nível de exaustão emocional, grau de desumanização e nível de decepção no trabalho dos cuidadores.....58

Tabela 3. Nível de exaustão emocional, grau de desumanização e nível de decepção no trabalho dos cuidadores, segundo sexo e faixa etária.....59

Tabela 4. Distribuição simultânea dos participantes nos três níveis de *burnout*.....60

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVSs – Atividades básicas de vida diária

AIVDs – Atividades instrumentais de vida diária

AJ – Altura do Joelho

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVDs – Atividades de vida diária

CB - Circunferência do braço

CMDI – Conselho municipal dos direitos do idoso

CP – Circunferência da Panturrilha

DCS – Dobra cutânea subescapular

ECB – Escala de caracterização do *burnout*

ILPIs – Instituição de longa permanência para idosos

MAN – Mini avaliação nutricional

MEEM – Mini exame do estado mental

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	13
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	13
2.2 O IDOSO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO	16
2.3 ESTADO NUTRICIONAL.....	19
2.4 CAPACIDADE COGNITIVA.....	22
2.5 CUIDADORES DE IDOSOS	23
3 METODOLOGIA	27
3.1 DELINEAMENTO E LOCAL DO ESTUDO.....	27
3.2 POPULAÇÃO ALVO E RECRUTAMENTO	27
3.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	27
3.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	28
3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	28
3.4 COLETA DE DADOS.....	28
3.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	29
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
4 ARTIGOS CIENTÍFICOS	33
4.1 ESTADO NUTRICIONAL E CAPACIDADE COGNITIVA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	33
4.2 SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EM CUIDADORES DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS ...	49
5 CONCLUSÃO	67
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXOS	78
ANEXO I.....	78
ANEXO II.....	82
ANEXO III.....	83
ANEXO IV	86
APÊNDICES.....	88
APÊNDICE I	88
APÊNDICE II.....	90

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento populacional apesar de ser uma realidade vivenciada há muito pelos países desenvolvidos, ainda é um fato que produz mudanças no contexto mundial (LOUREIRO et al., 2014). A alteração da pirâmide etária é um bom exemplo que evidencia o crescimento da população idosa. Este fenômeno é resultado de diversos fatores como a redução das taxas de fecundidade, avanços tecnológicos e aumento da expectativa de vida (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), no ano de 2000 a população idosa do Brasil, ou seja, indivíduos com 60 anos ou mais correspondiam a 8,56%. No último censo realizado em 2010, este grupo etário passou a corresponder a 10,79% da população total (IBGE, 2011). Estima-se que até 2050 haverá 2,4 bilhões de idosos no mundo, ou seja, 26,2% da população (ONU, 2009).

É importante ressaltar que além das mudanças demográficas originárias do processo de envelhecimento, o perfil epidemiológico também vem sofrendo alterações. A população idosa é frequentemente atingida por doenças crônicas não transmissíveis. Doenças estas, que podem prejudicar a capacidade funcional e levar ao comprometimento da autonomia tendo em vista que podem infligir limitações que tendem a aumentar conforme o avançar da idade e conseqüentemente levar a dependência de cuidados específicos e permanentes (LOUREIRO et al., 2014).

Outras conseqüências do crescimento da população idosa são as mudanças socioeconômicas. Muitas vezes as famílias se deparam com a falta de recursos econômicos e psicossociais diante do cuidado com o idoso visto que, à medida que envelhecem, os idosos tornam-se cada vez mais debilitados e necessitam de cuidados de maior complexidade e custos elevados, o que levam ao aumento da procura por serviços de cuidados qualificados, constituídos por uma equipe interdisciplinar capaz de assegurar as necessidades específicas desse grupo etário (OLIVEIRA; NOVAES, 2012).

Nesse sentido, as instituições de longa permanência para idosos (ILPIs), sejam elas públicas ou privadas, são uma alternativa não familiar para garantir atendimento como moradia e cuidados aos idosos (OLIVEIRA; NOVAES, 2012). As famílias, muitas vezes,

optam pelo trabalho das ILPIs, por possuírem dificuldades para cuidar dos idosos devido às mudanças na estrutura familiar. Atualmente as famílias apresentam frequentemente número reduzido de pessoas onde necessariamente a participação cada vez maior da mulher no mercado de trabalho tem se efetivado e como consequência, falta tempo para dedicar cuidados ao idoso (KEMP; BALL; PERKINS, 2012; OLIVEIRA; TAVARES, 2014).

Nesses espaços, uma figura de grande importância é o cuidador, pois, além de auxiliar nas atividades da vida diária (AVDs) ainda contribui para a manutenção do bem estar dos idosos sejam eles, saudáveis, enfermos e/ou fragilizados. (CARNEIRO et al., 2009; GARBIN et al., 2010). O cuidador pode ser membro ou não da família do idoso, por isso com ou sem remuneração, desempenha importante papel nas atividades diárias dessa pessoa desde a alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina até o acompanhamento aos serviços de saúde (COLOMÉ et al., 2011).

Esse profissional também pode ser denominado de cuidador formal, uma vez que este possua formação específica para realizar esta função (ROCHA et al., 2008). Esse cuidador pode atuar em instituições de saúde, como por exemplo: hospitais, clínicas de saúde, instituições geriátricas e/ou as ILPIs, unidades básica de saúde, domicílios, entre outros. (RATES, 2007). Para Azevedo et al. (2010), os cuidadores formais são profissionais que possuem competência técnica e/ou científica, que oferecem condições para prestar assistência holística durante o processo de envelhecimento.

Muitas vezes o cuidado prestado à pessoa idosa transforma-se em uma tarefa difícil e complexa (RIBEIRO et al., 2009). A sobrecarga que acomete esses profissionais pode ocasionar o desenvolvimento de problemas psicológicos, emocionais e/ou físicos como dores somáticas e ainda o uso de medicamentos psicotrópicos podendo prejudicar sua saúde e interferir em sua qualidade de vida, o que leva à falta de condições para o bom desempenho de sua tarefa. (GRATAO et al., 2012).

As condições inadequadas de trabalho dos cuidadores podem desencadear a presença de estressores ocupacionais que se tornam permanentes na vida dos trabalhadores e consequentemente passam a contribuir para o desenvolvimento da síndrome de *burnout* (SILVA; CARLOTTO, 2008). Esta síndrome é caracterizada por um quadro bastante nítido de exaustão emocional, desumanização e decepção no trabalho (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009).

Nesse contexto, é relevante citar que os problemas de saúde que afetam o cuidador podem influenciar direta ou indiretamente nas condições de saúde do idoso que por ele é assistido. Destaca-se que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa instituída pelo Ministério da Saúde em 19 de outubro de 2006, cita que a promoção do envelhecimento saudável através de ações que visam à conservação da capacidade funcional, preserve a autonomia e a funcionalidade dos idosos e seus cuidadores (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

Diante de tal situação, é de extrema importância a viabilização e desenvolvimento de estudos voltados aos idosos bem como aos cuidadores com a finalidade de contribuir com a promoção da saúde e qualidade dos serviços oferecidos (ALVES-SILVA; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013). Assim, levando-se em consideração essa temática, o objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional e a capacidade cognitiva dos idosos como também a presença de indicadores da síndrome de *burnout* nos cuidadores de Instituições de Longa Permanência para Idosos do noroeste do Paraná.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O processo de envelhecimento é um fenômeno que pode ser verificado em todo território mundial, no caso do Brasil, as alterações decorrentes deste fenômeno ocorrem de forma acelerada e radical tornando-se um dos grandes desafios para a saúde pública contemporânea (RODRIGUES et al., 2009; VERAS, 2009).

Segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE, 2011), a população total do Brasil corresponde a 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que 51% são mulheres e 49% são homens. O total de pessoas idosas segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS 2005), nos países em desenvolvimento que possuem 60 anos ou mais, é de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8% da população total. Desses, 55,5% são mulheres e 44,5% são homens (IBGE, 2011).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a proporção de idosos está crescendo mais rapidamente que qualquer outro grupo etário em todo o mundo. Entre 1970 e 2025, espera-se um aumento de 223% ou seja, aproximadamente 694 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de idosos e até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (OMS, 2005).

As modificações na dinâmica populacional são claras e irreversíveis já que, desde 1940 tem-se observado as maiores taxas de crescimento populacional entre a população idosa. A taxa de crescimento nessa fase, na década de 1950 totalizou valores superiores a 3% ao ano atingindo 3,4% entre os anos de 1991 e 2000. Quando se compara o crescimento da população idosa com o crescimento da população total do país, nota-se que num intervalo de 25 anos (1980 a 2005), o crescimento da população idosa foi de 126,3%, ao passo que o crescimento da população total foi de apenas 55,3%. Cabe destacar ainda que o grupo etário com 80 anos ou mais, corresponde a 14% da população brasileira atualmente (IBGE, 2011).

Segundo Veras (2012), as discussões a respeito da transição demográfica se iniciaram há tempos e conseqüentemente já se identifica a consolidação de dados sobre o assunto. Porém, as conseqüências decorrentes do aumento do tempo de vida da população ainda requer

a elaboração de estratégias e intervenções efetivas, principalmente quando se leva em consideração a velocidade com que ocorre a transição do perfil da população.

Nesse contexto, Cruz, Caetano e Leite (2010) salientam a necessidade de compreender os processos de transição demográfica e epidemiológica para a compreensão do processo de envelhecimento populacional e suas implicações no contexto da atenção à saúde do idoso.

Em relação às alterações demográficas da população brasileira atual, destacam-se progressivas quedas nas taxas de fecundidade e mortalidade, alteração da estrutura etária, elevado crescimento da proporção de idosos e inversão da distribuição das populações nas áreas urbanas e rurais (BRITO, 2008).

Até a década de 1940 a população do país passava por um processo de estabilidade, decorrente de baixas variações nas taxas de natalidade e mortalidade. No entanto, no próximo período que se estendeu até a década de 1970, ocorreu um rápido declínio das taxas de mortalidade resultante das políticas de saúde e dos avanços tecnológicos (CARVALHO; GARCIA, 2003). Em decorrência do declínio das taxas de mortalidade aliadas a elevadas taxas de fecundidade e ainda ao processo de urbanização iniciado a partir de 1940, ocorreu o crescimento da população brasileira, período este, conhecido como explosão demográfica (CARVALHO; GARCIA, 2003).

No entanto, no final da década de 1960 iniciou-se o declínio das taxas de fecundidade, esta considerável redução foi consequência da expansão da esterilização feminina, adoção de contraceptivos orais, e possivelmente, dos abortos ilegais. Este processo também está vinculado à progressiva incorporação da mulher no mercado de trabalho, ao processo de urbanização, ao desenvolvimento dos meios de comunicação e aos altos níveis de medicalização da sociedade. Assim sendo, ao iniciar o declínio das taxas de fecundidade tem início ao processo de envelhecimento populacional (CARVALHO; GARCIA, 2003; CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

É importante ressaltar que os avanços na área da saúde e conseqüentemente o aumento da qualidade de vida cooperaram para o aumento da expectativa de vida dos brasileiros. Neste sentido, o aumento da expectativa de vida em conjunto com a queda das taxas de mortalidade refletiu em um aumento considerável do número de idosos (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010).

A definição do termo transição epidemiológica é explicada por Schramm et al. (2004), como modificações que ocorrem em longo prazo, nos padrões de morbidade, invalidez e mortalidade que acometem uma população onde normalmente acontecem em conjunto com outras alterações demográficas, sociais e econômicas.

Ainda em consonância com o autor, as alterações epidemiológicas são decorrentes de três modificações: 1) substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis, como causas principais de morte; 2) alteração da maior carga de morbimortalidade em jovens para grupos mais idosos e 3) modificação do predomínio da mortalidade para morbidade (SCHRAMM et al., 2004). Neste cenário, ocorre alteração do perfil de saúde dos indivíduos frente ao predomínio das doenças agudas e nesse caso o perfil da população passa ser caracterizado pelas doenças crônicas e conseqüentemente as complicações decorrentes destas (PONTES et al., 2009).

No que diz respeito ao contexto brasileiro, observa-se que não há um período de transição epidemiológica delimitado, mas uma superposição entre as etapas onde se encontra a redução das doenças infectocontagiosas e o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas como o diabetes, o câncer juntamente com as doenças cardiovasculares. Todavia, no Brasil, o aumento dessas doenças coexiste com a manutenção de alta incidência daquelas conhecidas como infecto-parasitárias, e a ocorrência de óbitos e internações por causas externas. Além disso, verificam-se diferentes perfis epidemiológicos em uma mesma região, nas quais o país depara-se com situações contrastantes e conflitantes em relação às características de morbimortalidade (PONTES et al., 2009; PEREIRA; ALVES-SOUZA; VALE, 2015).

O envelhecimento da população no Brasil merece destaque dentro desta perspectiva, pois antes o Estado estava voltado para o controle das doenças transmissíveis e redução da mortalidade infantil, e não se encontrava preparado para desenvolver e aplicar estratégias para a prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações, tendo em vista que estas doenças já eram responsáveis por aproximadamente 60% de todas as mortes e 50% do total de doenças no mundo desde o ano 2002 (PONTES et al., 2009; SCHRAMM et al., 2004; BRASIL, 2011).

O aumento dos agravos crônico-degenerativos que atingem principalmente a população idosa implica em tratamentos e intervenções frequentemente de maior duração e complexidade de elevado custo (PICCINI et al., 2006). Assim, o rápido crescimento da

população idosa está sendo acompanhado por preocupações em relação às condições de cuidados que os longevos vivenciarão, tendo em vista que os cuidados familiares estão se tornando cada vez mais raros em decorrência da redução da fecundidade, das mudanças na nupcialidade e da crescente participação da mulher no mercado de trabalho, a qual tradicionalmente desempenha o papel de cuidadora.

Desta forma, a reflexão sobre este tema deve abranger as consequências, mudanças, desafios e perspectivas que o processo de envelhecimento acarreta uma vez que o envelhecimento saudável está relacionado com a interação entre saúde física, mental, capacidade funcional, integração social, suporte familiar e autônoma econômica (DUNCAN et al., 2012).

2.2 O IDOSO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO

Em decorrência do envelhecimento da população o perfil de morbimortalidade vem sofrendo alterações, fato que traz grandes repercussões para atenção e promoção à saúde dos idosos e para políticas públicas voltadas a este grupo etário. Embora enfatizem a responsabilidade das famílias para com o cuidado ao idoso, a propensão é o aumento da procura por instituições geriátricas que prestam assistência a ele (CREUTZBERG et al., 2007; KAMARANO; KANSO, 2010).

A redução da fecundidade, a maior participação das mulheres no mercado de trabalho e as mudanças nas estruturas familiares, incluindo os novos padrões de nupcialidade, como descasamentos e recasamentos, vêm enfraquecendo os vínculos e os laços de solidariedade entre as gerações e conseqüentemente contribuindo para a redução do cuidado familiar com o idoso (GALESI et al., 2008; CHRISTOPHE, 2009). Diante desse contexto, uma das alternativas encontrada é a institucionalização, nas chamadas instituições de longa permanência para idosos (ILPIs).

É perceptível o aumento do número de idosos brasileiros que residem em instituições de longa permanência. Outros fatores que tendem a contribuir para este número crescer ainda mais é o aumento da expectativa de vida, a fragilidade, o desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, o comprometimento da autonomia, que conseqüentemente prejudicam a qualidade de vida dos idosos (VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2012).

De acordo com Camarano e Kanso (2010), a origem das ILPIs está associada aos asilos, estas instituições primitivamente eram voltadas aos que não tinham condições de abrigo e normalmente eram movidas por caridade cristã.

Sendo assim, é importante lembrar o significado original da palavra asilo, que tem origem do grego (*asylum*), referindo-se um local de amparo e proteção (RIBEIRO et al., 2009). Isso comprova que a carência financeira e a falta de moradia estejam tradicionalmente ligadas aos principais motivos para a busca destas instituições (CAMARANO; KANSO, 2010).

No entanto, em decorrência do envelhecimento populacional e aumento da sobrevivência de pessoas com redução de capacidade física, cognitiva e mental, os asilos deixam de fazer parte apenas da rede de assistência social e integram a rede de assistência à saúde. E diante desta nova função a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugere a adoção do termo Instituição de Longa Permanência para Idosos (CAMARANO; KANSO, 2010).

Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a ILPI é considerada uma instituição, seja ela governamental ou não governamental que possui caráter residencial de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, independente do suporte familiar que possuem, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (CAMARANO; KANSO, 2010).

Simultaneamente ao crescimento das ILPIs, foi sendo elaborada estrutura legal para respaldar seu funcionamento (PINTO; SIMSON, 2012). Em 1989, o Ministério da Saúde, através da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária outorgou a Portaria nº 810, onde foi estabelecida as Normas para Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento do idoso. Essa portaria assegurava condições básicas para a funcionalidade das instituições, como instalações físicas em condições de salubridade e segurança, quadro de profissionais capacitados para atender às necessidades de cuidados a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários, além de desenvolver outras atividades características da vida institucional (PORTARIA nº 810/89). Por um longo período esta foi a única regulamentação dirigida às instituições de longa permanência para idosos.

Apenas em 2001 foi declarada a Portaria nº 73 pela Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS), que utilizou a expressão “atendimento institucionalizado” e

considerou prioritário o atendimento dos idosos que se encontravam sem o suporte familiar e em situações de vulnerabilidade (PINTO; SIMSON, 2012).

Já em 2003, após grande mobilização da sociedade e de especialistas, foi criado o Estatuto do Idoso, por meio da Lei nº 10.741, que foi considerado um grande avanço legal, pois regulamenta os direitos à pessoa idosa, determinando as obrigações das entidades assistenciais e atribuindo penalidades nas situações de desrespeito ao mesmo (BORN; BOECHAT, 2006).

