

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

EDILEUZA DE FÁTIMA ROSINA NARDI

Rede e apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores
familiares de idosos com incapacidade funcional

Ribeirão Preto

2012

EDILEUZA DE FÁTIMA ROSINA NARDI

Rede e apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores
familiares de idosos com incapacidade funcional

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo
para obtenção do título Doutor
em Ciências, Programa
Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: processo de
cuidar do adulto com doenças
agudas e crônico-degenerativas

Orientadora: Prof^a Dr^a Namie
Okino Sawada

Ribeirão Preto

2012

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Nardi, Edileuza de Fátima Rosina

Rede e apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional. Ribeirão Preto, 2012.

170 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Sawada, Namie Okino.

1. Efeitos psicossociais da doença. 2. Rede Social. 3. Apoio Social. 4. Qualidade de vida. 5. Cuidadores.

NARDI, Edileuza de Fátima Rosina

Rede e apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Doutor em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Aprovado em//

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICO:

*Ao meu esposo **Valcir**, companheiro de todas as horas, minha maior motivação, pois sem ele jamais conseguiria atingir meus objetivos.*

*Aos meus filhos **Amanda, Júlia e Arthur**, motivo do meu viver, que foram o alicerce desta conquista, pelo amor e carinho, suportando e compreendendo a razão de minhas ausências, cansaço e impaciência ao longo desta trajetória. Amo vocês!!!*

*A minha mãe **Gessy**, por todo o amor, carinho e apoio que dedica em todos os momentos de minha vida, pelo exemplo de dignidade e força.*

*Ao meu pai, **Valentin** (in memoriam) que mantenho em meu pensamento e coração. Muitas saudades.*

*A minha sogra **Zilda**, que foi o alicerce para a construção deste sonho.*

*A minha avó **Vitória** pelo exemplo de vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder a vida e permitir mais esta vitória.

*À minha orientadora Prof^{ta} **Dr^a. Namie Okino Sawada**, que com muita competência, dedicação, apoio, afetividade e, confiando no meu potencial, ajudou-me a vencer os obstáculos.*

*Ao Prof^o **Dr. Jair Licio Ferreira Santos** pela sua competência, profissionalismo, disponibilidade, atenção e paciência no tratamento dos dados.*

*À Prof^{ta} **Dr^a Sueli Marques** pela dedicação, atenção e especiais contribuições no exame de qualificação.*

*À Prof^{ta} **Dr^a Magda Lúcia Félix de Oliveira**, que me ensinou, com muita competência, que com persistência e esforço podemos superar muitas dificuldades.*

*À Prof^{ta} **Dr^a Rosana Aparecida Spadoti Dantas** pela oportunidade de aprendizado durante a participação do GIRQ.*

*Ao Prof^o **Dr. Oseias Guimaraes de Andrade** (in memoriam) que me despertou a temática.*

*A minha irmã **Edelilza**, meu cunhado **Joel** e sobrinhos, **Nayara**, **Rodolfo** e **Layane**, pelo incentivo e ajuda nesta caminhada.*

*Aos meus cunhados **Margarete** e **João Marcos**, sobrinhos **Leonardo** e **Gabriel** pela paciência e compreensão das minhas ausências.*

*Ao amigo e coordenador do curso de Enfermagem da UNOPAR, **Lúcio Mauro Rocker dos Santos**, pelas valiosas colaborações, sempre me ouvindo e apoiando.*

*Ao amigo **Adriano Luis da Costa Farinasso** que sempre me incentivou a trilhar os caminhos da docência.*

*À amiga de estrada e curso **Maria Emília**, que partilhou minhas angústias nos momentos difíceis. Exemplo de dedicação e superação.*

*Às Amigas de estrada **Roseli**, **Iara** e **Renata** pelos momentos maravilhosos que dividimos nesta caminhada.*

Aos meus amigos professores Marcelo, Leandro, Suzana, Lara, Bete, Vera e Graziela que me ajudaram a vencer este desafio.

À Universidade Norte do Paraná – UNOPAR e à Secretaria Municipal de Saúde de Jandaia do Sul pela oportunidade de conquistar este objetivo.

A FUNADESP pela concessão da bolsa de PICD.

À Prof^a Maria Antonia Cappi pela disponibilidade para correção do texto final da tese.

Às alunas de graduação, e hoje Enfermeiras Cássia, Joelma, Juliana Borges e Juliana Gouveia pelo apoio na coleta de dados.

Aos idosos e seus cuidadores que permitiram a realização deste estudo.

A todos os meus amigos e familiares que foram a minha rede de apoio, sem eles não conseguiria concluir esta pesquisa.

Muito Obrigada!

“... cuidar é ajudar a viver, voltar a dar vida, permitir às pessoas, doentes ou idosas, viverem a sua morte em vez de deixarem morrer a sua vida...”

Marie- Françoise Collière

RESUMO

NARDI, E. F. R. **Rede e apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional**. 2012. 170f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

O cuidado diário de um idoso com incapacidade funcional demanda recursos econômicos, planejamento, organização familiar e pessoal. Esse cuidar, sem uma rede e apoio social, pode ocasionar sobrecarga de tarefas, desgaste físico e emocional para quem cuida, principalmente quando é assumido por tempo prolongado e por uma única pessoa, desencadeando limitações na vida diária do cuidador e interferindo na sua qualidade de vida. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida do cuidador familiar de idosos dependentes e associar com a rede social, o apoio social, a sobrecarga do cuidador e o grau de dependência do idoso. Trata-se de um estudo descritivo quantitativo realizado no município de Araçatuba-Pr, com uma amostra de 178 cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional. A coleta de dados foi realizada por pesquisadores de campo devidamente treinados, mediante entrevista domiciliar, utilizando os instrumentos: questionário contendo variáveis sociodemográficas do cuidador, o *Medical Outcomes Study – MOS* e o *Social Network Index* para avaliação da rede e apoio social, *The Zarit Burden Interview –ZBI* para avaliação da sobrecarga e o *WHOQOL-Bref* para avaliação da qualidade de vida. Os dados evidenciaram que os cuidadores eram em sua maioria mulheres (90,4%), filhas (48,8%), casadas (76,4%), com média de idade de 56,7 anos, pertencentes à classe econômica C (33,1%). Os cuidadores avaliaram a sua saúde como regular (45,5%), apresentaram sobrecarga moderada (57,3%), rede social menos de três parentes (60,1%) e menos de três amigos (71,4%) e a interação social foi a dimensão de apoio social mais afetada (50,4). Na avaliação da qualidade de vida, o domínio meio ambiente (56,1) e psicológico (57,3) foram os mais comprometidos. A análise multivariada revelou que as chances de o cuidador apresentar melhor qualidade de vida no domínio físico foram associadas a pouca/nenhuma sobrecarga (OR=6,52), ausência de doença referida (OR=27,06) e estar na condição de solteiro (OR=8,47). No domínio psicológico, as chances para melhor qualidade de vida associaram-se com pouca/nenhuma sobrecarga (OR=5,61), presença de apoio de interação social (OR=3,21), ausência de doença relatada (OR=7,47) e estar na condição de solteiro (OR=6,0). No domínio de relações sociais, as chances de melhor qualidade de vida foram aumentadas quando o cuidador apresentou apoio de informação (OR=3,73) e recebeu orientação para o cuidado (OR=4,54). No domínio meio ambiente, as chances de melhor qualidade de vida associaram-se ao fato do cuidador pertencer à classe social A/B (OR=53,6), apresentar uma rede social de quatro ou mais parentes (OR=3,07), não apresentar doença diagnosticada (OR=4,51) e encontrar-se na condição de solteiro (OR=8,28). Diante dos dados encontrados, faz-se necessário pensar e refletir sobre a temática que levanta a necessidade da implantação de programas que incluam a saúde do cuidador, contribuindo, desta forma, para melhorar a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, prover um cuidado adequado ao idoso dependente.