O Estatuto do Idoso faz referência às instituições para idosos em diversos artigos e capítulos que o compõe apresentando requisitos, princípios norteadores, regras de fiscalização e penalidades. O mesmo ainda delibera sobre a assistência social e habitação e estabelece que as instituições sejam governamentais ou não governamentais, deverão inscrever seus programas junto ao órgão da Vigilância Sanitária e ao Conselho Municipal da Pessoa Idosa. Também estão dispostas neste documento as obrigações das instituições em relação ao atendimento aos idosos (BRASIL, 2003).

A partir de 2005, com a implementação da Norma Operacional Básica (NOB 1), o atendimento em instituições de longa permanência para idosos enquadra-se como um serviço de proteção social especial de alta complexidade que deverá ser executado junto aos estados, municípios e a sociedade civil. Dessa forma, fica claro que as instituições são referências para os idosos que têm sua autonomia física ou mental prejudicada cuja família não possui meios financeiros, físicos ou emocionais para prestar o cuidado adequado (PINTO; SIMSON, 2012).

A missão de fiscalizar as instituições cabe a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), para isso foi promulgada a Resolução – RDC 283/05. Em resumo, as ILPIs são caracterizadas como uma residência coletiva que amparam os indivíduos independentemente da carência de renda e/ou de família, mas também os idosos que necessitam de cuidados específicos e que apresentam dificuldades para o desempenho das atividades diárias, a exemplo de (CAMARANO; KANSO, 2010).

Segundo Camarano e Kanso (2010), no Brasil existem cerca de 3500 instituições para idosos, porém esse número pode ser ainda maior tendo em vista que muitas dessas instituições funcionam na clandestinidade. Os autores também verificaram que a maior parte das instituições brasileiras é de natureza filantrópica, ou seja, são mantidas financeiramente sobretudo pelos recursos dos próprios residentes e/ou familiares.

É importante relatar que a institucionalização pode gerar consequências na vida dos idosos, tais consequências são decorrentes da adaptação da vida institucionalizada que podem influenciar de forma positiva ou negativa a qualidade de vida desses indivíduos. A mudança para a instituição pode ter um significado nocivo para o idoso, uma vez que este se vê muitas vezes privado de suas atividades familiares e corriqueiras sentindo-se em uma espécie de confinamento, onde é obrigado a viver uma situação limitada às regras da instituição (PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

Em relação às consequências da institucionalização para o idoso destaca-se ainda que essa condição possa resultar em declínio funcional, com consequente perda da independência para o desempenho das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) (CREUTZBERG; GONÇALVES; SOBOTTKA, 2008). Por isso, é fundamental levar em consideração o grau de vulnerabilidade que os idosos residentes em ILPI apresentam, tanto pelo aspecto relacionado à idade quanto pelas condições determinadas pela institucionalização (SILVA, 2014).

Diante disso, é fundamental procurar meios convenientes para realização de estudos que melhor retratem a extensão dos fatores de risco para esses idosos, nos quais prejudicam a integridade física e mental, a exemplo do comprometimento do estado nutricional e da capacidade cognitiva desses indivíduos.

2.3 ESTADO NUTRICIONAL

O envelhecimento afeta de forma direta o estado nutricional de um indivíduo que pode ser comprometido por vários fatores, desde aqueles relacionados à própria senescência (envelhecimento normal) até os de origem ambiental, como os aspectos socioeconômicos (SANTOS; MACHADO; LEITE, 2010). O estado nutricional demonstra o grau em que as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo alcançadas para manutenção da composição e funções adequadas do organismo (FRANGELLA; MARUCCI; TCHAKMAKIAN, 2008).

Dentre essas alterações ocorre a redução da água corporal ocasionando mudanças na elasticidade e compressibilidade da pele e modificações na composição corporal em consequência da taxa metabólica basal, originando o aumento da gordura corpórea, principalmente na região do abdome e depleção do tecido muscular podendo atingir órgãos

como o coração, fígado e rins (MARUCCI; ALVES; GOMES, 2007; MORAES et al., 2008; SANTOS; MACHADO; LEITE, 2010).

Outras modificações no estado nutricional presentes nos idosos se associam às alterações sensoriais, tais como: a redução da sensibilidade para os gostos primários, doce, amargo, ácido e salgado, que em conjunto com o detrimento da acuidade visual, audição e olfato, são um dos fatores mais importantes na diminuição do consumo alimentar em idosos. O uso de medicamentos, realidade comum entre esses indivíduos, também pode interferir na ingestão, sabor, digestão e absorção dos alimentos (PFRIMER; FERRIOLLI, 2008; MONTEIRO, 2009).

Enfermidades na cavidade oral e no trato gastrointestinal são fatores que podem prejudicar de forma direta o estado nutricional dos idosos, pois podem causar dificuldade na mastigação, deglutição e absorção, somados ainda, alguns tipos de doenças crônicas como demência, doença de Parkinson, complicações decorrentes de acidentes vasculares cerebrais e artrite podem prejudicar o consumo alimentar por causar dificuldade no manuseio de talheres, a exemplo de (MONTEIRO, 2009).

No caso das demências, é comum os idosos apresentarem complicações nutricionais devido à perda de memória e de julgamento, o que os fazem esquecer-se de se alimentar ou repetir a mesma refeição. Esses idosos também sofrem dificuldades em reconhecer e detectar odores, desta forma optam por alimentos doces ou salgados. A demanda energética durante as fases de agitação da doença encontra-se aumentada, sendo assim, mesmo que ocorra o aumento do apetite, não é suficiente para suprir as necessidades adicionais ocasionando então a perda de peso (GRAY, 1989).

Nos estágios mais avançados da doença, alguns pacientes negam-se a comer e ainda podem até recusarem a abrir a boca. Outro problema comum é a síndrome de Kluver-Bucy, nesta fase os idosos apresentam comportamentos graves porque colocam tudo na boca e comem qualquer coisa mesmo que não seja alimento (GRAY, 1989).

É notável que envelhecimento interfere no estado nutricional, e a condição nutricional também gera implicações no envelhecimento da população, visto que o controle de grande parte das doenças crônicas e a prevenção de complicações decorrentes das mesmas dependem do estado nutricional do indivíduo. Assim, a nutrição desempenha importante papel na identificação de fatores de risco para mortalidade e desenvolvimento de diversas doenças entre os idosos (FELIX; SOUZA, 2009).

Segundo Souza e Guariento (2009), o distúrbio nutricional mais relevante observado em idosos é o baixo peso. Este distúrbio está intimamente relacionado com a redução da qualidade de vida que predispõe o desenvolvimento de infecções, assim como, osteoporose, fraturas, complicações respiratórias e cardíacas e conseqüentemente altas taxas de mortalidade.

Verifica-se que a causa fundamental para o baixo peso em idosos está relacionada à diminuição do consumo alimentar que pode ser causado por várias condições como: redução do apetite, fator observado e associado à baixa atividade física ou imobilização, isolamento social e depressão; uso de medicamentos; entre outros (MONTEIRO, 2009; CENTURIÓN et al., 2010).

Alguns autores afirmam que a desnutrição é uma complicação comum entre os idosos, no entanto, a obesidade também é considerada um problema que possui grande relevância quando se leva em consideração a situação nutricional do Brasil (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; SILVEIRA; KAC; BARBOSA, 2009; CAVALCANTI; CARVALHO; BARROS, 2009).

É importante ressaltar que o estado nutricional dos idosos tem sofrido modificações nos últimos anos, o que pode ser explicado pelos hábitos inadequados de alimentação. Observa-se alto consumo alimentar de calorias provenientes de gorduras, principalmente as de origem animal, açúcar e alimentos refinados, que possuem excessivas substâncias químicas em sua composição nocivas à saúde em detrimento de outros nutrientes de baixa densidade energética como as frutas e verduras, assim como pela forma de obtenção e preparo dos alimentos (TARDIDO, FALCÃO, 2006; MARQUES et al., 2007).

Essas mudanças no consumo alimentar, além de contribuírem para o aumento da obesidade constitui fator extremamente importante para justificar o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e câncer, tendo em vista que essas doenças possuem grande morbimortalidade constituindo risco para a saúde dos idosos (TARDIDO, FALCÃO, 2006; MARQUES et al., 2007).

Mediante tal situação, constata-se que o estado nutricional gera repercussões à saúde dos idosos, refletindo diretamente na qualidade de vida desses indivíduos. Desta forma, a instituição de intervenções precoces em relação às implicações do estado nutricional no idoso, além de se associarem a menores taxas de morbimortalidade ainda vem demonstrando melhorar o grau de satisfação dos idosos com a própria saúde, bem como com percepções positivas da própria qualidade de vida (MOREIRA et al., 2009).

Nesse sentido, avaliação do estado nutricional de idosos é excepcionalmente importante, pois é através desta que os profissionais realizam o diagnóstico precoce de alterações e deficiências, o que possibilita a adoção de medidas eficazes para o tratamento, recuperação e promoção da saúde dos idosos.

2.4 CAPACIDADE COGNITIVA

O envelhecimento, assim como as demais etapas de desenvolvimento da vida é um processo em que ocorrem diversas transformações no organismo. Estas alterações refletem nos contextos biológicos, sociais, psicológicos, intelectuais, econômicos, funcionais, culturais e cronológicos dos indivíduos (PARENTE, 2006).

Contudo, quando esse processo ocorre em conjunto com a manifestação de condições crônicas e progressivas, que ocasiona comprometimentos dos sistemas vascular, nervoso, entre outros, as perdas cerebrais atingem a magnitude, podendo causar diversas perdas funcionais para o idoso. Assim, eles vivenciam alterações nas funções cognitivas que podem prejudicar sua autonomia (RABELO, 2009). Nesse contexto, é importante salientar a fundamental importância da manutenção da autonomia e independência para que o idoso tenha boas condições de vida (FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011).

A cognição é um termo utilizado para retratar as habilidades cognitivas ou o funcionamento mental, englobando o sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamento e a capacidade para produzir respostas aos estímulos externos (VIEIRA, 1996). Portanto, a preservação da capacidade cognitiva é importante para que os idosos tenham condições de preservar sua integridade física, psicológica e social (MORAES, 2008).

Estudos apontam que o risco de desenvolvimento do declínio cognitivo pode estar relacionado a fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo sendo a escolaridade uma característica altamente determinante (DI NUCCI et al., 2010; FERREIRA; TAVARES; RODRIGUES, 2011). Outros fatores também são destacados nas pesquisas tais como: o sexo, estado civil, tabagismo e etilismo (NASCIMENTO, 2008).

Dessa maneira, a disfunção cognitiva é definida pela associação complexa de diversos fatores, que incluem condições genéticas, estilo e características de vida. Esta disfunção gera dificuldades na rotina dos idosos além de alterações na autoestima que conseqüentemente poderão interferir diretamente na qualidade de vida do idoso (CAHVES et al., 2015).

No que diz respeito às doenças crônicas prevalentes entre os idosos, é importante ressaltar que as demências estão em destaque constituindo-se uma das principais causas de morbimortalidade entre idosos (SCHLINDWEIN-ZANINI, 2010). Neste caso, a doença de Alzheimer é definida como uma enfermidade neurodegenerativa progressiva que provoca demência e no decorrer do seu desenvolvimento ocorre o comprometimento cada vez mais grave da autonomia do indivíduo. Esta enfermidade caracteriza-se por déficit na memória episódica de longo termo, e na recente, que pode estar associada com a gravidade do quadro clínico (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005).

Atualmente, mais de 25 milhões de indivíduos são acometidos pela demência sendo que a maioria destes é pela doença de Alzheimer. Alguns estudos mostram que o número de pessoas com demência tende a duplicar a cada 20 anos e a prevalência de doença de Alzheimer entre os indivíduos com mais de 65 anos quase dobre a cada cinco anos (BALLARD et al., 2011).

Em razão dessa problemática, torna-se relevante rastrear e monitorar a capacidade cognitiva dos idosos com o intuito de planejar possíveis intervenções, de acordo com as características e potencialidades de saúde e de vida de cada pessoa. Diante disso, estudos que englobam o déficit cognitivo entre a população idosa são importantes e podem se constituir em um instrumento extremamente relevante para elaboração de políticas públicas de atenção e promoção à saúde desse grupo etário (LEITE et al., 2012).

2.5 CUIDADORES DE IDOSOS

O grande desafio vinculado ao envelhecimento é alcançá-lo sem apresentar uma ou mais doenças que limitem a capacidade funcional, que tornam o idoso dependente de outras pessoas. A dependência funcional é caracterizada pela incapacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida autônoma. Sua prevalência normalmente é mensurada por meio da incapacidade de realizar as Atividades de Vida Diária (AVDs), sejam elas Básicas (ABVDs), descritas por atividades de autocuidado, ou Instrumentais (AIVDs), que envolvem ações de organização da rotina diária (GRATÃO et al., 2012).

A perda da independência funcional do idoso constitui um importante problema de saúde pública, pois esses indivíduos passam a depender de cuidados especiais inerentes às alterações próprias do envelhecimento. Frente a estas necessidades surgem profissionais

específicos para auxiliar na manutenção do bem estar dos idosos, o cuidador, o qual muitas vezes não é visto atentamente, o que pode provocar desgaste tanto para o ser cuidado quanto para o cuidador (GARBIN et al., 2010).

É importante ressaltar que o cuidado, principalmente à pessoa idosa, transforma-se em missão difícil e complicada o que muitas vezes provoca sentimentos negativos, como por exemplo, angústia, vulnerabilidade e desânimo (RIBEIRO et al., 2009). Neste sentido, a exposição dos cuidadores a diversas situações nocivas à sua saúde pode influenciar direta ou indiretamente a saúde dos idosos que dependem do seu trabalho.

Percebe-se que diante disso, esses cuidadores podem ficar mais vulneráveis a desenvolver a síndrome de *burnout* como resposta ao estresse crônico decorrente do trabalho, o que deteriora de forma significativa a qualidade do trabalho e conseqüentemente a qualidade do serviço oferecido (TIRONI et al., 2009).

Estudos demonstram que atualmente o *burnout* é considerado um grande problema no mundo profissional, pois esta síndrome gera conseqüências tanto para o indivíduo quanto para a organização na qual está inserido, bem como para os usuários de seus serviços. Diante da situação, o *burnout* também afeta diretamente a produtividade ocasionando redução de lucros devido ao aumento de absenteísmo e rotatividade profissional (TRIGO et al., 2007).

O Decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, aprovou em nosso País o Regulamento da Previdência Social que trata dos agentes patogênicos causadores de Doenças Profissionais, reconhecendo a síndrome de *burnout* como risco ocupacional e sinônimo de *Esgotamento* (Z73.0). Este Decreto oferece subsídios em relação aos procedimentos legais que os profissionais têm direito durante o período de afastamento, garantindo o percentual relativo ao Fundo de Garantia continue sendo depositado e outorga a estabilidade no emprego durante um ano, o que não ocorre quando o profissional é afastado por motivos de depressão (TRIGO et al., 2007; SANTOS, 2013).

A síndrome de *burnout* ocorre em decorrência de uma excessiva e prolongada exposição a situações de estresse no ambiente de trabalho (MUROFUSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005). As causas desta doença são multifatoriais. Segundo Benevides-Pereira (2010), vários estudos têm sido desenvolvidos com o objetivo de identificar mediadores ou facilitadores do desencadeamento do *burnout*. Trata-se da combinação de características

personais, do trabalho e da organização agindo como facilitadores ou inibidores do processo de estresse que irá dar lugar ao *burnout*.

A causa e os sintomas da síndrome de *burnout* não são universais, e o grau de manifestação da doença depende das características do indivíduo e das circunstâncias em que este se encontra, os indivíduos podem apresentar sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos. Cabe salientar que o desenvolvimento da síndrome está relacionado ao ambiente e trabalho e ainda com a intimidade do indivíduo com o seu trabalho (BENEVIDES-PEREIRA, 2010).

Cabe destacar a mensuração do *burnout* que ainda se constitui um problema apontado na literatura (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009). Existem três instrumentos frequentemente utilizados para a mensuração do *burnout*, o *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (SBS-HP) de Jones (1980), o *Burnout Measure* (BM) de Pines e Aronson (1988) e o *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

O *Staff Burnout Scale for Health Professionals* (SBS-HP) de Jones (1980) é um questionário de concordância de 6 pontos tipo *Likert*, composto por 30 itens. A análise da estrutura fatorial do SBS-HP indicou a existência dos fatores: insatisfação laboral, tensão psicológica e interpessoal, doença e tensão, e a falta de relação profissional com os pacientes. Por fim, a escala é representada como um único fator representativo dos aspectos cognitivos, afetivos, comportamentais e psicofisiológicos da síndrome, por representarem alta correlação entre si (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009).

Outro instrumento utilizado é o *Burnout Measure* (BM) de Pines e Aronson (1988), no qual é composto por 21 itens em uma escala *Likert* tipo sete, que varia de nunca a sempre, este instrumento avalia esgotamento físico, emocional e mental. Os escores desta escala indicam uma única pontuação, a qual informa o grau de *burnout* que a pessoa se encontra. É importante ressaltar que vários itens da escala podem ser considerados sinônimos ou antônimos, aliados ao fato de a síndrome ser classificada como um simples esgotamento, deixando-se de lado os componentes abordados por outros instrumentos (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009).

Já o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) é o instrumento mais utilizado para mensuração da Síndrome (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009) e estabeleceu a definição operacional padrão da síndrome (GIL-MONTE; PIERÓ, 1997) ao avaliar fatores como exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Além disso, o MBI pode ser aplicado independente das características ocupacionais e origem da amostra. No entanto, a necessidade de adaptação dos

instrumentos de acordo com a realidade da população a ser estudada e ainda os estudos de validação são necessários. No Brasil, alguns autores adaptaram e validaram o MBI, sendo destacados na literatura Lautert (1997), Tamayo (1997, 2003) e Carlotto e Câmara (2004).

Lautert (1997) reproduziu uma versão do MBI em uma amostra de 341 enfermeiras de dois hospitais universitários, o qual apresentou os seguintes fatores: Desgaste Emocional, Despersonalização e Incompetência. O pesquisador modificou a denominação de dois dos fatores do MBI: Desgaste Emocional em lugar de Exaustão Emocional e Incompetência em vez de Realização Pessoal.

Tamayo (1997; 2003) realizou dois estudos com amostras de 229 enfermeiras e 290 profissionais da saúde, respectivamente, e conseguiu replicar a estrutura tri-fatorial do MBI, entretanto obteve índices relativamente baixos quanto à consistência interna para os fatores Despersonalização e Realização Pessoal. Carlotto e Câmara (2004), em uma pesquisa com 563 professores, também verificaram a mesma estrutura tri-fatorial. No entanto, apesar dos fatores Exaustão Emocional e Realização Pessoal terem melhorado a sua consistência interna, o fator Despersonalização apresentou um índice muito baixo.

Neste sentido, em 2009 Tamayo e Tróccoli construíram e validaram a Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB), a qual foi desenvolvida para o uso em diferentes profissionais envolvidos na saúde, educação, na segurança pública entre outros. A ECB apresenta um maior número de itens por fator e índices de consistência superiores aos alcançados com a adaptação de outros instrumentos.

Por essa ótica, é importante mencionar que o trabalho do cuidador ainda não é reconhecido e valorizado no Brasil, tendo em vista que estes indivíduos deveriam fazer parte nesse contingente, no momento da elaboração de políticas públicas relacionadas à saúde (GARBIN et al., 2010). Da mesma forma que, pesquisas voltadas para este grupo são escassas, havendo predomínio nas abordagens com cuidadores familiares.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO E LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi do tipo transversal, quantitativo, com coleta de dados primários com amostra de conveniência desenvolvida com idosos e cuidadores formais de quatro Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter governamental e não governamental, sem fins lucrativos no município de Maringá-PR.

De acordo com Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI), o município de Maringá conta com nove Instituições de longa Permanência para Idosos, uma Instituição de atendimento Centro dia e seis grupos de convivência. Das nove instituições cadastradas no CMDI, apenas cinco são instituições sem fins lucrativos.

3.2 POPULAÇÃO ALVO E RECRUTAMENTO

A população alvo do estudo foram idosos e cuidadores que residem e trabalham, respectivamente, nas Instituições de Longa Permanência, sem fins lucrativos, da cidade de Maringá.

Foram convidados a participar todos os idosos e cuidadores das instituições, sendo incluídos no estudo aqueles que aceitaram participar e se enquadravam nos critérios de inclusão exigidos pelo estudo.

3.2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Para o referido estudo, foram incluídos os indivíduos idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos que residem no mínimo há seis meses na instituição.

Já para os cuidadores, foi considerado como critério de inclusão, atuar na instituição há pelo menos seis meses e ter vínculo com as áreas de enfermagem, técnico e/ou auxiliar de enfermagem bem como profissionais com capacitação técnica em cuidados com pessoas idosas.

3.2.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Para os idosos foi considerado como critérios de exclusão: apresentar deficiências sensoriais, como cegueira, surdez e/ou mudez, ou motoras que impedissem a realização da avaliação da capacidade cognitiva e ainda, grave debilitação associada à presença de fraturas que impossibilitassem a realização da avaliação nutricional.

Para os cuidadores, foi considerado que estes deveriam estar oficialmente em período de férias, licença maternidade ou de saúde.

3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização da pesquisa, os diretores responsáveis por cada instituição foram consultados e informados sobre o desenvolvimento do estudo e solicitado suas autorizações. Após a aquisição da autorização de cada instituição (ANEXO I), foram agendados os dias e horários para a coleta dos dados conforme a disponibilidade de cada instituição.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR sob o protocolo 973.961 na data de 19/02/2015. Os idosos e cuidadores que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução nº466/12 de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta as ações de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

Para garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, foi solicitado aos participantes que não se identificassem nos questionários.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada nas instituições pela própria autora e por uma aluna do 3º ano do curso de Nutrição do Centro Universitário de Maringá– Unicesumar, que já havia cursado a disciplina de avaliação nutricional. A capacitação das pesquisadoras em relação às técnicas para a realização da antropometria em idosos, e manuseio correto dos equipamentos e dos materiais, foi realizada por meio de treinamento com instrutor, de modo que o desempenho serviu tanto para a capacitação das mesmas quanto para a padronização da técnica utilizada durante a pesquisa.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de março a junho de 2015.

3.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

O estado nutricional foi avaliado por meio da Mini Avaliação Nutricional (MAN) (ANEXO II), por ser uma ferramenta acessível para utilizar com idosos. A MAN atribui pontuação em duas etapas, sendo a primeira denominada triagem e a segunda, avaliação global. Na triagem, o máximo de pontos a ser atingido é 14. O escore de 12 pontos ou mais considera o idoso com estado nutricional normal, sendo desnecessária a aplicação da segunda etapa. Para os que atingem 11 pontos ou menos, deve ser aplicada a segunda etapa que corresponde à avaliação global. Os idosos que atingirem escore final ≥ 24 são classificados com estado nutricional normal, com escore ≤ 17 a 23,9 com risco de desnutrição e com escore < 17 desnutridos (GUIGOZ; LAUQUE; VELLAS, 2002).

O índice de massa corporal (IMC), que faz parte da primeira etapa da MAN foi calculado pela divisão do peso (P) pela estatura (E) ao quadrado, (P/E^2) . O peso foi mensurado em balança digital Tanita, previamente calibrada. Os idosos foram pesados com roupas leves, descalços, posicionados no centro da balança, em posição ereta, com pernas e calcanhares juntos e braços ao longo do corpo (GORDON; CHUMLEA; ROCHE, 1988).

A estatura foi aferida com fita métrica inextensível Sanny Medical (2 metros) fixada verticalmente com fita adesiva em parede lisa, sem rodapé. Os idosos foram posicionados em pé, descalços, com os calcanhares juntos, costas retas, os braços relaxados e a cabeça posicionada no plano de Frankfort (olhando para frente, em linha reta na altura dos olhos) (CHUMLEA; ROCHE; MUKHERJE, 1987).

Para os indivíduos acamados ou que apresentaram dificuldade para ficar em pé ou que não tiveram equilíbrio suficiente para manterem-se sobre a balança, foi feita a estimativa do peso e da estatura a partir de equações propostas por Chumlea, Roche e Mukherje (1987). Para o cálculo foram utilizadas as medidas da circunferência da panturrilha (CP), altura do joelho (AJ), circunferência do braço (CB), e dobra cutânea subescapular (DCS).

Na segunda parte da MAN foi utilizada a medida da circunferência do braço (CB) e a circunferência da panturrilha (CP). A medida da CB foi realizada com fita métrica inextensível da marca Sanny Medical (2 metros). O idoso ficou em pé, com o tronco alinhado às pernas, braço fletido a 90° . O ponto médio foi marcado entre o acrômio e o olecrânio e a medida foi realizada com o braço estendido no ponto médio obtido, circundando a fita métrica sem comprimir o braço. Quando o idoso apresentava incapacidade para ficar em pé e se equilibrar, a medida foi realizada da forma acima descrita, com o idoso deitado em decúbito lateral (CALLAWAY et al., 1988).

A CP foi realizada com fita métrica inextensível da marca Sanny Medical (2 metros), com o idoso deitado ou sentado, com a perna formando ângulo de 90° com o joelho. A medida foi verificada circundando a fita ao redor da parte mais saliente da panturrilha, sem comprimi-la (CALLAWAY; ROCHE; MUKHERJE, 1988).

A AJ foi verificada com paquímetro Cescorf. A medida foi realizada com o idoso deitado ou sentado, com a perna dobrada formando com o joelho, um ângulo de 90°. A base inferior do equipamento foi posicionada embaixo do calcanhar e a base superior sobre a cabeça da patela (rótula). A marcação foi feita no 0,5 cm mais próximo.

Todas as medidas foram realizadas duas vezes permitindo uma diferença de no máximo 0,5cm entre elas e assim, considerado o valor da média encontrada.

Ainda para a estimativa do peso dos idosos acamados, foi realizada a DCS. O idoso foi posicionado em decúbito lateral esquerdo quando era destro e em decúbito lateral direito quando era canhoto. Quando possível, o idoso posicionou o braço para trás para favorecer a localização do ângulo inferior da escápula. Quando o ponto foi encontrado o braço do idoso foi colocado em linha com o corpo e a dobra da pele foi pinçada com o dedo indicador e polegar. A medida da dobra foi então realizada com o uso do compasso de *Lange Skinfold Caliper*, abaixo do ângulo inferior da escápula. A medida foi realizada três vezes, aceitando diferença entre elas de no máximo quatro mm, sendo utilizada a média delas (HARRISON et al., 1988).

As medidas da circunferência do braço (CB), dobra cutânea subescapular (DCS), altura do joelho (AJ) e circunferência da panturrilha (CP) foram realizadas no lado dominante do corpo com exceção da AJ que foi realizada no lado esquerdo, porém, quando não foi possível realizar alguma medida (devido à amputação ou edema) no lado do corpo conforme técnica recomendada, a medida foi realizada no membro correspondente do outro lado do corpo (CHUMLEA; ROCHE; MUKHERJE, 1987).

Para avaliar a capacidade cognitiva dos idosos foi utilizada a versão do mini exame do estado mental – MEEM (ANEXO III), proposta por Brucki et al. (2003).

O MEEM é constituído por sete categorias que reúnem diferentes questões, podendo atingir um total máximo de 30 pontos. As questões têm como finalidade avaliar diversos campos cognitivos: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata por meio do registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação por meio da lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto) (ALMEIDA, 1998).

A aplicação do questionário foi realizada pela pesquisadora, com exceção do campo cognitivo correspondente a linguagem e capacidade construtiva visual, onde os idosos tiveram que escrever e desenhar conforme o comando do questionário.

Como pontos de corte foi utilizado Brucki et al. (2003) que considera < 20 pontos, idosos sem grau de escolaridade, < 25 pontos para idosos com 1 a 4 anos de estudo, < 26 pontos para idosos com 5 a 8 anos de estudo, < 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo e < 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo. A partir desses limites os idosos foram considerados com ou sem distúrbio cognitivo. O grau de escolaridade foi referido pelo idoso. É importante ressaltar que foi considerado como grau de escolaridade o nível escolar atingido e não o número de anos de escola frequentados.

Para avaliar a saúde mental dos cuidadores foi utilizado a Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB) (ANEXO IV), que avalia a presença de indicadores da referida síndrome. Esta escala foi produzida e validada por Tamayo e Tróccoli (2009). A escala é um instrumento autoaplicável e considera como o indivíduo vivencia o trabalho.

A escala é composta por 35 itens os quais estão distribuídos em 3 dimensões: exaustão emocional, desumanização e decepção no trabalho. A dimensão exaustão emocional é constituída por doze itens (01, 04, 07, 10, 13, 16, 19, 22, 24, 27, 29 e 31), a dimensão desumanização, por sua vez, é formada por dez itens (02, 05, 08, 11, 14, 17, 20, 26, 30 e 34), e por fim, a dimensão decepção no trabalho é composta por treze itens (03, 06, 09, 12, 15, 18, 21, 23, 25, 28, 32, 33 e 35).

A primeira dimensão (exaustão emocional) se refere a esgotamento, cansaço e ainda o desgaste no trabalho. Já a segunda (desumanização) está relacionada ao desinteresse e atitudes negativas com os usuários do serviço. A terceira dimensão (decepção no trabalho) está relacionada ao desânimo, desespero, frustração e inadequação no trabalho.

Para determinar o grau da síndrome de *burnout* foi utilizada a categorização em: “baixo”, “moderado” e “alto” para cada uma das dimensões da síndrome. Os pontos de cortes foram calculados a partir de percentis, tomando como parâmetro o padrão de resposta da própria amostra, assim como é sugerido por Malasch e Jackson (1986). Portanto, os indivíduos acima do percentil 75 foram incluídos em grau alto de presença de *burnout*, entre 25 e 75, grau moderado e grau leve quando o percentil foi menor que 25.

Quando encontrado graus altos nas três dimensões, os indivíduos foram considerados com risco para o desenvolvimento de *burnout*, já que resultados moderados indicam probabilidade para o desenvolvimento dessa síndrome.

Além disso, foi utilizado um questionário contendo perguntas pertinentes às características sociodemográficas dos idosos (sexo, faixa etária, estado civil e escolaridade) (APÊNDICE I) e dos cuidadores (sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, cargo desempenhado na instituição, carga horária de trabalho diária e renda mensal) (APÊNDICE II).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Realizaram-se análises estatísticas descritivas dos dados a partir do programa *Categorical Data Analysis Using the SAS System*, apresentando-se a frequência absoluta, frequência relativa e medidas de tendência central (média aritmética), medidas de dispersão (desvio-padrão) e coeficiente de variação. Para todos os testes estatísticos foi utilizado o nível de significância com valores de $p < 0,05$.

Os dados foram apresentados por meio de tabelas de frequência absoluta (n) e relativa (%).

4 ARTIGOS CIENTÍFICOS

4.1 ESTADO NUTRICIONAL E CAPACIDADE COGNITIVA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Artigo submetido à publicação na Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev Rene
ISSN 1517-3852 versão impressa, ISSN 2175-6783 versão on-line.

ESTADO NUTRICIONAL E CAPACIDADE COGNITIVA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Mariana Valença de Souza¹, Rose Mari Bennemann², Rute Grossi Milani³, Eraldo Schunk Silva⁴.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional e a capacidade cognitiva de idosos institucionalizados no noroeste do Paraná. O estudo foi do tipo transversal, quantitativo. A avaliação do estado nutricional foi realizada pela Mini Avaliação Nutricional e a capacidade cognitiva pelo Mini Exame do Estado Mental. Fizeram parte da pesquisa 141 idosos, destes 56,03% eram do sexo masculino, 60,99% tinham menos de 80 anos de idade, 92,81% apresentaram comprometimento cognitivo e 69,47% estavam com o estado nutricional normal. Associação estatisticamente significativa foi verificada entre estado nutricional em idosos com 80 a 89 anos de idade, e entre os idosos do sexo feminino e capacidade cognitiva. Os resultados deste estudo sugerem a necessidade da abordagem interdisciplinar para o acompanhamento sistemático do estado nutricional bem como a avaliação da capacidade cognitiva no contexto da institucionalização, com objetivo de promover, restaurar e preservar a saúde, autonomia e qualidade de vida dos idosos.

Descritores: Estado Nutricional; Cognição; Idoso.

Descriptors: Nutritional Status; Cognition; Aged.

Descriptores: Estado Nutricional; Cognición; Ancianos.

¹ Centro Universitário de Maringá – Unicesumar. Maringá, PR, Brasil.
Mariana Valença de Souza.

Rua Voluntário da Pátria, 175, Japurá, PR, Brasil, CEP: 87225-000.

² Centro Universitário de Maringá – Unicesumar. Maringá, PR, Brasil.
Rose Mari Bennemann.

Avenida Guedner, 1610, Maringá, PR, Brasil, CEP: 87050-390.

³ Centro Universitário de Maringá – Unicesumar. Maringá, PR, Brasil.
Rute Grossi Milani.

Avenida Guedner, 1610, Maringá, PR, Brasil, CEP: 87050-390.

⁴ Universidade Estadual de Maringá – UEM. Maringá, PR, Brasil.
Eraldo Schunk Silva.

Avenida Colombo, 5790, Maringá, PR, Brasil, CEP: 87020-900.

Introdução

Em consequência das alterações singulares do envelhecimento, os indivíduos idosos são mais susceptíveis ao desenvolvimento de distúrbios nutricionais, sendo a desnutrição o comprometimento nutricional mais comum entre essas pessoas ⁽¹⁾. As complicações nutricionais podem contribuir ou ainda intensificar o desenvolvimento de doenças crônicas e agudas que tendem a aumentar conforme o avançar da idade, e levar conseqüentemente à dependência de cuidados específicos e permanentes ⁽²⁾.

A avaliação do estado nutricional em idosos é essencial para diagnosticar precocemente riscos nutricionais, elaborar estratégias para reverter os problemas encontrados e contribuir para o restabelecimento das funções orgânicas, assim como, melhorar a qualidade de vida do idoso⁽³⁾.

Já a capacidade cognitiva permite que o indivíduo mantenha o equilíbrio de resolver os problemas do cotidiano. Entre as funções cognitivas estão a memória, linguagem, função executiva, percepção e função visuoespacial⁽⁴⁾.

O comprometimento ou a perda das funções cognitivas, também, gera complicações para a saúde dos idosos. O comprometimento cognitivo pode manifestar-se durante o processo de envelhecimento, com início e progressão heterogênea entre os indivíduos e está relacionado às perdas biológicas inerentes à idade, ao nível social, econômico e instrucional dos idosos ⁽⁵⁾.

Estudos têm mostrado que o declínio cognitivo pode estar associado ao maior risco de instabilidade nutricional entre os idosos. Tal declínio pode levar a redução do apetite, com diminuição da ingestão alimentar, perda de peso e conseqüentemente aumentar o risco de morbimortalidade entre eles⁽¹⁾. Desta forma, é de extrema importância a intervenção precoce em relação às complicações nutricionais, com o objetivo de reabilitar o estado físico, preservar as funções remanescentes, e conseqüentemente melhorar a qualidade de vida dos idosos com déficit cognitivo.