Palavras-chave: Efeitos Psicossociais da doença. Rede Social. Apoio Social. Qualidade de vida. Cuidadores.

ABSTRACT

NARDI, E. F. R. **Social network and support, overload and quality of life of family caretakers of elderlies with functional disability.** 2012. 170f. Thesis (Doctorate) - Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

Daily care for elderlies with functional disability requires economic resources, planning, family and social organization. Without a social and support network, this care can lead to task overload, physical and emotional exhaustion of the caregiver, particularly when done for an extended period of time and by a single person, unleashing limitations in the caretaker's daily life and interfering with his/her quality of life. Thus, the objective of this study was to evaluate the quality of life of family caretakers of dependent elderlies, and link it to social networks, social support, caregiver overload and the elderly's level of dependence. It is a descriptive quantitative study performed in the city of Araçatuba-PR, Brazil, with a sample of 178 family caretakers of elderlies with functional disability. Data collection was carried out by trained field researchers, through home interviews, using the following instruments: a questionnaire containing socio-demographic variables of the caregiver, the *Medical Outcomes Study* – MOS and *Social Network Index* to evaluate the social network and support, the *Zarit Burden Interview* – ZBI to assess overload, and the WHOQOL-Bref to evaluate quality of life. The data showed that caregivers were mostly women (90.4%), daughters (48.8%), married (76.4%), averaging 56.7 years of age, belonging to income class C (33.1%). Caretakers evaluated their own health as regular (45.5%), showed moderate overload (57.3%), social net of fewer than three relatives (60.1%) and fewer than three friends (71.4%), and social interaction was the most affected dimension of social support (50.4%). In the evaluation of quality of life, the environment (56.1%) and psychological (57.3%) domains were most compromised. Multivariate analysis revealed that the chances of the caregiver having a better quality of life in the physical domain were linked to little/no overload (OR=6.52), absence of reported illness (OR=27.06) and being single (OR=8.47). In the psychological domain, the chances of a better quality of life was linked to little/no overload (OR=5.61), presence of social interaction support (OR=3.21), absence of reported illness (OR=7.47) and being single (OR=6.0). In the realm of social relations, the chances for a better quality of life increased when the caretaker had information support (OR=3.73) and received care guidance (OR=4.54). In the environment realm, chances for a better quality of life was linked to whether the caregiver belonged to income class A/B (OR=53.6), having a social network of four more relatives (OR=3.07), not having a diagnosed illness (OR=4.51) and being single (OR=8.28). Based on the reported data, it is necessary to think and reflect on the need to implement programs that include caregiver health, thus contributing to improve their quality of life and consequently provide adequate care for the dependent elderly.

Keywords: Psychosocial effects of illness. Social network. Social support. Quality of life. Caregivers.

RESUMEN

NARDI, E. F. R. **Red y apoyo social, sobrecarga y calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos con incapacidad funcional**. 2012. 170f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

El cuidado diario de un anciano con incapacidad funcional demanda recursos económicos, planificación, organización familiar y personal. Este cuidar, sin una red y apoyo social, puede ocasionar sobrecarga de tareas, desgaste físico y emocional para quien cuida, principalmente cuando es hecho por tiempo prolongado y por una única persona, desencadenando limitaciones en la vida diaria del cuidador e interfiriendo en su calidad de vida. Así, el objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida del cuidador familiar de ancianos dependientes y asociar con la red social, el apoyo social, la sobrecarga del cuidador y el grado de dependencia del anciano. Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo realizado en la ciudad de Araçatuba-Pr, con una muestra de 178 cuidadores familiares de ancianos con incapacidad funcional. La recolección de datos fue realizada por investigadores de campo debidamente entrenados, mediante entrevista domiciliaria, utilizando los instrumentos: cuestionario conteniendo variables sociodemográficas del cuidador, el *Medical Outcomes Study – MOS* y el *Social Network Index* para evaluación de la red y apoyo social, *The Zarit Burden Interview –ZBI* para evaluación de la sobrecarga y el *WHOQOL-Bref* para evaluación de la calidad de vida. Los datos evidenciaron que los cuidadores eran en su mayoría mujeres (90,4%), hijas (48,8%), casadas (76,4%), con media de edad de 56,7 años, pertenecientes a la clase económica C (33,1%). Los cuidadores evaluaron su salud como regular (45,5%), presentaron sobrecarga moderada (57,3%), red social menos de tres parientes (60,1%) y menos de tres amigos (71,4%) y la interacción social fue la dimensión de apoyo social más afectada (50,4). En la evaluación de la calidad de vida, el dominio medio ambiente (56,1) y psicológico (57,3) fueron los más comprometidos. El análisis multivariado reveló que las oportunidades de que el cuidador presente mejor calidad de vida en el dominio físico fueron asociadas a poca/ninguna sobrecarga (OR=6,52), ausencia de enfermedad referida (OR=27,06) y estar en la condición de soltero (OR=8,47). En el dominio psicológico, las oportunidades para mejor calidad de vida se asociaron con poca/ninguna sobrecarga (OR=5,61), presencia de apoyo de interacción social (OR=3,21), ausencia de enfermedad relatada (OR=7,47) y estar en la condición de soltero (OR=6,0). En el dominio de relaciones sociales, las oportunidades de mejor calidad de vida fueron aumentadas cuando el cuidador presentó apoyo de información (OR=3,73) y recibió orientación para el cuidado (OR=4,54). En el dominio medio ambiente, las oportunidades de mejor calidad de vida se asociaron al hecho del cuidador pertenecer a la clase social A/B (OR=53,6), presentar una red social de cuatro o más parientes (OR=3,07), no presentar enfermedad diagnosticada (OR=4,51) y encontrarse en la condición de soltero (OR=8,28). Delante de los datos encontrados, se hace necesario pensar y reflejar sobre la temática que levanta la necesidad de la implantación de programas que incluyan la salud del cuidador, contribuyendo de esta manera para mejorar su calidad de vida y consecuentemente proveer un cuidado adecuado al anciano dependiente.

Palabras clave: Efectos Psicosociales de la enfermedad. Red Social. Apoyo Social. Calidad de vida. Cuidadores.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Pirâmide Populacional em 1995 e 2025 26
- Figura 2 - Organização esquemática da composição da Medida de 57
Independência Funcional (MIF) em MIF Total, dimensões e
categorias e suas respectivas pontuações

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Níveis de Independência Funcional com respectivas pontuações de acordo com a MIF	58
Quadro 2 -	Domínios e facetas do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS, WHOQOL-bref	63
Quadro 3 -	Escores médios das facetas dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das frequências das variáveis demográficas segundo sexo dos idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011	69
Tabela 2 -	Valores e variações da MIF motor, MIF cognitivo social e MIF total dos idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011	70
Tabela 3 -	Valores esperados e observados das dimensões da MIF em idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011	71
Tabela 4 -	Nível de dependência dos idosos de acordo com a MIF, Arapongas-Pr, 2011	71
Tabela 5 -	Análise de variância (ANOVA) da MIF total com a idade e sexo do idoso, Arapongas-Pr, 2011	72
Tabela 6 -	Características sociodemográficas e econômica dos cuidadores de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011	73
Tabela 7 -	Número e percentual de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo a idade do idoso e idade do cuidador, Arapongas-Pr, 2011	74
Tabela 8 -	Número e percentual de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, segundo o grau de parentesco e motivo para o cuidar, Arapongas-Pr, 2011	75
Tabela 9 -	Número e percentual de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, segundo a autopercepção de saúde, presença de doença/lesão e número de doenças referidas, Arapongas-Pr, 2011	76
Tabela 10 -	Número e percentual de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, segundo o tempo como cuidador e horas dedicadas/dia, Arapongas-Pr, 2011	77
Tabela 11 -	Distribuição dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo o grau de sobrecarga, Arapongas- Pr, 2011	78
Tabela 12 -	Distribuição da sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo a idade do cuidador, Arapongas-Pr, 2011	78
Tabela 13 -	Fatores associados pela regressão logística relacionados à menor sobrecarga do cuidador familiar de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011	79