É importante destacar que a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em suas diretrizes, enfoca a promoção do envelhecimento ativo e saudável como necessidade para a manutenção da capacidade física e mental dos idosos⁽⁶⁾. A utilização de ferramentas que avaliem a função cognitiva e o estado nutricional, com o objetivo de detectar morbidades e complicações, é essencial para o planejamento da atenção pautada nas especificidades de cada indivíduo.

Neste contexto, é importante salientar que o número de anos vividos a mais precisa estar associado a uma vida longa com independência e qualidade. É essencial levar em consideração que a saúde mental e nutricional dos idosos são fatores fundamentais para uma boa qualidade de vida.

Assim sendo, o objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional e a capacidade cognitiva de idosos institucionalizados no noroeste do Paraná.

Métodos

A pesquisa foi transversal, quantitativa, com coleta de dados primários e amostra de conveniência. Foram convidados a participar e incluídos no estudo, indivíduos idosos (idade ≥ 60 anos), de ambos os sexos, residentes, a pelo menos 6 meses, em Instituições de Longa Permanência (ILPIs), de caráter não governamental e sem fins lucrativos, do Município de Maringá-PR.

Das 9 instituições cadastradas no Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI), apenas 5 são instituições sem fins lucrativos. Dessas, 1 instituição foi excluída, por ser uma instituição em que o acolhimento ao idoso é provisório, ou seja, os idosos são atendidos de forma emergencial, por curto período de tempo, até terem condições de voltar para o convívio familiar ou serem encaminhados para instituições de longa permanência para idosos.

Foram excluídos do estudo, os idosos com deficiências sensoriais como: cegueira, surdez e/ou mudez que impedissem a realização da avaliação da capacidade cognitiva e indivíduos incapacitados para realização da antropometria (grave debilitação, presença de fraturas).

A coleta de dados nas instituições foi realizada nos meses de março a junho de 2015, pela pesquisadora e por uma aluna do 3º ano do curso de Nutrição do Centro Universitário de Maringá– Unicesumar. A capacitação da equipe da pesquisa, em relação às técnicas para a realização da antropometria em idosos e manuseio correto dos equipamentos e materiais, foi realizada por meio de treinamentos com instrutor qualificado em antropometria, tanto para a capacitação das mesmas, quanto para a padronização da técnica utilizada durante a pesquisa. A aluna foi treinada pela pesquisadora, sobre a logística do trabalho de campo, ou seja, a forma correta para registrar os dados nos questionários bem como a forma de realizar a avaliação da capacidade cognitiva.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR sob o protocolo 973.961 na data de 19/02/2015.

Os idosos que aceitaram a participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução nº466/12 de 12 de dezembro de 2012 que regulamenta as ações de pesquisa com seres humanos⁽⁷⁾.

A capacidade cognitiva dos idosos foi avaliada pela versão do mini exame do estado mental – MEEM proposta por Brucki et al.⁽⁸⁾. O MEEM é constituído por sete categorias com diferentes questões e pontuações que, somadas atingem no máximo um total de 30 pontos. As questões avaliaram os seguintes campos cognitivos: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata por meio do registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação por meio da lembrança das 3 palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto)⁽⁹⁾.

Os pontos de corte, para identificação da presença do distúrbio cognitivo (DC), segundo grau de escolaridade foram aqueles sugeridos por Brucki et al.⁽⁸⁾ como escores indicativos de perdas da capacidade cognitiva: < 20 pontos para idosos sem grau de escolaridade, < 25 pontos para idosos com 1 a 4 anos de estudo, < 26 pontos para idosos com 5 a 8 anos de estudo, < 28 pontos para aqueles com 9 a 11 anos de estudo e < 29 pontos para aqueles com mais de 11 anos de estudo. A partir desses limites os idosos foram considerados com distúrbio cognitivo (CDC) ou sem distúrbio cognitivo (SDC).

O estado nutricional foi avaliado pelo Mini Avaliação Nutricional (MAN). A MAN é dividida em duas etapas, sendo a primeira denominada triagem e a segunda avaliação global. Na triagem o máximo de pontos a ser atingido é 14. O escore de 12 pontos ou mais considera o idoso com estado nutricional normal, sendo desnecessária a aplicação da segunda etapa. Para os que atingirem 11 pontos ou menos, é aplicada a segunda etapa, que corresponde à avaliação global. Os idosos que atingirem escore final ≥ 24 , são classificados com estado nutricional normal, escore ≤ 17 a 23,9 com risco de desnutrição e com escore < 17 desnutridos⁽¹⁰⁾.

O índice de massa corporal (IMC) que faz parte da primeira etapa da MAN foi calculado pela divisão do peso (P) pela estatura (E) ao quadrado, (P/E^2) . O peso foi mensurado em balança digital Tanita, previamente calibrada, com base na técnica proposta por Gordon et al.⁽¹¹⁾. A estatura foi aferida com fita métrica inextensível da marca Sanny Medical, com extensão de 2 metros. A fita foi fixada verticalmente com fita adesiva em parede lisa, sem rodapé. A medida foi realizada com o idoso em pé, descalço, com os calcanhares juntos, costas retas, braços relaxados e a cabeça posicionada no plano de Frankfort, olhando para frente, em linha reta na altura dos olhos⁽¹²⁾.

Para os indivíduos acamados ou que apresentaram dificuldade para ficar em pé ou que não tiveram equilíbrio suficiente para manterem-se sobre a balança, foi realizada a estimativa do peso e da estatura a partir de equações específicas por sexo, propostas por Chumlea et al.⁽¹²⁾: peso: homens: $\{[(0,98 \times CP) + (1,16 \times AJ) + (1,73 \times CB) + (0,37 \times DCS)] - 81,69\}$; mulheres: $\{[(1,27 \times CP) + (0,87 \times AJ) + (0,98 \times CB) + (0,4 \times DCS)] - 62,35\}$; estatura: homens: $[(64,19 + (2,04 \times AJ) - (0,04 \times \text{idade}))]$; mulheres: $[(84,88 + (1,83 \times AJ) - (0,24 \times \text{idade}))]$.

As medidas da circunferência do braço (CB) e circunferência da panturrilha (CP) foram realizadas com base nas técnicas de Callaway et al.⁽¹³⁾. A dobra cutânea subescapular (DCS), segundo Harrison et al.⁽¹⁴⁾ com adipômetro de *Lange* e a altura do joelho (AJ), segundo Chumlea et al.⁽¹²⁾ com a utilização do paquímetro da marca *Cescorf*.

Além disso, foi utilizado questionário contendo perguntas pertinentes às características sociodemográficas (sexo, faixa etária, estado civil e escolaridade) dos idosos.

Para análise do estudo foi utilizada a estatística descritiva com dados de média, desvio padrão e coeficiente de variação. A diferença entre as frequências percentuais foram comparadas por meio do Teste Exato de Fisher. O valor de $p < 0,05$ foi adotado para apontar as associações estatisticamente significativas.

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas de frequência absoluta (n) e relativa (%).

Resultados

Dos 227 indivíduos que viviam nas 4 Instituições de Longa Permanência no Município de Maringá, 176 idosos cumpriram os critérios de inclusão propostos pela pesquisa. Destes, foram excluídos 7 por estarem hospitalizados, 8 por recusarem responder as perguntas, 16 por apresentarem deficiências sensoriais como cegueira, surdez e/ou mudez e 4 por fraturas. Desse total foram avaliados 141 idosos dos quais 10 idosos não aceitaram ser medidos e pesados e 2 não concluíram o MEEM.

A tabela 1 apresenta a média, desvio-padrão e coeficiente de variação da idade, do mini exame do estado mental (MEEM) e do índice de massa corporal (IMC).

Tabela 1. Média, desvios-padrão e coeficientes de variação para as variáveis idade, índice de massa corporal (IMC) e mini exame do estado mental (MEEM). Maringá, PR, Brasil, 2015.

Variáveis	Média	Desvio-padrão	Coefficiente de variação (%)
Idade (anos)	76,91	9,04	11,75
IMC (kg/m ²)	24,88	5,36	21,53
MEEM (escore)	15,46	5,87	37,94

Dos 141 idosos, 79 (56,03%) eram do sexo masculino e 62 (43,97%) do sexo feminino. A maioria (60,99%) tinha menos que 80 anos de idade e 66 (46,81%) relataram serem solteiros. Em relação à capacidade cognitiva e estado nutricional, 129 (92,81%) possuem comprometimento cognitivo e 91 (69,47%) estado nutricional classificado como normal (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil dos idosos por sexo, faixa etária, estado civil, comprometimento cognitivo e estado nutricional. Maringá, PR, Brasil, 2015.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	62	43,97
Masculino	79	56,03
Faixa etária		
Menos de 80 anos	86	60,99
Mais de 80 anos	55	39,01
Estado Civil		
Casado	13	9,22
Divorciado/separado	26	18,44
Solteiro	66	46,81
Viúvo	36	25,53
Comprometimento cognitivo		
Não	10	7,19
Sim	129	92,81
Estado Nutricional		
Normal	91	69,47
Desnutrido	6	4,58
Risco para desnutrição	34	25,95

Quanto à faixa etária e sexo, a maior proporção de indivíduos idosos tanto do sexo feminino quanto do masculino, foi observada no grupo etário dos 70 aos 79 anos de idade

representando respectivamente, 40,32% e 37,97% dos idosos. Vale ainda destacar que o percentual (12,9%) do sexo feminino, na faixa etária dos 90 anos ou mais correspondeu a um pouco mais que o dobro do percentual (5,06%) daqueles do sexo masculino (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos idosos, segundo faixa etária e sexo. Maringá, PR, Brasil, 2015.

Faixa Etária	Sexo			
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Até 69 anos	9	14,52	22	27,85
De 70 a 79 anos	25	40,32	30	37,97
De 80 a 89 anos	20	32,26	23	29,11
90 anos ou mais	8	12,90	4	5,06
Total	62	100,00	79	100,00

Qui-quadrado ($\chi^2 = 5,47$; p-valor = 0,1399).

Na tabela 4 pode-se observar o perfil dos idosos, segundo sexo, faixa etária, estado civil e estado nutricional em relação ao comprometimento cognitivo.

Verificou-se que a proporção de indivíduos que apresentaram perda da capacidade cognitiva foi superior no sexo masculino (52,71%), naqueles com faixa etária menor de 80 anos (59,69%), e aqueles que declararam não serem casados (89,92%), ou seja, eram divorciados/separados, solteiros ou viúvos e nos idosos com estado nutricional normal (68,03%).

Tabela 4. Perfil dos idosos, segundo sexo, faixa etária, estado civil e estado nutricional em relação ao comprometimento cognitivo. Maringá, PR, Brasil, 2015.

Variáveis	Comprometimento cognitivo				Total	
	Não		Sim			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo						
Feminino	1	10,00	61	47,29	62	44,60
Masculino	9	90,00	68	52,71	77	55,40
Faixa etária (anos)						
Menos de 80	9	90,00	77	59,69	86	61,87
Mais de 80	1	10,00	52	40,31	53	38,13
Estado civil						
Casado	-	-	13	10,08	13	9,35
Outros	10	100,00	116	89,92	126	90,65
Estado nutricional						
Normal	8	88,89	83	68,03	91	69,47
Risco/desnutrido	1	11,11	39	31,97	40	30,53

Entretanto, a presença de distúrbio cognitivo entre as mulheres é superior a dos homens, visto que das 62 mulheres, 61 (98,39%) apresentaram comprometimento cognitivo, enquanto que, entre os 77 homens, o percentual foi menor o que corresponde a 88,31%. Associação estatisticamente significativa foi verificada entre o sexo feminino e a capacidade cognitiva (Teste Exato de Fisher; p-valor = 0,0425).

Da mesma forma, o percentual de idosos com comprometimento cognitivo, entre os idosos com 80 anos e mais de idade (98,11%), os casados (100%), desnutridos ou com risco para a desnutrição (97,44%), foi superior, ao dos idosos com menos de 80 anos (89,53%), aos dos divorciados\separados, solteiros ou viúvos (92,06%) e ao dos idosos com estado nutricional normal (91,21%). Apesar disso, não foi observada associação estatisticamente significativa entre comprometimento cognitivo com a faixa etária, estado civil e nutricional (Teste Exato de Fisher; p-valor = 0,0888, 0,5981 e 0,2772, respectivamente).

A tabela 5 apresenta a distribuição dos idosos, segundo sexo, estado nutricional, faixa etária e estado civil. Pode-se observar que o sexo feminino apresenta a maior proporção (52,50%) de idosos desnutridos ou com risco para a desnutrição. Em relação à faixa etária, as pessoas de 80 a 89 anos apresentaram a maior proporção (42,5%) de idosos desnutridos ou com risco para a desnutrição, sendo verificada associação estatisticamente significativa entre estado nutricional e faixa etária de 80 a 89 anos ($p = 0,0456$). Em relação ao estado civil, a

maior proporção dos idosos (45,00%) desnutridos ou com risco para a desnutrição era solteiros.

Tabela 5. Distribuição dos idosos, segundo sexo, estado nutricional, faixa etária e estado civil. Maringá, PR, Brasil, 2015.

Variáveis	Estado Nutricional				p-valor
	Normal		Desnutrido\Risco Desnutrição		
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	35	38,46	21	52,50	0,1784
Masculino	56	61,54	19	47,50	
Faixa etária					
Até 69 anos	22	24,18	7	17,50	0,0456*
De 70 a 79 anos	40	43,96	10	25,00	
De 80 a 89	23	25,27	17	42,50	
90 anos ou mais	6	6,59	6	15,00	
Estado civil					
Casado	6	6,59	6	15,00	0,2070
Divorciado/separado	20	21,98	4	10,00	
Solteiro	42	46,15	18	45,00	
Viúvo	23	25,27	12	30,00	

*Significativo ao nível de confiança de 95% - Teste Exato de Fisher.

Discussão

Estudos com idosos podem ser encontrados na literatura com relativa frequência, entretanto, ainda observam-se lacunas em relação ao estado nutricional e a capacidade cognitiva desses indivíduos. A maior parte das publicações está relacionada a problemas de saúde associadas às condições crônicas, sobretudo às doenças não transmissíveis.

Então, torna-se evidente que o estudo do envelhecimento em relação às alterações cognitivas e nutricionais, seja relevante considerando o aumento da expectativa de vida não só no Brasil como no mundo.

A predominância de homens (56,03%) verificada no presente estudo não é frequentemente descrito na literatura, uma vez que a maior parte dos estudos analisados mostram que a proporção de mulheres é superior ao número de homens em instituições de longa permanência para idosos^(15,16).

Na literatura consultada foram encontrados apenas dois estudos que corroboraram com os resultados da presente pesquisa. A pesquisa de Paz et al.⁽²⁾, realizada com idosos de uma Instituição de Longa Permanência do Distrito Federal, em que os autores encontram maior proporção (66,7%) de idosos do sexo masculino, e o estudo de Navarro e Bennemann⁽¹⁷⁾ realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos em uma cidade do norte do Paraná, próxima ao município de Maringá-PR, onde 58% de indivíduos eram do sexo masculino.

Acredita-se que a predominância do sexo masculino na população estudada possa ser explicada pela grande migração de indivíduos que residiam em outros estados em busca de emprego, principalmente àqueles vindos de São Paulo e Minas Gerais para o norte do Paraná nas primeiras décadas do Século XX durante o período do Ciclo do Café. Segundo as autoras, muitos desses homens se deslocavam sozinhos para esta região em busca de uma vida melhor deixando suas famílias na cidade de origem. Com dificuldades financeiras e difícil acesso a transporte, por serem na maioria trabalhadores da zona rural acabaram se distanciando e perdendo contato com suas famílias, o que certamente acabaram optando pela vida solitária nessa região. Com o declínio da produção cafeeira e já com idade avançada estes idosos acabaram por serem acolhidos em Instituições de Longa Permanência para Idosos⁽¹⁷⁾. Justificativa essa que também pode explicar a predominância de homens assim como se pode verificar no referido trabalho em questão, que o município de Maringá apresenta história semelhante em relação ao processo de imigração nesse período.

Em relação à faixa etária, houve predomínio (78%) de idosos com mais de 70 anos de idade, sendo que destes, a metade (39%), correspondeu a idosos com 80 anos ou mais de idade. Rauen et al.⁽¹⁸⁾, ao estudarem idosos institucionalizados em Santa Catarina, verificaram percentual superior de idosos nesta faixa etária (85,6%), com o predomínio de idosos com idade acima de 80 anos (59%). O presente estudo é semelhante ao de Silva⁽¹⁹⁾, em relação ao predomínio de idosos com mais de 70 anos de idade.

A proporção de idosos com distúrbio cognitivo, no presente estudo, foi de 92,81%. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo desenvolvido em Instituição de Longa Permanência para Idosos, em Belo Horizonte- MG, onde foi evidenciado que 93,3% dos idosos possuíam algum tipo de distúrbio cognitivo⁽¹⁵⁾. Esses dados também se aproximam da pesquisa realizada por Converso e Iartelli⁽²⁰⁾, em que aproximadamente 80% dos idosos institucionalizados apresentavam déficit cognitivo.

É importante mencionar que o comprometimento cognitivo é frequentemente encontrado em idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência sendo considerado

por alguns autores, como um dos principais motivos de institucionalização, visto que o declínio pode causar consequências para a vida do idoso, como por exemplo, déficits de raciocínio, memória, comunicação, orientação e outros, que podem afetar diretamente o convívio social, a independência e a capacidade funcional, tornando os indivíduos permanentemente dependentes de auxílio de terceiros.⁽²⁰⁾

A predominância de comprometimento cognitivo nos homens não corrobora com outros estudos onde a proporção de mulheres com comprometimento cognitivo é superior a dos homens ^(9,16). Apesar disso, se considerarmos o comprometimento cognitivo, segundo sexo, a prevalência entre as mulheres é superior a dos homens no presente estudo.

Em relação ao comprometimento cognitivo e a idade, os resultados confirmam com o estudo de Ferreira et al.⁽¹⁶⁾ realizado com idosos institucionalizados em Brasília, o qual não foi observado diferenças significativas entre a idade e a perda cognitiva.

No presente estudo verificou-se que a proporção (98,11%) de idosos com distúrbio cognitivo no grupo etário de 80 anos ou mais, é superior ao do grupo com menos de 80 anos (89,53%). Entretanto, a associação da idade com o declínio cognitivo em idosos, observado em estudos longitudinais pode estar mais relacionado com as diferenças de gerações do que com a própria idade⁽²¹⁾.

Quanto ao estado nutricional, é relevante destacar a importância desse estado em relação à qualidade de vida dos idosos. A avaliação nutricional permite a identificação precoce de distúrbios nutricionais e conseqüentemente a elaboração de intervenções adequadas com o intuito de promover a reabilitação do estado nutricional de cada um.⁽³⁾

Em relação à avaliação nutricional, constatou-se que 4,58% dos idosos estavam desnutridos, 25,95% com risco para a desnutrição e 69,47% com estado nutricional adequado.

No estudo de Colebergue e Conde ⁽²²⁾, ao avaliar idosos institucionalizados utilizando a MAN, constatou que a maior parte (64,3%) dos idosos estava com estado nutricional normal o que vem corroborar com o resultado do presente estudo.

Os resultados encontrados no referido trabalho também se assemelham com os resultados de Campos et al.⁽²³⁾, que encontraram 5,7% de idosos com baixo peso e 50,4% com eutrofia apesar dos autores terem utilizado metodologia diferente para avaliá-los.

Os resultados do presente estudo mostram associação estatisticamente significativa entre o estado nutricional e a faixa etária. Observa-se que 42,5% dos idosos que estão desnutridos ou possuem risco para a desnutrição pertencem à faixa etária de 80 a 89 anos. Da mesma forma, outro estudo com idosos institucionalizados verificou prevalência de idosos subnutridos no grupo etário composto por indivíduos com 80 anos ou mais (44%)⁽²⁴⁾.

Nesse sentido observou-se que os idosos mais velhos têm maiores chances de apresentar baixo peso uma vez que envelhecimento promove alterações importantes na massa muscular e no padrão de distribuição de gordura corporal e conseqüentemente o peso declina com o avançar da idade a partir de 70-75 anos de forma geral, em ambos os sexos⁽²³⁾.

Diante disso, vale lembrar que a transição para a vida institucionalizada implica em alterações na rotina dos idosos, especialmente na área da alimentação podendo acarretar modificações nesses hábitos e fragilizar a saúde da pessoa idosa⁽²²⁾. Por essa razão é importante o planejamento da alimentação de acordo com as necessidades de cada indivíduo, já que os resultados dessa ação certamente vão interferir na saúde dessas pessoas.

Em relação ao estado nutricional e o comprometimento cognitivo, embora não tenha existido associação estatisticamente significativa, observou-se que o percentual (97,44%) de idosos com comprometimento cognitivo foi maior entre aqueles considerados desnutridos e com risco para desnutrição. Outros estudos com idosos institucionalizados realizados em diferentes países, encontraram associações estatisticamente significativas entre a capacidade cognitiva e o estado nutricional^(25,26). Fato que ratifica e mostra a importância do acompanhamento e avaliação do estado nutricional de idosos com comprometimento cognitivo em ILPIs, visto a alta frequência de idosos com alterações cognitivas residindo nesses locais⁽²⁶⁾.

Assim, o presente objeto de trabalho, embora apresente resultados que não podem ser considerados como referência em função do tipo de corte (transversal) e da amostra (conveniência), abre espaço e vale como incentivo para novas pesquisas uma vez que eles podem contribuir de forma positiva para o desenvolvimento de estratégias e de intervenções que auxiliem na manutenção e recuperação da saúde dos idosos, a fim de agregar qualidade de vida aos anos vividos.

Conclusão

A partir dos resultados encontrados pode-se observar que, embora a prevalência de comprometimento cognitivo tenha sido maior no sexo masculino, nos idosos com menos de 80 anos de idade e nos idosos com estado nutricional normais, o percentual de comprometimento cognitivo foi maior entre os do sexo feminino, entre aqueles com mais de 80 anos de idade e entre os desnutridos e com risco para desnutrição.

Em relação ao estado nutricional, os resultados mostraram que a prevalência de desnutrição e risco para a desnutrição foi maior no sexo feminino, nos idosos com idade mais avançada (80 a 89 anos) e nos solteiros.

Nesse sentido, os resultados sugerem a necessidade da abordagem interdisciplinar para o acompanhamento sistemático do estado nutricional bem como a avaliação da capacidade cognitiva no contexto da institucionalização com objetivo de promover, restaurar e preservar a saúde, autonomia e principalmente qualidade de vida dessas pessoas.

Referências

1. Castro PR, Frank AA. Mini avaliação nutricional na determinação do estado de saúde de idosos com ou sem a doença de Alzheimer: aspectos positivos e negativos. *Estud. interdiscipl. Envelhec.* 2009 jan/abr; 14(1): p. 45-64.
2. Paz RC, Fazzio DMG, Santos ALB. Avaliação nutricional em idosos institucionalizados. *Revisa.* 2012 jan/mar; 1(1): 9-18.
3. Tavares EL, Santos DM dos, Ferreira AA, Menezes MFG de. Nutritional assessment for the elderly: modern challenges. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2015; 18(3): 643-650.
4. Montañó MBMM, Ramos LR. Declínio Cognitivo E Quadros Demencias. In: Ramos LR & Cendoroglo MS (org.). *Guias de Medicina Ambulatorial da Unifesp-EPM. Geriatria e Gerontologia*; 2011; p.85-206.
5. Chaves AS, Santos AM dos, Alves MTSSB, Salgado FN. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* 2015; 18 (3): 545-556.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS; Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
8. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestão para o Uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq. Neuro-psiquiatr.* 2003; 61 (3): 777-781.

9. Almeida OP. Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil. *Arq. Neuro-psiquiatr.* 1998; 56(3): 605-612.
10. Guigoz Y, Lauque S, Vellas BJ. Identifying the elderly at risk for malnutrition: The mini nutritional assessment. *Clinics in Geriatric Medicine.* 2002 nov; 18(4): 737-757.
11. Gordon CC, Chumlea WC, Roche AF. Stature, recumbent length, and weight. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric standardization reference manual.* Champaign, Illinois: HumanKinetics Books; 1988. p. 3-8.
12. Chumlea WC, Roche AF, Mukherje D. In: Ross Laboratories. *Nutritional assessment of the elderly through anthropometry.* Ohio (USA); 1987. p. 534.
13. Callaway CW, Chumlea WC, Bouchard C, Himes JH, Lohman TG, Martin AD, et al. Circumferences. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric standardization reference manual.* Champaign: Human Kinetics Books; 1988. p. 39-54.
14. Harrison GG, Buskirk ER, Carter LJE, Johnston FE, Lohman TG, Pollock ML, et al. Skinfold thicknesses. In Lohman TG, Roche AF, Martorell R, editors. *Anthropometric standardization reference manual.* Champaign: Human Kinetics, 1988. p.55-70.
15. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2012; 15(4): 785-796.
16. Ferreira LS, Pinho MSP, Pereira MWM, Ferreira AP. Perfil cognitivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência de Brasília-DF. *Rev. bras. enferm.* 2014 mar/abr; 67(2): 247-251.
17. Navarro, MLBA, Bennemann RM. Avaliação do estado nutricional de idosos residentes em uma instituição asilar da cidade de Marialva, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum. Health Sciences.* 2006; 28(2): 129-134.
18. Rauen MS, Moreira EAM, Calvo MCM, Lobo AS. Avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados. *Rev. Nutr.* 2008 mai/jun; 21(3): 303-310.
19. Silva JL. Idosos institucionalizados: um estudo sobre o risco nutricional e seus fatores associados. [dissertação]. Recife (PE). Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco, 2014.

20. Converso MER, Iartelli I. Caracterização e Análise do Estado Mental e Funcional de Idosos Institucionalizados em Instituições Públicas de Longa Permanência. *J. bras. psiquiatr.* 2007; 56(4): 267-272.
21. Engelhardt E, Laks, J, Rozenhal M, Marinho V. M Idosos velhos (“oldestold”): institucionalizados: rastreamento cognitivo com MMSE. *Rev. bras. neurol.* 1997; 33(4): 201-206.
22. Colemberguer JP, Conde SR. Uso da Miniavaliação Nutricional em idosos institucionalizados. *Sci. Med.* 2011; 21(2): 59-63.
23. Campos MAG, Pedroso ERP, Lamounier JA, Colosimo EA, Abrantes MM. Estado nutricional e fatores associados em idosos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2006 jul/ago; 52(4): 214-221.
24. Ferreira, L. Uso da mini avaliação nutricional para o diagnostico de desnutrição e risco de desnutrição de idosos residentes em instituições de longa permanência. [dissertação]. São Paulo (SP). Mestrado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública da USP - USP, 2005.
25. Wu SJ, Wang HH, Chen KM, Yeh SH. Nutritional status of Nursing Home Residents in Taiwan. *Biol Res Nurs.* 2011 apr; 13(2): 189-195.
26. Pereira MLAS. Estado nutricional e fatores associados dos idosos residentes em instituições de longa permanência na cidade de salvador, Bahia. [dissertação]. Salvador (BA). Programa de Pós-Graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde. Universidade Federal da Bahia, 2013.

4.2 SÍNDROME DE *BURNOUT* EM CUIDADORES DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Artigo submetido à publicação na Revista Psicologia: Teoria e Prática ISSN 1516-3687
versão impressa, ISSN 1980-6906 versão on-line.

Síndrome de *Burnout* em cuidadores de idosos institucionalizados

Seção da revista: Avaliação Psicológica

Mariana Valença de Souza. Centro Universitário de Maringá – Unicesumar.

Rose Mari Bennemann. Centro Universitário de Maringá – Unicesumar.

Rute Grossi Milani. Centro Universitário de Maringá – Unicesumar.

Eraldo Schunk Silva. Universidade Estadual de Maringá - UEM.

Autor para correspondência: Mariana Valença de Souza. Rua Voluntária da Pátria, 175, CEP: 87225-000, Japurá, Paraná, Brasil. E-mail: mariivalenca@hotmail.com.

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo principal investigar a presença de indicadores da síndrome de *burnout* em cuidadores formais de idosos institucionalizados. Participaram do estudo 40 cuidadores, destes, 82,5% eram do sexo feminino, 65% possuíam 40 anos ou mais de idade, 47,5% eram técnicos de enfermagem, 22,5% auxiliares de enfermagem, 22,5% técnicos em cuidados de pessoas idosas e 7,5% enfermeiros. Para a coleta de dados utilizou-se a Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB) e um questionário sociodemográfico.

Constatou-se que em 7,5% dos participantes níveis altos nas três dimensões do *burnout* simultaneamente, o que sugere alto risco para o desenvolvimento da síndrome. Quanto às três dimensões, obtiveram maiores percentuais os níveis moderado e alto, ou seja, os profissionais se mostraram tão exaustos quanto se sentindo desumanos e ainda, decepcionados com o trabalho. Conclui-se que são necessárias ações preventivas e de promoção da saúde junto aos cuidadores que ofereçam suporte psicossocial e condições apropriadas de trabalho.

Palavras-chave: Cuidadores; Idoso, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Esgotamento Profissional, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the presence of indicators of burnout syndrome in formal caregivers of institutionalized elderly. Study participants were 40 caregivers of these, 82.5% were female, 65% were 40 years or older, 47.5% were nursing technicians, 22.5% nursing assistants, technicians 22.5% care of the elderly and 7.5% nurses. For data collection was

used the Burnout characterization Scale (ECB) and a sociodemographic questionnaire. It was found that 7.5% of the participants high levels in three burnout dimensions simultaneously, which suggests high risk of developing the syndrome. For the three dimensions, obtained higher percentage the moderate and high levels, ie, professionals proved so exhausted as feeling inhuman and still disappointed with the work. It follows that are necessary preventive and health promotion actions with the caregivers who provide psychosocial support and appropriate working conditions.

Keywords: Caregivers, Aged; Homes for the Aged; Burnout Professional; Health Promotion.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo investigar la presencia de indicadores del síndrome de burnout en los cuidadores formales de ancianos institucionalizados. Los participantes del estudio fueron 40 cuidadores de estos, el 82,5% eran mujeres, el 65% eran de 40 años o más, el 47,5% son técnicos, cuidando 22,5% auxiliares de enfermería, técnicos de 22,5% el cuidado de los ancianos y enfermeras 7,5%. Para la recolección de datos se utilizó la escala de la quemadura de caracterización (BCE) y un cuestionario sociodemográfico. Se encontró que 7,5% de los participantes niveles elevados en tres dimensiones del burnout simultáneamente, lo que sugiere un alto riesgo de desarrollar el síndrome. Para las tres dimensiones, que se obtiene mayor porcentaje de los niveles moderados y altos, es decir, los profesionales resultaron tan agotado como sensación inhumana y todavía decepcionado con el trabajo. De ello se desprende que son las acciones preventivas y de promoción de la salud necesarios con los cuidadores que proporcionan apoyo psicosocial y las condiciones de trabajo apropiadas.

Palabras chave: Cuidadores; Anciano; Hogares para Ancianos; Agotamiento Profesional; Promoción de la Salud.

INTRODUÇÃO

O trabalho exerce um papel de destaque na vida das pessoas o que interfere na integração social e na constituição da subjetividade porque envolve desde os valores econômicos que estão relacionados à subsistência como também os aspectos culturais ou simbólicos, uma vez que permite ao sujeito ampliar não apenas suas potencialidades humanas, mas também encontrar um sentido para a sua existência na sociedade influenciando desta forma, no modo de viver, de adoecer e de morrer (Pontes, 2013; Medeiros, 2015).

Diversas transformações econômicas, políticas, sociais e técnicas ocorreram no contexto mundial, frente a este cenário, o mundo de trabalho também vem sofrendo intensas mudanças às quais geram grandes influências sobre a saúde e qualidade de vida dos trabalhadores (Pontes, 2013). Pontes (2013) salienta que o trabalho contemporâneo é caracterizado por um processo de precarização que gera consequências para as relações de trabalho provocando adoecimento e sofrimento físico e mental.

A falta de trabalho ou a ameaça de perdê-lo pode causar forte impacto à saúde, pois influencia em sua subsistência, o que pode abalar o estado mental ao gerar sentimentos de angústia, insegurança, desespero, podendo ocasionar quadros depressivos (Brasil, 2001). Em contrapartida o trabalho pode ser considerado como um fator de afetividade quando este oferece condições favoráveis para que os trabalhadores desenvolvam e aprimorem suas habilidades vivenciando assim, sentimentos positivos, como sensação de satisfação, bem-estar e saúde (Medeiros, 2015).

Neste contexto, cabe destacar que os profissionais da saúde, principalmente a equipe de enfermagem, estão susceptíveis ao desenvolvimento de doenças em função de situações de risco que vivenciam em seu trabalho, como por exemplo, o desgaste psicológico, uma vez que lidam com a dor, o sofrimento e a morte, riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e de acidentes (Monteiro, Quirós & Marques, 2014).

Entre os diversos sinais e sintomas que acometem os trabalhadores de saúde, como o cansaço, o estresse, a ansiedade e a depressão, a literatura pesquisada dá especial destaque à síndrome de *burnout*. A Síndrome de *burnout* é definida como um transtorno psíquico derivado do estresse crônico associado ao cotidiano de trabalho. Esta doença pode ocorrer entre profissionais responsáveis pela assistência às pessoas que necessitam de algum tipo de cuidado e/ou ajuda com função assistencial caracterizada pelo relacionamento direto e

frequente, a exemplo dos médicos, profissionais da equipe de enfermagem e cuidadores, bem como, professores, agentes penitenciários, entre outros profissionais (Tamayo & Troccoli, 2009).

Segundo Maslach (2005), a síndrome de *burnout* ou síndrome do esgotamento profissional é constituída por três elementos centrais: exaustão emocional, despersonalização e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho. Desta forma, o profissional inicialmente começa a se sentir esgotado, em seguida ocorrem manifestações de atitudes negativas e desumanizadas em relação ao trabalho e\ou às pessoas com quem convivem diariamente no trabalho, avaliando também negativamente o desempenho de suas próprias atividades. Diante de tal situação, o profissional o qual antes era comprometido com as suas atividades laborais e possuía sentimentos afetivos por seus clientes\pacientes, desgasta-se, sente-se estafado, o que leva a condutas negativas frente aos usuários, clientes e à organização do trabalho trazendo desta forma, prejuízos práticos e emocionais para todos.

Cabe salientar que apesar dos crescentes estudos acerca da síndrome de *burnout*, um aspecto importante para a compreensão deste fenômeno, no que se refere a sua avaliação, ainda se constitui uma situação de dificuldade para os pesquisadores (Tamayo & Tróccoli, 2009). Segundo Tamayo e Tróccoli (2009), existem três instrumentos frequentemente utilizados para mensurar o burnout descritos na literatura, o *Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*, o *Burnout Measure (BM)* e o *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Porém, há necessidade de estudos de validação e de adaptação dos instrumentos de acordo com a realidade da população a ser estudada. No Brasil, alguns autores adaptaram e validaram o MBI como Lautert (1997) e Tamayo (1997 e 2003), no entanto, os pesquisadores se depararam com índices baixos de consistência interna para determinados fatores quando aplicados em populações brasileiras.