Tabela 14 -	Distribuição dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo características da rede social, Arapongas-Pr, 2011	80
Tabela 15 -	Mediana, média e desvio padrão dos escores médio de apoio social dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011	81
Tabela 16 -	Média dos escores dos domínios de apoio social dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo faixa etária do cuidador, Arapongas-Pr, 2011	82
Tabela 17 -	Média dos escores dos domínios de apoio social dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo o sexo do cuidador, Arapongas-Pr, 2011	82
Tabela 18 -	Média dos escores dos domínios de apoio social dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo sobrecarga do cuidador, Arapongas-Pr, 2011	83
Tabela 19 -	Medidas descritivas das questões 1 e 2 do WHOQOL-bref dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011	84
Tabela 20 -	Número e percentagem de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo as questões de qualidade de vida geral e satisfação com a saúde, Arapongas-Pr, 2011	84
Tabela 21 -	Mediana, média e desvio padrão dos escores de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011	84
Tabela 22 -	Média dos domínios de qualidade de vida segundo faixa etária dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011	87
Tabela 23 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo sexo do cuidador, Arapongas-Pr, 2011	87
Tabela 24 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo receber ou não ajuda, Arapongas-Pr, 2011	88
Tabela 25 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo receber ou não orientação, Arapongas-Pr, 2011	88
Tabela 26 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo doença/lesão no cuidador, Arapongas-Pr, 2011	89

Tabela 27 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo escolaridade do cuidador, Arapongas-Pr, 2011	90
Tabela 28 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo emprego remunerado do cuidador, Arapongas-Pr, 2011	90
Tabela 29 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo horas de cuidado, Arapongas-Pr, 2011	91
Tabela 30 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo classe econômica do cuidador, Arapongas-Pr, 2011	91
Tabela 31 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo MIF, Arapongas-Pr, 2011	92
Tabela 32 -	Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo a sobrecarga do cuidador, Arapongas-Pr, 2011	92
Tabela 33 -	Escore médios dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo rede social do cuidador, Arapongas-Pr, 2011	93
Tabela 34 -	Fatores associados pela regressão logística relacionados à melhor qualidade de vida no domínio físico do cuidador familiar de idoso com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011	94
Tabela 35 -	Fatores associados pela regressão logística relacionados à melhor qualidade de vida no domínio psicológico do cuidador familiar de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011	95
Tabela 36 -	Fatores associados pela regressão logística relacionados à melhor qualidade de vida no domínio relações sociais do cuidador familiar de idosos com incapacidade funcional, Arapongas, 2011	96
Tabela 37 -	Fatores associados pela regressão logística relacionados à melhor qualidade de vida no domínio meio ambiente do cuidador familiar de idosos com incapacidade funcional, Arapongas, 2011	97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
ANOVA	Análise de Variância
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
DA	Doença de Alzheimer
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
MIF	Medida de Independência Funcional
MOS	Medical Outcomes Study
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
QV	Qualidade de Vida
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
VIF	Fator de Inflação da Variância
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
ZBI	The Zarit Burden Interview

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	24
2.1	O Envelhecimento Populacional e Humano, Incapacidade e o Desafio para as Políticas Públicas de Saúde no Brasil.....	25
2.2	Cuidar, Cuidado e o Cuidador: aspectos relevantes.....	32
2.3	A Sobrecarga do Cuidador: consequências para o cuidar.....	37
2.4	O Apoio Social e Rede Social: aspectos conceituais.....	40
2.5	Qualidade de Vida do Cuidador Familiar.....	43
3	OBJETIVOS.....	49
3.1	Objetivo Geral.....	50
3.2	Objetivos Específicos.....	50
4	MATERIAL E MÉTODO	51
4.1	Tipo de Estudo.....	52
4.2	Local do Estudo	52
4.3	População do Estudo	53
4.4	Cálculo da Amostra	54
4.5	Coleta de Dados	54
4.6	Análise dos Dados	64
4.7	Análise Estatística	64
4.8	Considerações Éticas	66
5	RESULTADOS	67
5.1	Caracterização dos Idosos com Incapacidade Funcional	68
5.2	Caracterização dos Cuidadores Familiares de Idosos com Incapacidade Funcional	72
5.3	Sobrecarga dos Cuidadores Familiares	77
5.4	Rede e Apoio Social dos Cuidadores Familiares	80
5.5	Qualidade de Vida dos Cuidadores Familiares	83
6	DISCUSSÃO	98
6.1	Perfil dos Idosos com Incapacidade Funcional	99
6.2	Perfil dos Cuidadores de Idosos com Incapacidade Funcional	103
6.3	A Sobrecarga Percebida pelo Cuidador	108
6.4	Rede e Apoio Social do Cuidador	110

6.5	Qualidade de Vida dos Cuidadores	116
7	CONCLUSÃO	128
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
	REFERÊNCIAS	134
	APÊNDICES	152
	ANEXOS	158

1. INTRODUÇÃO

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo conquistado pela humanidade nos dias atuais. Entretanto, conjuntamente com o processo de envelhecimento, surgem agravos crônicos, que se não forem devidamente controlados ou tratados, podem trazer consequências negativas para a saúde do idoso (BRASIL, 2007).

Portanto, o envelhecimento natural traz consigo maior predisposição à ocorrência de condições crônicas que podem levar à incapacidade funcional do indivíduo. Assim também, as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento comprometem a capacidade funcional, gerando a perda da autonomia e dificuldades para realizar atividades simples da vida, como caminhar e alimentar-se, exigindo, no entanto, cuidados constantes (MARTINS et al., 2009; SILVA; GALERA; MORENO, 2007; VERAS, 2009).

Ressalta-se, neste contexto, que o termo “condições crônicas” tem sido recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um importante norteador de tomada de decisões no que se refere à organização do sistema de saúde, para enfrentar a crescente demanda por ela apresentada. Esta nova definição engloba além das doenças crônicas não transmissíveis, as doenças infecciosas de longa duração; as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal; as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida; os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas; as doenças metabólicas e as doenças bucais (OMS, 2003).

Apesar de esforços para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, a maioria dos agravos, incidentes durante o processo de envelhecimento, pode resultar em um estado de dependência. Nesta condição, as perdas das funções físicas e mentais levam o idoso à incapacidade de executar suas atividades cotidianas, fazendo necessária a busca de auxílio para a execução destas tarefas.

No Brasil, a cada ano, aproximadamente 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, sendo que, grande parte deles, apresentam cronicidade das doenças que os acometem, gerando interferências na capacidade funcional (VERAS, 2009). Dados da Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios (PNAD) de 2003 revelam que 75,5% das pessoas com idade acima de 60 anos relataram ter pelo menos uma condição crônica, a maioria apresentando-se em estágios

avançados, contribuindo, assim, para o aumento de idosos com limitações funcionais (IBGE, 2010; VERAS; PARAHYBA, 2007).