Neste sentido, Tamayo e Tróccoli (2009) construíram e validaram a Escala de Caracterização do *Burnout (ECB)*, a qual foi desenvolvida para o uso com diferentes profissionais, como àqueles da saúde, professores e policiais. A ECB é uma escala adaptada à cultura brasileira e seus fatores apresentam qualidade psicométricas superiores a outras versões brasileiras do MBI.

Segundo Maslach, Shaufeli e Leiter (2001) existem vários fatores que predispõe o desenvolvimento do *burnout*, nomeadamente fatores pessoais e profissionais. Entre os fatores pessoais destacam-se as características sociodemográficas, como por exemplo, a idade,

justificando-se que os profissionais mais jovens são mais vulneráveis por possuírem menos experiência e conseqüentemente sentirem-se mais inseguros em relação às exigências do trabalho ou também, profissionais que se encontram ao meio de sua carreira os quais vão lentamente se sentindo esgotados de seus recursos emocionais para lidar com a tensão ocasionada pelo trabalho.

Em relação aos fatores profissionais, podem-se destacar alguns estressores como condições inadequadas de trabalho como: ruído, umidade, luminosidade e funcionalidade dos espaços, assim como turnos de trabalho, carga horária elevada e grau de responsabilidade (Maslach *et al.*, 2001).

Os cuidadores de idosos encontram-se em risco de vivenciar esta síndrome, pois estes trabalhadores assumem um perfil de tarefas diárias específicas e complexas, que necessitam ser desenvolvidas por equipe qualificada para prestar a assistência, visto que, com o passar da idade os idosos se tornam mais susceptíveis às doenças crônicas e incapacidades decorrentes (Monteiro *et al.*, 2014). Efetivamente o cuidador de idosos possui uma prática a qual implica em contato direto e contínuo com indivíduos que muitas vezes se encontram em situações de dependência e vulnerabilidade, seja ela física cognitiva ou social, de modo que o ato de cuidar em conjunto com alguns fatores pessoais e ocupacionais, pode gerar situações de estresse no trabalho (Monteiro *et al.*, 2014).

Estes cuidadores enfrentam em seu ambiente de trabalho situações estressantes que podem levá-los ao adoecimento físico e mental, sendo os principais transtornos apresentados: síndrome de *burnout*, ansiedade e depressão. Os riscos iminentes que o ato de cuidar oferece à saúde dos cuidadores geram conseqüências à qualidade do trabalho desenvolvido junto aos idosos (Albuquerque, Melo & Araujo, 2015).

Levando em consideração estes pressupostos percebe-se a necessidade da identificação dos problemas e da possibilidade de reconhecer os indicadores do *burnout* em cuidadores de idosos pois não se pode esquecer que o desgaste da saúde dos profissionais pode gerar diversos problemas para sua qualidade de vida e de trabalho e conseqüentemente, interferir na assistência destinada a essas pessoas que tanto necessitam de seu trabalho.

Assim, o objetivo deste estudo foi investigar a presença de indicadores da síndrome de *burnout* em cuidadores formais de idosos institucionalizados.

2 METODOLOGIA

2.1 Participantes

Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal, quantitativa, do tipo descritivo-exploratório, com coleta de dados primários e amostra de conveniência. Participaram do estudo cuidadores dos idosos de 4 Instituições de Longa Permanência para Idosos do Município de Maringá-PR, sendo estas instituições de caráter não governamental e sem fins lucrativos.

Foram convidados a participar do estudo todos os cuidadores que trabalhavam nos períodos correspondentes à coleta de dados, ou seja, matutino e vespertino e que se enquadrassem nos critérios de inclusão para esta pesquisa. Tais como: atuar na instituição há pelo menos 6 meses com vínculo nas áreas de enfermagem, técnico e\ou auxiliar de enfermagem e ainda possuir capacitação em técnico em cuidados de pessoas idosas. Como critérios de exclusão foi adotado o seguinte: estar oficialmente em período de férias e encontrar-se de licença maternidade ou saúde.

A coleta de dados nas instituições foi realizada nos meses de março a junho de 2015.

2.2 Instrumentos

Para a coleta dos dados foi utilizada a Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB), a qual avalia a presença de indicadores da síndrome de *burnout*. Esta escala foi produzida e validada por Tamayo e Tróccoli (2009). É um instrumento autoaplicável, o qual considera como o indivíduo vivencia o seu trabalho.

A escala é composta por 35 itens, os quais estão distribuídos em 3 fatores: Exaustão Emocional, Desumanização e Decepção no Trabalho.

A primeira dimensão (exaustão emocional) se refere a esgotamento, cansaço e desgaste no trabalho, já a segunda (desumanização) está relacionada ao desinteresse e às atitudes negativas com os usuários do serviço e a terceira e última dimensão (decepção no trabalho) caracteriza o desânimo, o desespero, a frustração e a inadequação no trabalho.

Tendo em vista que o Inventário de *Burnout* de Maslach (MBI) é o questionário mais utilizado para mensurar a síndrome de *burnout*, optou-se por utilizar a ECB neste estudo o fato de ser um instrumento brasileiro e por apresentar propriedades psicométricas superiores as outras versões brasileiras do MBI (Tamayo & Tróccoli, 2009).

Para conhecer o desenvolvimento da síndrome de *burnout* foi utilizada a categorização em “baixo”, “moderado” e “alta” para cada uma das dimensões da síndrome. Os pontos de cortes foram calculados a partir de percentis, tomando como parâmetro o padrão de resposta da própria amostra, assim como é sugerido por Malasch e Jackson (1986). Portanto, os indivíduos acima do percentil 75 foram incluídos em grau alto de presença de *burnout*, entre 25 e 75, grau moderado e grau leve quando o percentil foi menor que 25.

Nesse sentido, quando encontrados graus altos nas três dimensões, os indivíduos foram considerados em risco para o desenvolvimento de *burnout* e resultados moderados significam probabilidade para o desenvolvimento da síndrome.

Além da ECB foi utilizado um questionário contendo perguntas pertinentes às características sociodemográficas dos cuidadores.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e os resultados apresentados por meio de tabelas de frequência absoluta (n) e relativa (%).

2.3 Procedimentos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR sob o protocolo 973.961 na data de 19\02\2015. Os idosos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução nº466/12 de 12 de dezembro de 2012 que regulamenta as ações de pesquisa com seres humanos (Brasil, 2012). Para garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos, foi solicitado aos participantes que não se identificassem nos questionários.

RESULTADOS

Dos 139 trabalhadores das quatro instituições de longa permanência pesquisadas, apenas 54 indivíduos se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos para esta pesquisa, destes, fizeram parte da amostra estudada 40 cuidadores. Foram excluídos cinco por não estarem presentes no período da coleta de dados por motivos de licença de saúde, dois indivíduos por estarem em período de férias e sete indivíduos não se dispuseram a responder as perguntas alegando que estavam extremamente ocupados com o trabalho.

A tabela 1 apresenta o perfil da amostra segundo sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação, carga horária, renda mensal e tempo de atuação na instituição.

Tabela 1:

Perfil dos cuidadores por sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, ocupação, carga horária, renda mensal e tempo de atuação na instituição. Maringá, PR, Brasil, 2015.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	33	82,50
Masculino	7	17,50
Faixa etária		
Menos de 40 anos	14	35,00
40 anos ou mais	26	65,00
Estado civil		
Casado/união estável	21	52,50
Divorciado/separado	7	17,50
Solteiro	9	22,50
Viúva	3	7,50
Escolaridade		
Médio Completo	32	80,00
Superior Incompleto	3	7,50
Superior Completo	3	7,50
Pós-graduação	2	5,00
Ocupação		
Auxiliar de enfermagem	9	22,50
Enfermeiro	3	7,50
Técnico em cuidados de pessoas idosas	9	22,50
Técnico em enfermagem	19	47,50
Carga horária		
Seis horas	11	27,50
Oito horas	1	2,50
Doze horas	28	70,00
Renda		
Até 1 salário-mínimo	7	17,50
Mais de 1 e menos de 3 salários mínimo	30	75,00
3 salários mínimos ou mais	3	7,50
Tempo de atuação		
Até um ano	19	47,50
Dois anos ou mais	21	52,50

Dos 40 cuidadores que fizeram parte deste estudo, 33 (82,50%) eram do sexo feminino e 26 (65%) fizeram parte do grupo etário de 40 anos ou mais. Em relação ao estado civil, 21 cuidadores (52,50%) declararam ser casados\união estável e 32 (80%) possuíam ensino médio completo. No que diz respeito à ocupação, o predomínio foi de técnicos de enfermagem 19 (47,50%). Quanto à carga horária de trabalho, prevaleceu a de doze horas diárias, 28 (70%). No tocante à renda mensal, 30 cuidadores (75%) alegaram receber mais de 1 salário e menos

de 3 salário mínimo por mês e, por fim, houve predomínio dos indivíduos com tempo de atuação na instituição de dois anos ou mais, correspondendo a 21 (52,5%).

Com referência aos indicadores do *burnout*, a tabela 2 apresenta os níveis que os cuidadores apresentaram em relação aos três fatores que compõem a Escala de Caracterização do *burnout*.

Tabela 2:

Nível de Exaustão Emocional, grau de Desumanização e nível de Decepção no Trabalho dos cuidadores. Maringá, PR, Brasil, 2015.

Nível	N	%
Exaustão Emocional		
Alto	11	27,50
Leve	10	25,00
Moderado	19	47,50
Desumanização		
Alto	14	35,00
Leve	12	30,00
Moderado	14	35,00
Decepção no Trabalho		
Alto	16	40,00
Leve	8	20,00
Moderado	16	40,00

Em relação aos fatores avaliados pela ECB pode-se observar que 19 (47,50%) cuidadores apresentaram nível moderado para o fator exaustão emocional, bem como 11 (27,50%) indicaram nível alto. No que se refere ao fator desumanização, 14 (35%) cuidadores referiram nível alto e, do mesmo modo, 14 (35%) indivíduos ainda apresentaram nível moderado para esta dimensão. Já no fator decepção no trabalho foram encontrados 16 (40%) cuidadores no nível alto e ainda 16 (40%) apresentaram nível moderado. Destaca-se que para as três dimensões o nível leve foi o que obteve menores percentuais. (tabela 2)

A tabela 3 expõe o nível referente aos indicadores do *burnout* que os cuidadores apresentaram, segundo o sexo e idade.

Tabela 3:

Nível de exaustão emocional, grau de desumanização e nível de decepção no trabalho dos cuidadores, segundo sexo e faixa etária. Maringá, PR, Brasil, 2015.

	Exaustão Emocional			Desumanização			Decepção no trabalho		
	Leve	Moderado	Alto	Leve	Moderado	Alto	Leve	Moderado	Alto
Sexo									
M (N=7)	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0 (0%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	4 (57,1%)	2 (28,6%)	4 (57,1%)	1 (14,3%)
F (N=33)	8 (24,2%)	14 (42,4%)	11 (33,4%)	11 (33,4%)	12 (36,3%)	10 (30,3%)	6 (18,2%)	12 (36,3%)	15 (45,5%)
Faixa Etária									
< 40 anos (N=14)	3 (21,4%)	7 (50%)	4 (28,6%)	4 (28,6%)	5 (35,7%)	5 (35,7%)	3 (21,4%)	5 (35,7%)	6 (42,9%)
≥40 anos (N=26)	7 (26,9%)	12 (46,2%)	7 (26,9%)	8 (30,8%)	9 (34,6%)	9 (34,6%)	5 (19,2%)	11 (42,3%)	10 (38,5%)

Em relação à exaustão emocional, pode-se observar que a maior parte dos homens (71,4%) apresentou nível moderado nesta dimensão, já no que diz respeito às mulheres, 42,4% apresentaram nível moderado, e ainda 33,4% nível alto para este indicador do *burnout*. Na dimensão desumanização houve predomínio (57,1%) do nível alto entre os homens, grande parte das mulheres (36,3%) apresentaram nível moderado, seguido do nível leve (33,4%) e alto (30,3%) nesta dimensão. Relativamente à decepção no trabalho, houve a preponderância (57,1%) do nível moderado entre os homens, e entre as mulheres o predomínio (45,5%) do nível alto, seguido do nível moderado e leve (Tabela 3).

Ainda de acordo com a tabela 3 observam-se resultados semelhantes em relação aos grupos etários na dimensão exaustão emocional, em que ambos apresentaram predomínio do nível moderado. Na dimensão desumanização, os cuidadores com menos de 40 anos de idade apresentaram o mesmo percentual (35,7%) nos níveis moderado e alto e percentual menor (21,4%) para o nível leve, da mesma forma, os cuidadores com 40 anos ou mais de idade apresentaram o mesmo percentual (34,6%) nos níveis moderado e alto e percentual menor (30,8) para o nível leve nesta dimensão. No que diz respeito à decepção no trabalho, a maior parte dos cuidadores com menos de 40 anos de idade (42,9%) apresentou nível alto, seguido de moderado (35,7%) e leve (21,4%), já os cuidadores com 40 anos ou mais de idade

apresentaram maior percentual (42,3%) no nível moderado, seguido do alto (38,5%) e leve (19,2%).

A tabela 4 demonstra a distribuição simultânea dos participantes nos três níveis do *burnout*.

Tabela 4:

Distribuição simultânea dos participantes nos três níveis de *burnout*. Maringá, PR, Brasil, 2015.

EXAUSTÃO			DESUMANIZAÇÃO			
			Leve N	Moderado N	Alto N	Total N
Leve	DECEPÇÃO	Leve	2	1	0	3
		Moderado	3	2	2	7
		Alto	0	0	0	0
		Total	5	3	2	10
Moderado	DECEPÇÃO	Leve	2	2	0	4
		Moderado	0	2	4	6
		Alto	3	3	3	9
		Total	5	7	7	19
Alto	DECEPÇÃO	Leve	0	1	0	1
		Moderado	0	1	2	3
		Alto	2	2	3	7
		Total	2	4	5	11

De acordo com a tabela 4 pode-se observar que 7,5% dos cuidadores apresentam níveis altos para as três dimensões do *burnout*, percebe-se então eles possuem alto risco para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, enquanto que 5% apresentam níveis moderados para as três dimensões, e 5% dos entrevistados apresentam níveis leves para as três dimensões, conseqüentemente possuem baixo risco para o desenvolvimento da doença.

DISCUSSÃO

A necessidade da compreensão das relações entre o trabalho e o processo saúde/doença está cada vez mais evidente como no caso do cuidador do idoso e isso configura-se um trabalho que demanda tempo, energia, capacitação, paciência e afetividade para executar as tarefas, o que pode interferir na saúde do cuidador. O prejuízo à saúde deste trabalhador pode levá-lo à falta de condições para cuidar dos idosos, tendo em vista que este grupo é o segmento populacional que mais cresce na atualidade e frequentemente é comprometido por doenças crônicas tornando-os dependentes de cuidados específicos.

Diversos estudos enfatizam os desgastes decorrentes das atividades laborais entre os cuidadores dos idosos e a predisposição para o desenvolvimento de doenças ocupacionais, como por exemplo, da síndrome de *burnout*. (Monteiro *et al.*, 2014; Albuquerque *et al.*, 2015).

Os resultados obtidos por meio desta pesquisa evidenciaram na população estudada o predomínio do sexo feminino (82,50%), resultado que coincide com outras pesquisas realizadas com profissionais da área da enfermagem (Ferreira *et al.*, 2012; Almeida, 2013). A predominância do sexo feminino na área da saúde pode ser explicada pelo ato de cuidar está associado tradicionalmente à figura feminina. Em 1986 Florence Nightingale, que exerceu grande influência para a história da enfermagem durante a guerra da Crimeia organizou as primeiras técnicas que possibilitaram a instrumentalização do cuidador, sendo que na época o papel pertencia apenas à mulher (Almeida, 2013).

No que diz respeito ao estado civil, observou-se neste estudo o predomínio de cuidadores casados\união estável (52,50%). Não foi associado o estado civil com os indicadores da síndrome de *burnout* na presente pesquisa, apesar disso é importante ressaltar que na literatura pesquisada não há um consenso sobre a influência da situação conjugal no desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Alguns autores apontam que a vida matrimonial contribui para o desenvolvimento da doença, porém outros estudos afirmam que esta condição apresenta menor disposição para os sintomas, assim como os profissionais com filhos possuem menor propensão para desenvolver a síndrome de *burnout* (Maslach *et al.*, 2001; Hahnmary & Carlotto, 2008; Moreira, Magnago, Sakae & Magajewski, 2009).

Estudos demonstram que a carga horária semanal é uma das causas que contribui para o desencadeamento da síndrome nos profissionais da equipe de enfermagem, causando maior desgaste físico e emocional, visto que o tempo destinado ao lazer é inversamente proporcional ao tempo destinado ao trabalho (Santos, Frazão & Ferreira, 2011).

Em relação à carga horária de trabalho diária observou-se neste estudo que a maior parte dos cuidadores (70%), trabalha 12 horas diárias. É importante ressaltar que muitos dos profissionais entrevistados declararam possuir mais de um vínculo empregatício, o pode-se concluir que isso se deve à necessidade de aumentar a renda familiar já que é uma prática comum entre os trabalhadores de saúde, o que os tornam mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças decorrentes do trabalho como a síndrome de *burnout* causada pelo excesso de carga horária de trabalho.

Com relação ao tempo de atuação do profissional na área, nesta pesquisa constatou-se que mais da metade dos indivíduos (52,50%) trabalham na instituição há dois anos ou mais.

Benevides-Pereira (2002) assinala que a síndrome de *burnout* pode se iniciar no primeiro ano que o indivíduo se integra na instituição de trabalho, este fato é explicado pela falta de experiência, pelas dificuldades encontradas pelo trabalhador para a inserção junto à equipe de trabalho, insegurança para a realização das tarefas e ainda sentimento de instabilidade no emprego.

No entanto, outro estudo afirma que a síndrome de *burnout* está relacionada com o tempo de profissão, sugerindo desta forma que a exposição prolongada às condições de trabalho estressantes pode estar associada ao agravamento dos sintomas da doença (Almeida, 2013).

Identificar o percentual de *burnout* na amostra constituiu um dos maiores desafios relacionado a esta pesquisa, pois existe uma grande diversidade de instrumentos diagnósticos para a síndrome e deste modo não há consenso na literatura para a interpretação dos questionários que a avaliam. Um dos procedimentos citados na literatura é utilizar os percentis, categorizando os sujeitos de acordo com os níveis leve, moderado e alto nas três dimensões (exaustão emocional, desumanização bem como decepção no trabalho) e dessa forma definir a presença da síndrome de *burnout* pela ocorrência simultânea de níveis altos nas três dimensões (Tamayo, 1997) o que vale lembrar tal procedimento foi utilizado para esta pesquisa.

Em relação aos níveis referidos nas três dimensões da síndrome, constatou-se que 75% dos participantes apresentaram exaustão emocional em níveis de moderado a alto, enquanto 70% apresentaram níveis de desumanização de moderado a alto e ainda 80% dos cuidadores apresentaram níveis de decepção no trabalho de moderado a alto. Segundo Maslach *et al.* (2001), a exaustão emocional é o principal fator que caracteriza a síndrome de *burnout* sendo a condição necessária para o diagnóstico da doença porém, não suficiente, por isso é necessário que o indivíduo apresente outros sintomas, tais como despersonalização (desumanização) e baixa realização profissional (decepção no trabalho) para que a síndrome fique caracterizada.

É importante salientar que neste estudo os profissionais se mostraram de forma geral tão exaustos quanto sentindo-se desumanos e ainda, decepcionados com o trabalho, o que pode comprometer seriamente a qualidade dos serviços prestados e conseqüentemente, a saúde dos idosos que dependem do seu trabalho.

Em relação à análise dos indicadores do *burnout*, de acordo com o sexo dos cuidadores, no presente estudo pode-se observar que os níveis altos de exaustão emocional e decepção no trabalho prevaleceram nas mulheres quando comparadas aos homens. Este

resultado corrobora com estudo realizado com cuidadores de idosos com doença de Alzheimer (Medeiros, 2015). Pesquisas revelam a existência de um perfil de risco constituído por mulheres, em consequência da dupla jornada de trabalho, que engloba profissão e afazeres domésticos que frequentemente as mulheres são submetidas (Santos *et al.*, 2011).

Já em relação ao indicador desumanização, no nível alto prevaleceu no sexo masculino, corroborando com um estudo realizado com profissionais da saúde (Portugal) bem como um estudo nacional com cuidadores de idosos (Silva & Gomes, 2009; Medeiros, 2015).

Pesquisas confirmam maior prevalência de exaustão emocional no sexo feminino e desumanização no masculino (Gil-Monte & Peiró, 1997; Schaufeli & Enzmann, 1998). Segundo Schaufeli & Enzmann (1998) maior exaustão emocional em mulheres está relacionada à dupla jornada (trabalho e lar) e aos estereótipos referentes ao gênero, em que as mulheres estão fortemente vinculadas ao cuidado humano e mais responsivas emocionalmente, enquanto os homens frequentemente desempenham atitudes mais instrumentais.

A partir da análise da amostra desta pesquisa, observou-se que 7,5% dos entrevistados apresentam níveis altos para as três dimensões, ou seja, estão em alto risco para desenvolver a síndrome de *burnout*. Resultado que coincide com outras pesquisas que avaliaram a presença da síndrome de *burnout* em profissionais da equipe de enfermagem (Lautert, 1997; Ferreira, *et al.*, 2012).

Finalizando os resultados deste estudo, em conjunto com dados científicos encontrados na literatura, estes, demonstram que os profissionais da equipe de enfermagem estão sujeitos a desenvolver patologias visto que os mesmos necessitarão da ajuda de uma equipe de saúde, ou seja, o profissional pode ocupar a posição de paciente. Assim sendo, a prevenção e promoção da saúde são necessárias e consiste em aumentar a variedade de rotinas como, reduzir e evitar o excesso de horas extras, oferecer maior e melhor suporte psicossocial aos profissionais oferecendo melhores condições sociais e físicas de trabalho (Ruviano & Bardagi, 2010).

Em relação às limitações do presente estudo cabe salientar o seu restrito poder de generalizações, pois a pesquisa foi desenvolvida com uma amostra acidental, também apresentou as limitações próprias de um estudo transversal, assim como as restrições inerentes ao uso de instrumentos de autorresposta. É importante destacar também que durante a aplicação dos questionários observou-se que muitos dos entrevistados sentiam medo e

constrangimento no momento de responder ao questionário, mesmo tendo a pesquisadora explicado detalhadamente o sigilo e os objetivos da pesquisa.

Como futuras investigações, parece relevante a elaboração de estudos longitudinais centrados na avaliação da presença da síndrome de *burnout* em profissionais da saúde com o intuito de contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção ajustados à realidade e ao contexto que os profissionais se encontram.

Conclui-se que 7,5% dos cuidadores apresentaram níveis alto nas três dimensões do *burnout* (exaustão emocional, desumanização e decepção no trabalho) simultaneamente, logo, possuem alto risco para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*. Ao analisar os níveis de cada dimensão separadamente observou-se que os níveis moderado e alto foram aqueles que obtiveram maiores percentuais nas três dimensões o que pode favorecer o desencadeamento de processos patológicos. Em razão destes resultados espera-se que esta pesquisa contribua com questões inerentes à saúde mental dos cuidadores e favoreça o desenvolvimento de futuras pesquisas que englobem o âmbito pessoal, profissional e organizacional destes trabalhadores, possibilitando o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção da saúde aos cuidadores de idosos, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e assistencial.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, F. J. B., Melo, C. F., & Araujo, J. L. Neto. (2012). Avaliação da síndrome de burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicol. Reflex. Crit.*, 25 (3) 542-549.

Almeida, A. R. C. B. (2013). *A Síndrome de Burnout em cuidadores formais (auxiliares de ação direta) de idosos institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado não publicada) - Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal.

Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. (2001).

Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde.

Brasília. Recuperado em 15 janeiro 2016, de

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2012). *Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS; Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos*. Brasília. Recuperado em 15 janeiro 2016, de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

Ferreira, T. C., Oliveira, S. P., Santos, R. R., Campos, C. G., Botti, N. C. L., & Machado, R. M. (2012). Enfermagem em nefrologia e síndrome de burnout. *Cogitare Enfermagem*, 17 (1) 44-49.

Gil-Monte, P., Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madri: Síntesis.

HahnMary, K., & Carlotto S. (2008). The Burnout Syndrome in monitors that act in a foundation of special protection. *Diversitas Perspectiv Psicol.* 4(1) 53-62.

Lautert, L. (1997). O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 18 (2) 133-144.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychological Press.

Maslach, C., Shaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52 397-422.

Maslach, C. (2005). Entendendo o Burnout. In: A. M. Rossi, P. L. Perrewé & S. L. Sauter. *Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional*. (pp. 41-55). São Paulo, SP: Atlas.

Medeiros, A. L. F. (2015). *Síndrome de burnout em cuidadores dos idosos com doença de Alzheimer: um estudo dos fatores associados*. (Dissertação de Mestrado não publicada) - Universidade Católica de Santos, São Paulo, Brasil.

Monteiro, B., Quirós, C., & Marques, A. (2014). Empatia e *engagement* como preditores do *burnout* em cuidadores formais de idosos. *Revista Psicologia Saúde e Doenças*, 15 (1) 2-12.

Moreira, D. S., Magnago, R. F., Sakae, T. M., & Magajewski, F. R. L. (2009). Prevalência da Síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cad. saude publica*, 25 (7) 1559-1568.

- Pontes, S. K. (2013). Relações entre saúde e trabalho. In: M. A. Silveira (Org.), *Inovação para desenvolvimento de organizações sustentáveis: trabalho, fatores psicossociais e ambiente saudável*. (pp. 125-141). Campinas: Centro de Tecnologia da Informação “Renato Archer”.
- Ruviaro, M. F. S., & Bardagi, M. P. (2010). Síndrome de *burnout* e satisfação no trabalho em profissionais da área de enfermagem do interior do RS. *Barbarói*, (33) 194-216.
- Santos, T. M. B., Frazão, I. S., & Ferreira, D. M. A. (2011). Estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital universitário. *Cogitare enfermagem*, 16 (1) 76-81.
- Schaufeli, W. B., Enzmann, D. (1998). *The Burnout companion to study and practice: critical analysis*. London: Taylor and Francis.
- Silva, M. da C. de M., & Gomes, A. R. da. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14 (3) 239-248.
- Tamayo, M. R. (1997). *Relação entre a síndrome do Burnout e os valores organizacionais no pessoal de Enfermagem de dois hospitais públicos*. (Dissertação de mestrado não publicada) - Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.
- Tamayo, M. R. (2003). Validação do Inventário de *Burnout* de Maslach. [Resumo]. In Universidade Federal da Paraíba (Organizador.), *III Congresso Norte-Nordeste de Psicologia*. Anais, João Pessoa.
- Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2009). Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB). *Estudos de Psicologia*, 14 (3)213-221.

5 CONCLUSÃO

A pesquisa desenvolvida com 141 idosos de Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Maringá, PR apontou que, embora a prevalência de comprometimento cognitivo tenha sido maior no sexo masculino, nos idosos com menos de 80 anos de idade e em idosos com estado nutricional normais, o percentual de comprometimento cognitivo foi maior entre os idosos do sexo feminino, entre aqueles com mais de 80 anos de idade e entre os idosos desnutridos e com risco para desnutrição.

Em relação ao estado nutricional, os resultados mostraram que a prevalência de desnutrição e o risco para a desnutrição foi maior no sexo feminino, em idosos mais velhos (80 a 89 anos) e nos solteiros.

No estudo realizado com 40 cuidadores destas mesmas instituições constatou-se que 7,5% dos participantes apresentaram níveis altos nas três dimensões do *burnout* (exaustão emocional, desumanização e decepção no trabalho) simultaneamente, o que sugere alto risco para o desenvolvimento da síndrome. Ao analisar os níveis de cada dimensão separadamente, observou-se que tanto os níveis moderado, quanto o alto, foram os que obtiveram maiores percentuais nas três dimensões, o que pode favorecer o desencadeamento de processos patológicos.

Os resultados do estudo sugerem que as atividades inerentes ao atendimento das necessidades dos idosos institucionalizados através do cuidado desenvolvido pelo cuidador, quando associado às outras demandas da vida pessoal e familiar, poderão desencadear o desenvolvimento de problemas psicológicos, emocionais e/ou físicos, como por exemplo, a síndrome de *burnout*. Desse modo é importante ressaltar que, avaliar e identificar a sobrecarga do cuidador é um aspecto necessário para o cuidado com o idoso uma vez que, o excesso de sobrecarga pode comprometer a qualidade da assistência prestada a ele.

Por essa razão assegura-se então a extrema precisão à abordagem interdisciplinar com objetivo de promover, restaurar e preservar a saúde, autonomia e qualidade de vida dos idosos institucionalizados, como também implantar ações voltadas aos cuidadores com intuito de promover a melhoria da assistência prestada, e ainda da qualidade de vida dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, H.L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 3, p.131-136, 2005.

ALMEIDA, O. P. Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de Demência no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 56, n. 3, p.605-612, 1998.

ALVES-SILVA, J. D.; SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. dos. Idosos em Instituições de Longa Permanência: Desenvolvimento, Condições de Vida e Saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 26, n. 4, p.820-830, 2013.

AZEVEDO, L. et al. *Vulnerabilidade ao stress, Desordens Emocionais, Qualidade de Vida e Bem-Estar em Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. Apresentação de um estudo exploratório*. Instituto Superior da Maia (ISMAI) Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010.

BALLARD, C. et al. Alzheimer's disease. *Lancet*, v. 377, n. 9770, p.1019-1031, 2011.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. *Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho*. In: *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*, São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 21-91, 2010.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas, E. V. et al. (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1131-1141.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. *Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> Acesso em: 09 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 810, de 22 de setembro de 1989. *Dispõe sobre normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos*. Disponível em: <<http://>

www.senado.gov.br/senado/conleg/idoso/DOCS/.../Portaria810.doc>. Acesso em: 09 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução - RDC Nº 283, de 26 de Setembro de 2005.

Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>. Acesso em: 09 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS; Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos*. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, 2011.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p.5-26, 2008.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestão para o Uso do Mini Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 61, n. 3, p.777-781, 2003.

CALLAWAY, C. W. et al. Circumferences. In: LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. *Anthropometric standartization reference manual*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Books, 1988. p. 39-54.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p.233-235, jan. 2010.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach *Burnout Inventory* (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 3, p.499-505, 2004.

CARNEIRO, B. G. et al. Perfil dos cuidadores de idosos de instituições de longa permanência e a prevalência de sintomatologia dolorosa. *Conscientiae Saúde*, São Paulo, v. 8, n. 1, p.75-82, 2009. Trimestral.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.725-733, 2003.

CAVALCANTI, C. B. S.; CARVALHO, S. B. C. E.; BARROS, M. V. G. Indicadores antropométricos de obesidade abdominal: revisão dos artigos indexados na biblioteca SciELO. *Revista Brasileira Cineantropometria e Desempenho Humano*, Florianópolis, v. 11, n. 2, p.217-225, 2009.

CENTURIÓN, L. et al. Asociación entre riesgo de desnutrición y capacidad afectiva en personas de edad avanzada institucionalizadas de la Comunidad de Madrid. *Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, Madrid, v. 30, n. 2, p. 33-41, 2010.

CHAVES, A. S. et al. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos Hipertensos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.545-556, 2015.

CHRISTOPHE, M. *Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?* 178 f. Dissertação (Mestrado) - Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais, Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2009.

CHUMLEA, W. C.; ROCHE, A. F.; MUKHERJE, D. In: Ross Laboratories. *Nutritional assessment of the elderly through anthropometry*. Ohio (USA), 1987. p.534.

COLOMÉ, I. C. S. dos et al. Cuidar de idosos institucionalizados: característica e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 13, n. 2, p.306-312, 2011.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.332-340, 2008.

CREUTZBERG, M. et al. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, 2007.

CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L. H. T.; SOBOTTKA, E. A. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p.273-279, 2008.

CRUZ, D. T. da; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.500-508, 2010.

DI NUCCI, F. R. C. F. et al. Ausência de relação entre hipertensão arterial sistêmica e desempenho cognitivo em idosos de uma comunidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 37, n. 2, p.52-56, 2010.

DUNCAN, B. B., et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46(Supl), p.126-34, 2012.

FELIX, L. N.; SOUZA, E. M. T. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 22, n. 4, p. 571-580, 2009.

FERREIRA, P. C. S.; TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, R. A. P. Características sociodemográficas, capacidade funcional e morbidades entre idosos com e sem declínio cognitivo. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n. 1, p.29-35, 2011.

FRANGELLA, V.S.; MARUCCI, M. F. N.; TCHAKMAKIAN, L. A. Avaliação nutricional em diferentes situações: Idosos. In: ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A. P. (Org.). *Avaliação Nutricional: Novas perspectivas*. São Paulo: Roca, 2008. p. 291-317.

GALESI, L. F. et al. Perfil alimentar e nutricional de idosos residentes em moradias individuais numa instituição de longa permanência no leste do estado de São Paulo. *Revista de Alimentos e Nutrição*, Araraquara, v. 19, n. 3, p. 283-290, 2008.

GARBIN, C. A. S. et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p.2941-2948, 2010.

GIL-MONTE, P. R.; PEIRÓ, J. M. *Desgaste psíquico em eltrabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis, 1997.

GORDON, C. C.; CHUMLEA, W. C.; ROCHE, A. F. Stature, recumbent length, and weight. In: LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign, Illinois: Human Kinetics Books, 1988. p.3-8.

GRATÃO, A. C. M. et al. Sobrecarga e Desconforto Emocional em Cuidadores de Idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 2, p.304-312, 2012.

GRAY, G. E. Nutrition and Dementia. *J Diet Assoc.*, v. 89, n. 12, p.1795-1802, 1989.

GUIGOZ, Y.; LAUQUE, S.; VELLAS, B. J. Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. *Clin. Geriatr. Med.*, Maryland Heights, v.18, n. 4, p.737-757, 2002.

HARRISON, G. G. et al. Skinfold thicknesses. In LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R, editors. *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1988. p.55-70.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010: resultados preliminares da amostra*. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:<ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_Preliminares_Amostra/tabelas_de_resultados.zip>. Acesso em: 17 nov. 2015.

JONES, J. The staff *Burnout* scale: a validity study. Trabalho apresentado na 52ª Reunião Anual da *Midwestern Psychological Association*. St Louis. Missouri, 1980.

KEMP, C. L.; BALL, M. M.; PERKINS, M. M. Convoysofcare: Theorizingintersectionsof formal and informal care. *Journal Of Aging Studies*, Philadelphia, v. 27, n. 1, p.15-29, jan. 2014.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p.133-144, 1997.

LEITE, M. T. et al. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p.64-71, 2012.

LOUREIRO, L. S. N. de et al. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 67, n. 2, p.227-232, 2014.