Em consequência deste comprometimento nas funções que dificultam a realização de atividades do cotidiano, surge a necessidade de ser cuidado. A partir de então, a figura do cuidador passa a ser, além de necessária, de grande importância para o idoso (MARTINS et al., 2009).

Cuidadores são pessoas que assumem a responsabilidade e a tarefa de cuidar, dar suporte ou assistir alguma necessidade, sejam elas membros da família que, voluntariamente ou não, assumem essa atividade, ou pessoas contratadas pela família para esse fim (BRASIL, 2008; LEITÃO; ALMEIDA, 2000).

Simultaneamente a este cenário de cuidado, em especial o cuidado para pessoas idosas, o Estatuto do Idoso defende a reinserção social, o exercício da cidadania e o direito de permanência junto à família (BRASIL, 2003), o que transforma o ambiente familiar em ambiente terapêutico, inserindo no cenário da assistência a saúde a figura do cuidador familiar.

Porém, cuidar diariamente de um idoso dependente demanda recursos econômicos, planejamento, organização familiar e pessoal, sendo que, com o passar do tempo, pode ocasionar sobrecarga de tarefas, desgaste físico e emocional para o cuidador, principalmente quando esse cuidado é assumido por tempo prolongado e por uma única pessoa, podendo desencadear limitações na vida diária de quem cuida. Além disso, é comum que familiares e cuidadores apresentem sentimentos de gratidão, resignação, cansaço físico e emocional, perda da liberdade, culpa, raiva, tristeza e solidão, configurando em uma mistura de sentimentos que acomete o indivíduo em diversos momentos enquanto cuidador (ALMEIDA, 2005; CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004; FERNANDES; GARCIA, 2009; GONÇALVES et al., 2006; GUEDEA et al., 2009).

Pesquisas apontam que a experiência de cuidar de um idoso com incapacidade funcional tem sido relacionada pelos cuidadores como sendo uma tarefa difícil, exaustiva, estressante, que exige muita responsabilidade, dedicação, coragem e paciência (FERNANDES; GARCIA, 2009; NARDI; OLIVEIRA, 2009).

Além do mais, no ambiente de cuidado em domicílio, os cuidadores familiares adotam uma nova dinâmica, pois a alteração dos papéis sociais estabelece nova relação dos familiares entre si e com o idoso. Debert e Simões (2011), ao discutirem a família e sua relação com a pessoa idosa, destacam que as

relações entre as partes nominadas são determinadas pela influência dos valores e da moral deste núcleo, sendo que a intensidade das trocas sociais ocorridas nesta situação, e que caracterizam o convívio intergeracional, tem ligação direta com o bem-estar do idoso e com o cuidado realizado no âmbito domiciliar.

Independente da forma estabelecida no convívio familiar que auxilia o idoso na execução de suas tarefas cotidianas, há de se considerar que a atividade do cuidado familiar acarreta sobrecarga para o cuidador. Esta sobrecarga é influenciada, principalmente, por fatores orgânicos e emocionais relacionados ao cuidador e ao idoso dependente, das próprias condições estruturais do ambiente de cuidado, e do suporte social e de saúde à família nesta condição. Tais influências associadas à preocupação em relação à evolução da saúde do idoso podem aumentar a tensão no ambiente familiar, interferindo na convivência entre os seus membros (CROOG et al., 2006; MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008; NARDI; OLIVEIRA, 2008).

No entanto, percebe-se que os mecanismos formais de atenção à saúde do idoso, embora garantidos constitucionalmente, são pontuais. A participação do Estado nas ações de promoção à saúde do idoso, nos dias atuais, ínfima, ocasiona sobrecarga à família e, especialmente, ao cuidador familiar (KARSCH, 2003; VERAS, 2009).

Em um estudo sobre cuidadores, verificou-se que apesar do idoso estar bem cuidado, o cuidador aparentava descuidar de si mesmo, informando ter problemas de saúde, ou ainda estar cansado, o que reflete na diminuição da qualidade do cuidado prestado ao idoso (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006; SOMMERHALDER, 2001).

Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008) alertam que as tarefas designadas aos cuidadores sem orientações adequadas, sem o devido suporte das instituições de saúde, apresentando alterações de rotina e tempo destinado ao cuidado e, ainda, gerando sobrecarga provocam impactos e alteram a qualidade de vida do cuidador.

Da mesma forma, Floriani (2004) relata que muitos cuidadores não recebem informações necessárias para o cuidado e não encontram disponível uma rede de apoio para adequada assistência ao idoso, conseqüentemente são acometidos por altas taxas de problemas de saúde, contribuindo para uma grande sobrecarga e baixa qualidade de vida.

Um estudo sobre qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência, atendidos em domicílio pelo Programa Saúde da Família de São Paulo, identificou que os mesmos estavam cuidando de pessoas com alto grau de incapacidade funcional e que a sobrecarga afetava diretamente a qualidade de vida desses familiares (AMENDOLA, 2007). A autora refere ainda que os cuidadores possuíam carência social e econômica, pouca oferta de área de lazer e cultura, baixo nível de escolaridade, doenças crônicas e quase que, exclusivamente, apresentavam rede de apoio informal familiar (AMENDOLA, 2007).

Assim, verifica-se um novo personagem no cenário da saúde brasileira, incipiente, sem rede ou apoio social, sobrecarregado e com uma participação cada vez mais frequente na assistência a saúde do idoso dependente: o cuidador familiar, leigo, voluntário e ao mesmo tempo com responsabilidades quase profissionais, em uma jornada extremamente exaustiva e insalubre.

Além do aumento da frequência de famílias com idosos dependentes e de seus cuidadores familiares, a falta de apoio adequado e as dificuldades de assistência dessas famílias caracterizam o cenário de inserção dos profissionais de enfermagem da área de Saúde Coletiva. Nesta condição, percebe-se que a complexidade do cuidado familiar ao idoso com incapacidade funcional remete à problemática não diferentemente complexa, marcada pela insuficiência de políticas públicas de suporte social ao idoso dependente, pelas condições sociais desfavoráveis das famílias que abrigam este mesmo idoso, pela falta de conhecimento para o cuidado familiar, pela inadequação do ambiente que recebe este idoso, entre outros.

A escolha e a preocupação com o tema ocorreram em virtude de que, após longo tempo dispensado à realização de cuidados junto a idosos com incapacidade funcional na Estratégia Saúde da Família, observei que a função de cuidador único e as pressões inerentes ao cuidado tornavam-se fatores de risco para institucionalização e violência contra o idoso, além de sobrecarga e adoecimento do cuidador.

Portanto, levando-se em consideração que as repercussões do cuidar no cotidiano e o estado de vulnerabilidade ao qual o cuidador encontra-se exposto, a seguinte questão norteadora foi formulada: os cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, com rede e apoio social ineficaz e elevada sobrecarga, apresentam piores níveis de qualidade de vida?

2. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, serão abordados aspectos relevantes do envelhecimento populacional e humano, incapacidade e o desafio para as políticas públicas, bem como aspectos relacionados com o cuidar, cuidado e o cuidador, além de sobrecarga, rede e apoio social e ainda a qualidade de vida do cuidador familiar.