- MARQUES, A. P. O. et al. Envelhecimento, obesidade e consumo alimentar em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p.1-9, 2007.
- MARUCCI, M.F.N.; ALVES, R.P.; GOMES, M.M.B.C. Nutrição na geriatria. In: SILVA S. M. C. S, MURA J. D. P. *Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia*. São Paulo: Roca, 2007. p. 391-416.
- MASLACH, C.; JACKSON, S. E. *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychological Press, 1986.
- MONTEIRO, M. A. M. Percepção sensorial dos alimentos em idosos. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 10, n. 2, p.34-42, 2009.
- MORAES, E. M, et al. Avaliação clínico-funcional do idoso. In: MORAES E. N. *Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed, 2008, p. 63-84.
- MOREIRA, A. J. et al. Composição corporal de idosos segundo a antropometria. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.201-213, 2009.
- MUROFUSE, N. T.; ABRANCHES, S. S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p.255-261, 2005.
- NASCIMENTO, N. M. R. *Estudo comparativo sobre a prevalência de declínio cognitivo entre dois grupos de idosos*. 69 f. Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2008.
- OLIVEIRA, M. P. F. de; NOVAES, M. R. C. G.. Uso de medicamentos por idosos de instituições de longa permanência, Brasília-DF, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 5, p.737-744, 2012.
- OLIVEIRA, P. B. de; TAVARES, D. M. S. dos. Condições de saúde de idosos residentes em Instituição de Longa Permanência segundo necessidades humanas básicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 67, n. 2, p.241-246, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, 2005.
- PARENTE, M. A. M. P. *Cognição e envelhecimento*. Porto. Alegre: Artmed, 2006.

PEREIRA, R. A.; ALVES-SOUZA, R. A.; VALE, J. S. de. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. *Revista Científica da Faculdade de Educação e meio Ambiente, Rondônia*, v. 6, n. 1, p.99-108, 2015.

PESTANA, L. C.; ESPÍRITO SANTO, F. H. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 2, p.268-275, 2008.

PFRIMER, K.; FERRIOLLI, E. Fatores que interferem no estado nutricional do idoso. In: VITOLO, M. R (Ed.). *Nutrição: da gestação ao envelhecimento*. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p.459-465.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.657-667, 2006.

PINES, A.; ARONSON, E. *Career Burnout: Causes and cures*. New York: Free Press. 1988.
PINTO, S. P. L. C.; SIMSON, O. R. M. V. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: Sumário da Legislação. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.169-174, 2012.

PONTES, R. J. S. et al. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R.A. et al. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p.123-151.

RABELO, D. F. Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*, Patos de Minas, v. 1, n. 1, p.56-68, 2009.

RATES, H.F. *Cuidado de Saúde do Idoso, no Domicílio: Implicações para as Cuidadoras, no Distrito Ressaca - Município de Contagem/MG*. 227 f. Dissertação (Mestrado). Mestrado em Enfermagem. Escola de Enfermagem Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

RIBEIRO, M. T. F. de et al. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 6, p.870-875, 2009.

- RIBEIRO, M. T. F. de et al. Processo de cuidar nas instituições de longa permanência: visão dos cuidadores formais de idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 6, p.870-875, 2009.
- ROCHA, M. P. F. et al. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 6, p.801-808, 2008.
- RODRIGUES, M. A. P. et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p.604-612, 2009.
- SANTOS, A. C. O; MACHADO, M. M. O; LEITE, E. M. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 168-175, 2010.
- SANTOS, M. R. S. *Síndrome de burnout entre médicos atuantes na estratégia de saúde da família: uma análise no Município do Rio de Janeiro*. 92 f. Dissertação (Mestrado). Mestrado em Saúde da Família. Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2013.
- SCHLINDWEIN-ZANINI, R. Demência no idoso: aspectos neuropsicológicos. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 18, n. 2, p.220-226, 2010.
- SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.897-908, 2004.
- SILVA, J. L. *Idosos institucionalizados: um estudo sobre o risco nutricional e seus fatores associados*. 75 f. Dissertação (Mestrado) –Mestrado em Saúde Coletiva Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.
- SILVA, T. D. da; CARLOTTO, M. S. Síndrome de *Burnout* em trabalhadores da enfermagem de um hospital geral. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 113-130, 2008.
- SILVEIRA, E. A.; KAC, G.; BARBOSA, L. S. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p.1569-1577, 2009.
- SOUSA, V. M. C.; GUARIENTO, M. E. Avaliação do idoso desnutrido. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 7, p. 46-49, 2009.

TAMAYO, M. R. *Relação entre a síndrome do Burnout e os valores organizacionais no pessoal de Enfermagem de dois hospitais públicos*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de Brasília. Brasília, 1997.

TAMAYO, M. R. Validação do Inventário de *Burnout* de Maslach. [Resumo]. In Universidade Federal da Paraíba (Org.), *III Congresso Norte-Nordeste de Psicologia*. Anais (p. 392-393). João Pessoa: UFPB, 2003.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 14, n. 3, p.213-221, 2009.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, São Paulo, v. 2, n. 21, p.117- 124, 2006

TIRONI, M. O. S. et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (síndrome de *burnout*) em médicos intensivistas de Salvador. *Revista Associação Médica Brasileira*, Bela Vista, v. 55, n. 6, p. 656-662, 2009.

TRIGO, T. R.; TENG, C. T.; HALLAR J. E. C. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 5, p.223-233, 2007.

UESUGUI, H. M.; FAGUNDES, D. S.; PINHO, D. L. M.. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 24, n. 5, p.689-694, 2011.

UNITED NATIONS. *World Population Prospects: The 2008 Revision*. 2009. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2008/wpp2008_text_tables.pdf>. Acessoem: 17 nov. 2015.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p.1834-1840, 2012.

VIEIRA, E. B. *Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. M. C. Qualidade de vida de idosos em instituições de longa permanência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 26, n. 6 [09 telas], 2012.

ANEXOS

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Maringá / 26 / Nov. / 2014.

IlmaSr.^aProf.^a Dr.^a Nilce Marzolla Ideriha*Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)*

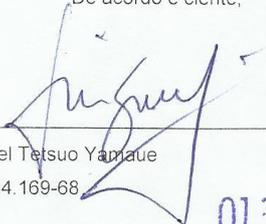
UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar

Prezada Coordenadora,

Eu, Miguel Tetsuo Yamaue, declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado Saúde Física e Mental dos Idosos e Cuidadores Formais de Instituições de Longa Permanência para Idosos sob a responsabilidade da pesquisadora Mariana Valença de Souza que o Lar de Cristo Luz Amor, conforme Resolução CNS/MS 196/96, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzido possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,


Nome: Miguel Tetsuo Yamaue
CPF: 167.344.169-68

01.333.520/0001-891
LAR DE CRISTO LUZAMOR
DE MARINGÁ
RUA DAS PRIMAVERAS, 142
JARDIM PARQUE DO HORTO
CEP 87000-050 — MARINGÁ — PR

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Maringá / 24 / Nov. / 2014.

IlmaSr.^aProf.^a Dr.^a Nilce Marzolla Ideriha

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)

UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar

Prezada Coordenadora,

Eu, Dr. Suzinha maria Pamplona

declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado Saúde Física e Mental dos Idosos e Cuidadores Formais de Instituições de Longa Permanência para Idosos sob a responsabilidade da pesquisadora Mariana Valença de Souza que a Associação Cultural e Beneficente Nova Lourdes – Lar dos Velinhos, conforme Resolução CNS/MS 196/96, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzido possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,

Dr. Pamplona
Nome: Suzinha maria Pamplona
CPF: 148.318.050-68

84.304.179/0013-02'

ACBNL- LAR DOS VELINHOS
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTER. PONTA GROSSA, 70
AEROPORTO - CEP 87050-590
MARINGÁ - PR

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Maringá / 21/ jul / 2014.

IlmaSr.^aProf.^a Dr.^a Nilce Marzolla Ideriha

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)

UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar

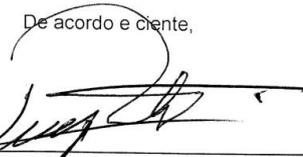
Prezada Coordenadora,.

Eu, Kenji Ueta

declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado Condições de Saúde dos Idosos e Cuidadores de Instituições de Longa Permanência para Idosos sob a responsabilidade da pesquisada Mariana Valença de Souza que a Associação Paranaense de Amparo às Pessoas Idosas - Wajunkai, conforme Resolução CNS/MS 196/96, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzido possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,


Nome: KENJI UETA
CPF: 005376249-53

**ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE
AMPARO ÀS PESSOAS IDOSAS
" WAJUN - KAI "**
CNPJ: 75.833.657/0001-39
AV LONDRINA, Nº 477 - CAIXA POSTAL, 1.630
FAX. (44) 3226-3402 - FONE: (44) 3222-5651
CEP 87050-730 - MARINGÁ - PARANÁ - BRASIL



UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Maringá / 28 / Jan. / 2015.

IlmaSr.^a

Prof.^a Dr.^a Nilce Marzolla Ideriha

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UniCesumar)

UNICESUMAR – Centro Universitário Cesumar

Prezada Coordenadora,

Eu, Eroni Cavalho.

declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado Saúde Física e Mental dos Idosos e Cuidadores Formais de Instituições de Longa Permanência para Idosos sob a responsabilidade da pesquisadora Mariana Valença de Souza que o Asilo São Vicente de Paulo, conforme Resolução CNS/MS 196/96, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzido possam ser informados a esta instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe.

De acordo e ciente,

Eroni Cavalho

Nome:

CPF: 043.854.669.55

Asilo São Vicente de Paulo
Av. Alziro Zarur, 976
Maringá - PR
CNPJ: 76.722.180/0001-87

ANEXO II

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:	Nome:			
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem".
Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m ²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação do Estado Nutricional de 24 a 30 pontos estado nutricional normal de 17 a 23,5 pontos sob risco de desnutrição menos de 17 pontos desnutrido	

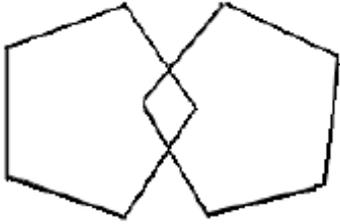
References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-465.
 - Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; 56A: M366-377
 - Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:466-487.
- © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 Para maiores informações: www.mna-elderly.com

ANEXO III

<p style="text-align: center;">MINI EXAME DO ESTADO MENTAL</p> <p>Nome: _____</p> <p>Escolaridade: _____</p>	Pontos
<p>1. Orientação temporal – pergunte ao idoso (dê um ponto para cada resposta correta)</p> <p>() Que dia é Hoje?</p> <p>() Em que mês estamos?</p> <p>() Em que ano estamos?</p> <p>() Em que dia da semana estamos?</p> <p>() Qual à hora aproximada? (Considere a variação de mais ou menos uma hora)</p>	
<p>2. Orientação espacial – (dê um ponto para cada resposta correta)</p> <p>() Em que local nós estamos? (sala, dormitório, cozinha – apontando para o chão)</p> <p>() Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentindo mais amplo: própria casa)</p> <p>() Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?</p> <p>() Em que cidade nós estamos?</p> <p>() Em que Estado nós estamos?</p>	
<p>3. Memória imediata: Pergunte ao idoso se você pode examinar sua memória e então diga: Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir:</p> <p>() carro () vaso () tijolo</p> <p>(Dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros)</p>	
<p>4. Cálculo: subtração de setes seriadamente. Peça para o idoso subtrair: (Dê 1 ponto para cada resultado correto)</p> <p>() 100 – 7 () 93 – 7 () 86 – 7 () 79 – 7 () 72 – 7, 65</p>	

<p>Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige.</p>	
<p>5. Evocação das palavras. (Dê 1 ponto para cada palavra repetida)</p> <p>Pergunte ao idoso quais as palavras que acabou de repetir:</p> <p>() carro () vaso () tijolo</p>	
<p>6. Nomeação: peça para o idoso nomear os objetos mostrados:</p> <p>() relógio () caneta (dê um ponto para cada resultado correto)</p>	
<p>7. Repetição: Diga para o idoso: Preste atenção vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim:</p> <p>() “Nem aqui, nem ali, nem lá”. (uma única tentativa. Dê um ponto apenas se a repetição for perfeita).</p>	
<p>8. Comando: Peça para o idoso obedecer à ordem:</p> <p>Pegue este papel com a mão direita () dobre-o ao meio () então coloque-o no chão ()</p> <p>Se o idoso pedir ajudas durante a tarefa não dê dicas. Acamados, substituir “chão por mesa de cabeceira”. Anote um ponto para cada parte correta executada.</p>	
<p>9. Leitura: mostre a frase escrita “FHECHE OS OLHOS” e peça para o idoso fazer o que está sendo mandado: Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando. (considere 1 ponto) ()</p>	
<p>10. Frase: peça ao idoso para escrever uma frase. Se o idoso não compreender o significado, ajude com alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queria dizer. Dê 1 ponto se a frase conter um sujeito, um verbo e tiver sentido. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos.</p>	

<p>11. Cópia do desenho</p> <p>Mostre o modelo e peça para copiar exatamente como está desenhado, da melhor forma possível. Dê 1 ponto apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos</p> 	
TOTAL	Escore: 30

ANEXO IV

**ESCALA DE CARACTERIZAÇÃO DO *BURNOUT* – ECB
(Tamayo & Tróccoli, 2009)**

Este questionário pretende conhecer como as pessoas se sentem no seu trabalho. A seguir, você encontrará várias frases que representam possíveis situações do dia-a-dia no trabalho.

Sua tarefa consiste em ler cada frase cuidadosamente e dizer se ela expressa ou não algo que ocorre com você no seu trabalho. Para responder, escolha o ponto da escala abaixo que melhor descreva a sua situação e escreva o número sobre a linha que aparece à esquerda de cada frase.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
01) _____	Sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho.			
02) _____	Trato alguns idosos com distanciamento.			
03) _____	Eu me sinto frustrado com meu trabalho.			
04) _____	Meu trabalho afeta negativamente minha saúde física.			
05) _____	Trato alguns idosos com indiferença, quase de forma mecânica.			
06) _____	Acho que as coisas que realizo no meu trabalho valem a pena.			
07) _____	Sinto que a carga emocional do meu trabalho é superior àquela que posso suportar.			
08) _____	Sinto que alguns idosos são “meus inimigos”.			
09) _____	Meu trabalho me faz sentir como se estivesse num beco sem saída.			
10) _____	Meu trabalho me faz sentir emocionalmente exausto.			
11) _____	Enfureço-me com alguns idosos.			
12) _____	Eu me sinto desanimado com meu trabalho.			
13) _____	Acho que estou trabalhando demais no meu emprego.			
14) _____	Sinto que desagrado a alguns idosos.			
15) _____	Sinto-me desesperado com meu trabalho.			
16) _____	Meu trabalho me exige mais do que posso dar.			
17) _____	Perco a paciência com alguns idosos.			
18) _____	Acho que meu trabalho parece sem sentido.			

19) _____ Meu trabalho afeta negativamente meu bem-estar psicológico.
20) _____ Trato alguns idosos com cinismo.
21) _____ Eu me sinto inútil no meu trabalho.
22) _____ Meu trabalho me faz sentir como se estivesse no limite das minhas possibilidades.
23) _____ Eu me sinto identificado com meu trabalho.
24) _____ Sinto que meu trabalho está me destruindo.
25) _____ Quando me levanto de manhã sinto cansaço só de pensar que tenho que encarar mais um dia de trabalho.
26) _____ Trato alguns idosos com frieza.
27) _____ Eu me sinto sugado pelo meu trabalho.
28) _____ Eu me sinto desiludido com meu trabalho.
29) _____ Eu me sinto saturado com meu trabalho.
30) _____ Evito o trato com alguns idosos.
31) _____ Eu me sinto desgastado com meu trabalho.
32) _____ Sinto-me emocionalmente vazio com meu trabalho.
33) _____ Sinto-me infeliz com meu trabalho.
34) _____ Fico de mal humor quando lido com alguns idosos.
35) _____ Eu me sinto cheio de energia para trabalhar.

APÊNDICES

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - IDOSOS

1. Identificação

Sexo – Feminino () Masculino ()

Data de Nascimento: ___/___/___ () anos

2. Nível Educacional

Sem grau de escolaridade (indivíduos com pouco grau de instrução, consideram que tenham aprendido sem nunca ter frequentado a escola) ()

Ensino Fundamental séries iniciais incompleto ()

Ensino Fundamental séries iniciais completo ()

Ensino Fundamental séries finais incompleto ()

Ensino Fundamental séries finais completo ()

Ensino Médio incompleto ()

Ensino Médio completo ()

Ensino Superior ()

Outro grau de escolaridade ()

3. Estado Civil

Solteiro () Casado ()

Amasiado () Separado ()

Divorciado () Viúvo ()

4. Renda Mensal

Até 1 salário mínimo ()

De 02 a 03 salários mínimos ()

De 04 a 05 salários mínimos ()

Mais de 05 salários mínimos ()

5. Há quanto tempo o senhor (a) reside nesta Instituição?

Data: ___/___/___

OBS: _____

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO - CUIDADORES

1. Identificação

Sexo – Feminino () Masculino ()

Data de Nascimento ___/___/___ () anos

2. Nível Educacional

Ensino Fundamental séries iniciais incompleto ()

Ensino Fundamental séries iniciais completo ()

Ensino Fundamental séries finais incompleto ()

Ensino Fundamental séries finais completo ()

Ensino Médio incompleto ()

Ensino Médio completo ()

Ensino Superior incompleto ()

Ensino Superior completo ()

Pós Graduação ()

3. Profissão Atual - _____

4. Tempo de Atuação na Instituição – _____

5. Carga Horária de Trabalho (horas/dia) - _____

6. Possui cursos extracurriculares na área de geriatria e/ou gerontologia?

Sim ()

Não ()

Especifique: _____

7. Estado Civil

Solteiro ()

Casado ()

Amasiado ()

Separado ()

Divorciado ()

Viúvo ()

8. Renda Mensal

Até 1 salário mínimo ()

De 02 a 03 salários mínimos ()

De 04 a 05 salários mínimos ()

Mais de 05 salários mínimos ()

Data: ___/___/___

OBS: _____