2.1 O Envelhecimento Populacional e Humano, Incapacidade e o Desafio para as Políticas Públicas de Saúde no Brasil

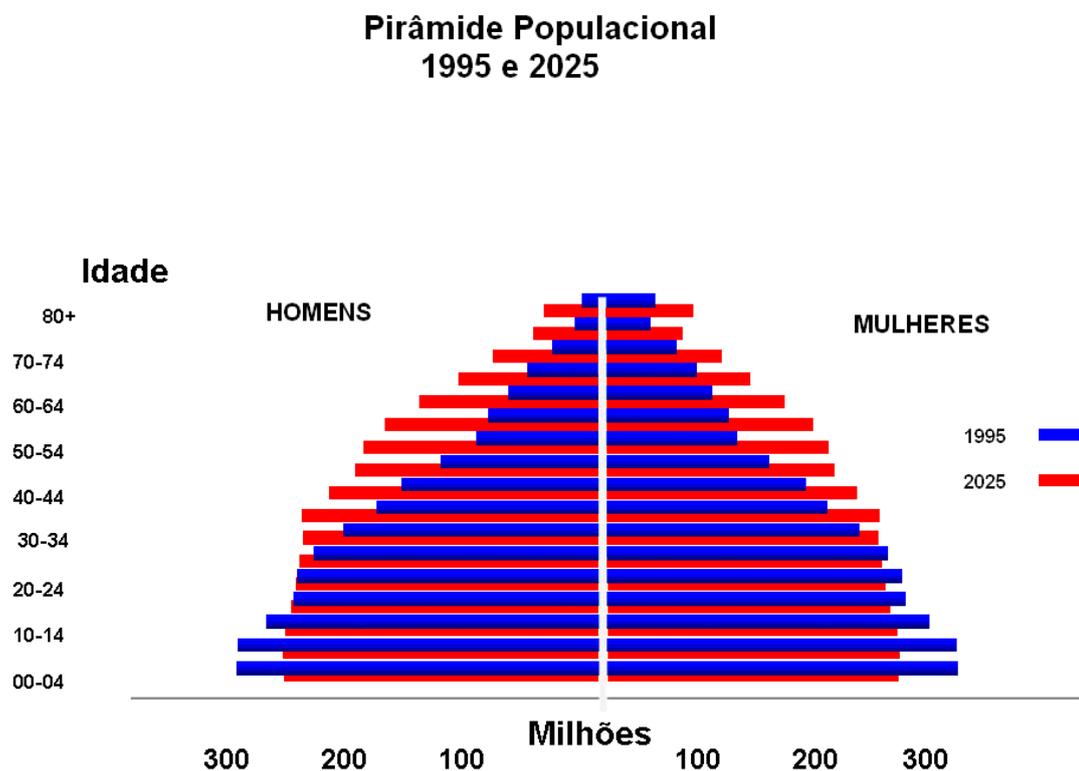
O envelhecimento populacional, que já foi considerado um fenômeno, é hoje uma realidade em todo mundo. No Brasil, o crescimento da população idosa acontece de forma rápida e intensa, porém, sem a influência das modificações socioeconômicas que continuam a acompanhá-lo (BRASIL, 2007). No entanto, as legislações voltadas ao envelhecimento ainda não são muito praticadas pela sociedade.

No que se refere ao envelhecimento populacional, a figura 1 mostra a estimativa do aumento da população mundial no período de 1995 a 2025, em que se observa a redução da população jovem e o aumento da população idosa identificada pelo estreitamento da base da pirâmide e o alargamento do topo. Percebe-se ainda uma predominância de mulheres entre os idosos, e ainda um maior crescimento dos idosos com oitenta anos e mais.

Ressalta-se ainda que a Organização das Nações Unidas (ONU), durante a II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madri em 2002, alertou que o número de idosos aumentará de 200% a 300% em apenas 35 anos nos países em desenvolvimento (ONU, 2002).

A partir dos acordos alcançados em Madrid, o envelhecimento populacional foi considerado um fenômeno mundial que implica em uma profunda transformação das sociedades, exigindo a readequação de políticas e programas voltados à pessoa idosa. Portanto, como fruto da referida assembleia, foi aprovado um novo Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento e, ainda, definidos os principais

compromissos assumidos pelos governos para executar o referido plano (ONU, 2002).



Fonte: Divisão Populacional da ONU. Revisão de 1998
Figura 1 - Pirâmide Populacional em 1995 e 2025

Assim como outros países, o Brasil vivencia uma mudança na transição demográfica, caracterizada pela diminuição da taxa de fecundidade e de mortalidade e o aumento da expectativa de vida da população, resultando no crescimento expressivo do número de idosos (BRASIL, 2007; GONÇALVES et al., 2006).

Portanto, atualmente, envelhecer não é mais um privilégio de poucos, pois chegar a esta etapa da vida está sendo uma realidade populacional observada em todos os países, até mesmo nos mais pobres (VERAS, 2009). No entanto, o conceito de idoso difere de acordo com o grau de desenvolvimento do país, ou seja, em países desenvolvidos, é considerada idosa a pessoa com 65 anos ou mais, e em países em desenvolvimento, como o Brasil, é considerada idosa a pessoa que apresenta 60 anos ou mais de idade (ONU, 1982).

No que tange ao envelhecimento humano, o mesmo pode ser compreendido como um processo natural, irreversível e previsto na vida de qualquer ser humano, e que é influenciado por fatores biológicos, sociais, psicológicos e ambientais (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Enquanto fenômeno biológico, o envelhecimento apresenta-se em cada pessoa de um modo singular, sendo que o mesmo corresponde a um processo natural e previsto na evolução dos seres vivos. Para tanto, mesmo que a pessoa não possua a totalidade de sua reserva funcional, ainda pode viver bem e com qualidade. Desse modo, velhice não deve ser considerada como sinônimo de doença, uma vez que as patologias mais comuns nesta etapa da vida são preveníveis, diagnosticáveis e tratáveis (MARTINS et al., 2007). Assim, a velhice é entendida como parte integrante e fundamental do curso de vida de cada indivíduo, fase em que emergem experiências e características próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida, integrando a formação do indivíduo idoso (MENDES et al., 2005).

Neste contexto, o envelhecimento humano se caracteriza por um processo amplo que repercute em todos os aspectos da vida, como a estrutura familiar, a economia, os serviços de saúde e a sociedade em geral, gerando desafios para o Estado, mercado e famílias (PAPALÉO NETTO, 2007; RAMOS, 2007; VERAS, 2009).

Embora o envelhecimento humano não deva ser considerado sinônimo de doença e dependência, é fato que o crescimento da população de idosos leva ao aumento do número de indivíduos que vivenciam situações de fragilidade física e emocional (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008). Portanto, as pessoas envelhecem e apresentam maior predisposição ao surgimento de condições patológicas, geralmente crônicas, e que se não forem adequadamente tratadas ou controladas, podem levar à incapacidade e perda da autonomia, gerando, neste contexto, a dependência (SILVA; GALERA; MORENO, 2007).

A autonomia é conceituada como a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Já a definição de incapacidade funcional, apresenta vários aspectos que englobam sua definição, tais como: a patologia, a deficiência, a limitação funcional e as desvantagens. No entanto, incapacidade funcional significa a inabilidade,

limitação ou restrição para desempenhar seus papéis sociais e atividades de vida diária (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

A incapacidade funcional ocorre com o avanço da idade e o idoso fica com restrições para executar suas atividades básicas de vida como vestir-se, alimentar-se, trabalhar e conviver na sociedade (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009). Ficou demonstrado em estudos que os fatores sócios demográficos como idade e sexo, arranjo familiar e educação também têm influências sobre essa incapacidade (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005).

Em um estudo sobre a revisão das principais definições de incapacidade, os autores observaram que apesar da diversidade conceitual, as definições variavam, mas não se apresentavam conflitantes, ou seja, a maioria dos estudos relacionava a incapacidade funcional com dificuldade do indivíduo em executar tarefas físicas básicas ou mais complexas, gerando com isso, dependência de outra pessoa para realizá-las (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

A incapacidade funcional, decorrente do processo de envelhecimento, pode resultar em consequências negativas para o idoso e família, colocando-o em situação de dependência e vulnerabilidade. Dessa forma, avaliar a capacidade funcional do idoso permite conhecer o perfil desta clientela, contribuindo para a definição de estratégias de assistência à saúde para o binômio idoso-cuidador, e ainda, desenvolver ações de promoção visando retardar as incapacidades.

Portanto, nesta etapa da vida, algumas alterações fisiológicas tornam-se mais visíveis e a capacidade funcional do indivíduo pode ser comprometida. A perda progressiva da autonomia e a dificuldade em realizar as atividades básicas da vida diária, levam à dependência, além da necessidade de cuidado e, conseqüentemente, de uma pessoa para auxiliar no desempenho dessas tarefas, ou seja, um cuidador (MARTINS et al., 2009).

Neste contexto, é de extrema relevância a manutenção da autonomia e da capacidade funcional durante o processo de envelhecimento, pois vale lembrar que a maioria das doenças incidentes durante o processo de envelhecimento são crônicas e múltiplas, podendo gerar incapacidades e resultar em um estado de dependência.

A dependência pode ser definida como a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação, podendo estar relacionada a limitações físico-funcionais ou a

limitações cognitivas (BRASIL, 2007; FARO, 2001; NERI, 2008; PAVARINI; NERI, 2000). Ressalta-se que as condições de dependência variam de indivíduo para indivíduo, sendo muitas vezes influenciadas por fatores adversos como a qualidade do cuidado recebido ou restrições ambientais que dificultam o deslocamento (CAMARANO, 2002).

Sanchez (2000) relata que a dependência pode ser considerada em três níveis: a dependência estruturada, resultante da circunstância cultural que atribui valor ao ser humano em função do que é, e do quanto produz; a dependência física que decorre da incapacidade funcional, ou seja, a falta de condições para realizar as tarefas da vida diária em diferentes graus de severidade e, por fim, a dependência comportamental, que é socialmente induzida, pois advém do julgamento e das ações de outrem.

De acordo com essa visão, Ferreira e Wong (2007) reforçam que quanto maior a dependência, maior será a dedicação do cuidador, que pode ser tanto informal (geralmente um membro da família) quanto formal (profissional remunerado). Na grande maioria os cuidadores são informais, ou seja, um familiar que assume o papel de cuidador do idoso ou portador de doença debilitante, trazendo para si, a responsabilidade pela prestação de cuidados no domicílio (ROCHA, VIEIRA, SENA, 2008).

Para mensurar a capacidade do idoso em executar atividades que o permitam cuidar de si e viver independentemente, podem ser utilizados vários instrumentos denominados de avaliações funcionais e que determinarão o grau de dependência da pessoa idosa e os tipos de cuidados que serão necessários, além de poder ser planejado como e por quem os cuidados poderão ser mais apropriadamente realizados.

Existem inúmeras escalas que servem para quantificação da capacidade para executar as atividades da vida cotidiana, porém as mesmas devem ser breves, simples e de fácil aplicação, para que possam ser utilizadas por pessoal de variada formação profissional e em qualquer Unidade Básica de Saúde (NAKATANI et al., 2009).

Neste contexto, inserem-se as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo de extrema relevância que as mesmas realizem estudos diagnósticos dos grupos populacionais, em especial os idosos de sua área de abrangência. Assim, poderão planejar ações globais, e não apenas atender à demanda

espontânea e, ainda, avaliar os resultados de suas ações, comparando as condições de saúde ao longo do tempo. Os resultados permitirão aos integrantes da ESF, desenvolver ações em direção à promoção da saúde das pessoas no processo de envelhecimento, voltadas à manutenção da capacidade funcional e da autonomia do idoso, e ainda estabelecer intervenções para os que possuem algum grau de dependência (NAKATANI et al., 2009).

Portanto, é fato que o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, para a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos, e aumentando a demanda para o cuidador familiar (ALVES et al., 2007).

Porém, tanto na agenda internacional quanto na nacional, muito se avançou na questão do envelhecimento e, no Brasil, a legislação passou a incorporar grande parte das sugestões das assembleias internacionais, no entanto pouco se percebe a aplicabilidade dessas leis na prática cotidiana (KARSCH, 2003).

Frente a este crescente número de idosos e visando uma melhoria na vida dos mesmos, no Brasil, foi instituída a Política Nacional do Idoso (PNI), a qual tem a finalidade de garantir aos idosos a promoção da autonomia, integração e participação na sociedade, visando exercer sua cidadania (BRASIL, 1994). Posteriormente, tendo como objetivo reforçar as diretrizes contidas na PNI, foi instituído o Estatuto do Idoso que enfoca as estratégias que visam proporcionar o bem-estar dos idosos, e que se constitui em uma grande conquista no sentido de consolidar direitos já assegurados na Constituição Federal de 1988, protegendo, principalmente, o idoso em situação de risco social (BRASIL, 2003).

Outro reforço, no tocante às políticas de saúde voltadas ao envelhecimento, ocorreu em 2006, com a implementação do Pacto pela Vida, onde foram estabelecidas seis prioridades por meio de metas nacionais, estaduais, regionais e municipais, das quais três voltadas ao planejamento de saúde para a pessoa idosa, como: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. Assim, a Saúde do Idoso, tornou-se uma das prioridades do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006a).

Foi então que, em outubro de 2006, o Ministério da Saúde, com base no Pacto pela Saúde e suas diretrizes operacionais para consolidação do Sistema

Único de Saúde (SUS), atualizou e promulgou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que tem como finalidade primordial promover medidas coletivas e individuais que visem recuperar, manter e promover a autonomia e a independência desta população, proporcionando melhor qualidade de vida para os idosos (BRASIL, 2006b).

No entanto, observa-se que mesmo com essas implementações voltadas para o envelhecimento, o problema continua se agravando, pois estas políticas estão sendo inseridas no Brasil de forma lenta e gradativa, o que pode dificultar a prevenção das complicações de múltiplas doenças crônicas na população, além do fato de que grande parte do sistema de saúde não estar preparado para atender esta crescente demanda na população (RODRIGUES et al., 2007; VERAS, 2009).

Neste ínterim, vale ressaltar que, apesar de toda a legislação vigente no sentido de promover e proteger a saúde dos idosos e ainda de discussões que envolvem programas de saúde voltados ao envelhecimento, permanece a necessidade de implementação de programas que incluam a saúde do cuidador familiar (MOREIRA; CALDAS, 2007).

Entre os desafios a serem enfrentados no Brasil, pode-se citar a inexistência de políticas sociais de suporte aos cuidadores de idosos fragilizados; a redução, nas últimas décadas, do tamanho das famílias como resultado dos processos de declínio da fecundidade e do aumento da esperança de vida ao nascer; além de mais da metade dos idosos que residem no Brasil pertencerem a domicílios cuja renda *per capita* não ultrapassa dois salários mínimos (IBGE, 2010).

Portanto, verifica-se uma lacuna referente ao binômio idoso dependente - cuidador familiar, uma vez que a legislação aponta a família como responsável pelo cuidado do idoso, bem como pelo atendimento de suas necessidades, ao mesmo tempo em que não institui um sistema de rede de suporte adequado às famílias e nem mesmo políticas voltadas ao cuidador familiar, tornando o cenário de cuidado em domicílio uma preocupação emergente, visto estar o cuidador familiar, desamparado, mas com a responsabilidade de cuidar de um familiar dependente.

2.2 Cuidar, Cuidado e o Cuidador: aspectos relevantes

O homem necessita de ajuda porque é heterônimo em seu modo de ser e viver em sociedade. Como consequência da perda de função, proveniente da doença, a necessidade de ajuda se institui de forma ampliada e diversificada (NOGUEIRA, 2007). Desse modo, tanto a necessidade de ajuda quanto a experiência de dispensar cuidados às pessoas com incapacidades, correspondem a um processo particular, pois, mesmo que haja semelhanças nas demandas de cuidado, existe a influência de fatores específicos, como as características pessoais do binômio cuidador-indivíduo que necessita de cuidado, a dimensão e gravidade da doença, os ajustes e mudanças que o cuidador realiza em seu estilo de vida e âmbito familiar, entre outros (MONTALVO-PRIETO; FLÓREZ-TORRES, 2009).

Todavia, cuidar é considerado um conceito complexo e multidisciplinar, apresentando diversas especificidades, sendo que as diferentes definições existentes se complementam. Assim, cuidar apresenta múltiplas vertentes em aspectos relacionais, afetivos, éticos, sociocultural, terapêutico e técnico (RICARTE, 2009).

No entanto, cuidado, para alguns autores, significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato e, assim, o ato de cuidar pode ser entendido como uma atitude constante de ocupação, preocupação, envolvimento, ternura para com o semelhante, zelar pelo bem estar de alguém, prestar assistência, assumir responsabilidades (BRASIL, 2008; LEMOS; MEDEIROS, 2002; VIEIRA, 1996).

Além disso, cuidado também está relacionado à oferta de serviço, cuja estrutura deve apresentar características tais como o acesso e o acolhimento de maneira adequada respeitando as limitações relevantes da pessoa idosa (PICCINI, et al., 2006).

A condição de perdas das funções físicas e mentais, que levam o idoso à incapacidade de executar suas atividades cotidianas, resulta na necessidade de uma pessoa que assuma as atividades de auxílio na execução das tarefas cotidianas do idoso, ou seja, o cuidador.

Considera-se cuidador a pessoa que chama para si a incumbência de realizar as tarefas para as quais o idoso foi afetado por alguma incapacidade, e que não tem mais possibilidade de realizá-la. Estas tarefas envolvem desde o

acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal e medicação de rotina até a administração financeira da família. Estes cuidados apresentam como principal objetivo a contribuição na recuperação/manutenção da saúde e, conseqüentemente, com a melhoria da qualidade de vida do idoso (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008; BRASIL, 2007).

A distinção entre cuidador primário e secundário, leva em consideração a frequência dos cuidados e o grau de envolvimento, caracterizando o cuidador primário como aquele que tem a principal, total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados no domicílio, e o secundário como aquele que presta atividades complementares às do cuidador primário (MENDES, 2004).

Por conseguinte, considera-se cuidador a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que possui dependência, seja em maior ou menor grau (BRASIL, 2007). Pode ser o membro da família que provê cuidados ao idoso, outrora definido como o indivíduo que reside com a pessoa idosa e que atua no cuidado ou, ainda, como o principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo idoso (CASSIS et al., 2007).

Os cuidadores se dividem em duas categorias, ou seja, os formais e os informais. Os cuidadores formais são aqueles que trabalham em instituições ou no domicílio, e que obtiveram formação para executar as funções determinadas. Já os cuidadores informais são aqueles que não têm preparo nenhum, mas, em consequência se torna cuidador por ter grande afinidade pela pessoa que necessita de cuidado, e que, na maioria das vezes, é alguém da família (LAHAM, 2003; PAPALÉO NETTO, 2005; RAVAGNI, 2008).

Os cuidadores formais são pessoas que recebem formação especial ou treinamento específico para trabalhar como cuidador, mediante uma remuneração e mantendo vínculos contratuais. Esta condição permite que o cuidador possa ser contratado para exercer funções na residência de uma família, em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), em outros serviços para pessoas idosas ou acompanhar a pessoa idosa em sua permanência em estabelecimentos de saúde (RAVAGNI, 2008). Esta função de cuidador da pessoa idosa foi reconhecida pelo Ministério do Trabalho, conforme estabelece a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), sob o código 5162-10, e que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou

responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. É a pessoa da família ou da comunidade que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2010, p. 781).

Portanto, quando surge a necessidade de auxílio para realizar as atividades da vida diária, apresentam-se quatro possibilidades no que tange ao cuidado. Na primeira, a pessoa recebe ajuda ou apoio de cuidadores informais; a segunda seria receber assistência de cuidadores formais; já, na terceira, o cuidado prestado seria tanto por cuidadores formais quanto informais; e finalmente, na quarta possibilidade, o indivíduo pode não receber nenhum tipo de cuidado (ROGERO-GARCÍA, 2009).

Quanto ao cuidado informal no domicílio, o mesmo é tão antigo como os agrupamentos sociais, porém tem se destacado que, com o envelhecimento da população, a reconfiguração do domicílio se apresenta como “lócus do cuidado”, e neste contexto, os cuidadores são, geralmente, um integrante da família (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

À vista disso, percebe-se a família, assumindo a responsabilidade pela saúde dos seus membros, desenvolvendo ações de promoção da saúde, proteção e prevenção, além do tratamento de doenças, construindo então, uma unidade que presta cuidado (MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006).

Os cuidados essenciais à saúde, prestados pela família, relacionam-se às interações afetivas necessárias ao pleno desenvolvimento da saúde mental e da personalidade madura de seus membros, à aprendizagem da higiene e da cultura alimentar, e auxilia de forma a facilitar a adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços, tal como medicação, dietas e atividades preventivas. Ainda assim, essa complementaridade de ações concretas no cotidiano das famílias permite o reconhecimento das doenças, a busca por atendimento médico quando se faz necessário, o incentivo para o autocuidado e apoio emocional (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

De acordo com essas considerações, a família apresenta extrema relevância no atendimento aos entes que necessitam de cuidado, e se apresenta como provedora de 80 a 90% de assistência a seus membros idosos, incluindo ajuda em tarefas domésticas, transporte, cuidados de assistência à saúde, realização de atividades básicas do cotidiano entre outras (FAST et al., 2004; KAMENSKI et al.,

2006; NARDI; OLIVEIRA, 2008).

Vale ressaltar que no presente estudo, será abordada a figura do cuidador familiar, pois, segundo Leme e Silva (2002) a família é considerada o habitat natural da pessoa humana e nela somos mais naturais, sem máscaras sociais. É de extrema importância considerar que a população idosa na atualidade é proveniente de uma época na qual foi marcada por valores sociais diferenciados dos de hoje, em que a família ampliada era necessária, pois exercia importante papel de apoio.

A literatura traz ainda uma distinção entre três categorias de cuidadores familiares: primários, secundários e terciários. Os primários são os principais responsáveis pelo idoso e pelo cuidado e os que realizam a maior parte das tarefas; os secundários não têm o mesmo nível de responsabilidade e, em geral, atuam de forma pontual em algumas tarefas de cuidados básicos, principalmente em tarefas instrumentais. Os cuidadores terciários não têm responsabilidade pelo cuidado, atuam esporadicamente pois, geralmente, realizam tarefas externas que não implicam contato com o idoso (GONÇALVES et al., 2006; LEMOS; MEDEIROS, 2002; NERI, 2008).

Salienta-se que o cuidador familiar, na maioria das vezes, é a pessoa que se encontra mais próxima do ser cuidado ou doente, ou seja, quanto mais for estreita a relação parental, mais chance tem o indivíduo de vir a ser responsável pelo cuidado (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008; CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Predominantemente, o cuidado passa a ser executado pelo cônjuge, fato associado a uma função inerente ao casamento, com componentes afetivos, como sentimento de carinho, de gostar do outro. A obrigação e o dever implícitos no compromisso do matrimônio referem-se a uma regra de ação moral determinada ou expressam o traço cultural existente hoje na sociedade, na qual a mulher é que detém o papel de cuidadora, embora o homem esteja se revelando neste processo (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

Porém, na maioria das vezes, o cuidador familiar assume as responsabilidades desconhecendo como proceder, até mesmo sem compreender a dimensão do que significa cuidar de um familiar dependente, pois as alterações inevitáveis, que envolvem afeto, finanças, relações de poder e outras variáveis, necessitam de um processo de reorganização familiar, assim como de aspectos de organização do espaço físico da casa e das atribuições dos membros da família. Na maioria das vezes, os cuidadores desempenham atividades sem orientação e

suporte adequado, proporcionando um ciclo de angústias e conflitos, refletindo e alterando as rotinas diárias, gerando sobrecarga e acarretando, com isso, comprometimento de sua qualidade de vida (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

Assim, as qualidades e habilidades do cuidador, na maior parte das vezes, são adquiridas pelas necessidades emergentes do dia a dia, e muitos aprendem por meio das dificuldades a se adaptarem à vida e ao ambiente para o cuidado (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

Ressalta-se, ainda, que a tarefa de cuidar pode trazer benefícios ou resultados positivos, tais como: satisfação, melhora no senso de realização, aumento do sentimento de orgulho e a habilidade para enfrentar novos desafios. Mas estas tarefas podem não ser fáceis, pois, quase sempre, a família possui baixa renda e apresenta numerosa situação gregária, dificultando, com isso a distribuição adequada dos recursos financeiros (CREUTZBERG; SANTOS, 2003; MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006).

No entanto, verifica-se a importância da família como órgão de apoio à saúde do idoso, pois a impossibilidade do idoso poder dispor de algum familiar para o cuidado poderá refletir em um aumento significativo da situação de morbidade seja física, psíquica ou social, levando, em alguns casos, à institucionalização (ISRAEL; ANDRADE; TEIXEIRA, 2011; NARDI; OLIVEIRA, 2008).

O cuidado constante demanda do cuidador recursos econômicos, organização familiar e pessoal que, somados às exigências de papéis sociais, ocasiona o acúmulo de tarefas que pode refletir negativamente na vida do mesmo. Além disso, é comum que familiares e cuidadores apresentem sentimentos de culpa, raiva, tristeza, cansaço, ansiedade e desespero (ALMEIDA, 2005; GRATÃO et al., 2010; GUEDEA et al., 2009).

Porém, dentre as dificuldades encontradas pelo cuidador familiar, destacam-se a falta de tempo para a manutenção da própria saúde, a falta de infraestrutura para o cuidado domiciliar, falta de colaboração por parte do idoso dependente, insuficiência de condições físicas do cuidador e, acima de tudo, falta de apoio familiar (NARDI, 2007).

Diante deste contexto, vale ressaltar que a tarefa de cuidar de idosos dependentes faz com que, na maioria das vezes, os cuidadores tenham que abdicar de sua vida em prol das necessidades geradas pelo processo de cuidar, deixando

de lado a sua vida pessoal. Outro fator relevante é o de que muitos cuidadores se apresentam sem orientações necessárias para prestar os cuidados, acarretando assim um desgaste físico, que pode gerar uma sobrecarga e, conseqüentemente, alterações na qualidade de vida do indivíduo (BLUM; SHERMAN, 2010; LUZARDO; WALDMAN, 2004).

Portanto, a experiência de cuidar diariamente de um idoso dependente é uma tarefa que envolve, além de esforço físico, necessidade de planejamento e concentração, podendo ocasionar, com o passar do tempo, desgaste físico e emocional, para quem cuida, expondo o cuidador a riscos de comprometimento de sua própria saúde em benefício do ente cuidado (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004). Vale ressaltar que, quando o cuidado é assumido por tempo prolongado e por uma única pessoa, pode desencadear limitações na vida diária do cuidador e causar danos à sua saúde (GONÇALVES et al., 2006).

Salienta-se que, com o passar do tempo, os encargos do cuidar poderão sofrer novas mudanças à medida que a debilidade e a dependência do idoso aumentam, exigindo maiores esforços para suprirem as necessidades que acompanham a diminuição da capacidade funcional. Assim sendo, nota-se que a tarefa de cuidar de idoso dependente acarreta uma diversidade de dificuldades, as quais impedem a manutenção da própria saúde por parte do cuidador, devido, principalmente, à função ser executada, em geral, por uma única pessoa, e ainda do tempo prolongado dispensado aos cuidados, podendo surgir desgastes físicos, psicológicos e/ou sociais e, conseqüentemente, sobrecarga para quem cuida.

2.3 A Sobrecarga do Cuidador: conseqüências para o cuidar

O ato de cuidar é, em sua complexidade, tomado por sentimentos diversos e contraditórios, como a raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação e choro. Tais sentimentos podem ser simultâneos e devem ser compreendidos, fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada, mas que pode ocasionar sobrecarga para quem cuida (BRASIL, 2007; NASCIMENTO et al., 2008).

Assim, o aumento da carga do cuidador sofre uma diversidade de influências, associadas ao idoso e ao próprio cuidador. No tocante ao idoso que está sendo atendido, pode estar relacionada principalmente ao grau de dependência, à perda de autonomia e presença de transtornos psiquiátricos de difícil controle (PAPASTAVROU et al., 2007; RAZANI et al., 2007). Por outro lado, sofre influências relacionadas ao próprio cuidador. Dentre as variáveis pode-se citar o sexo, aspectos cognitivos e afetivos, motivação para o cuidado, redes de apoio, tempo de cuidado; e, por último, às derivadas da relação afetiva entre cuidador e pessoa a ser cuidada, tanto prévias como atuais (CROOG et al., 2006; PAPASTAVROU et al., 2007).

No entanto, vários estudos têm revelado que cuidadores familiares identificam tanto aspectos positivos quanto negativos no cuidar de um familiar com dependência. Os aspectos positivos incluem o sentimento de dever cumprido, a autossatisfação e a reciprocidade, porém os que prevalecem estão relacionados com aspectos negativos, principalmente advindos de sobrecarga, conflitos familiares e insegurança. Tais fatores merecem destaque, pois podem refletir na saúde do cuidador e, conseqüentemente, nos cuidados prestados, colocando o idoso em situação mais vulnerável à violência intrafamiliar e à institucionalização (GARRIDO; MENEZES, 2004; MAYOR; RIBEIRO; PAÚL, 2009; NARDI, 2007; PAPASTAVROU et al., 2007).

Blum e Sherman (2010) reforçam que, apesar dos cuidadores não perceberem a sobrecarga na mesma intensidade, muitas vezes assumem tarefas que não estão preparados, além de negligenciar os próprios cuidados, levando-os a apresentar doenças físicas e emocionais.

Portanto, o ato de cuidar tem sido conceituado como um importante fator estressor e que, somado ao caráter crônico e sem um tempo definido para a duração do cuidado, tem sido associado a repercussões negativas do cuidar, provocando interferências na saúde física e psicológica de quem cuida. Essa situação, genericamente, tem sido denominada de sobrecarga do cuidador (CARRETERO et al., 2009; SANTOS, 2005; SCAZUFCA, 2002).

O termo sobrecarga também é descrito na literatura como *burden* e foi relacionado ao impacto advindo de cuidar de uma pessoa dependente devido a uma condição crônica. Inicialmente o conceito incluiu os problemas físicos, emocionais, sociais e financeiros vivenciados por famílias cuidadoras (ZARIT; REEVER; BACH-PETERSON, 1980).

Platt (1985), entretanto, relata que *burden* se refere a um conjunto de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam a vida dos que prestam cuidados, geralmente o cuidador informal e familiar responsável pelo doente, sendo esta expressão usada para descrever aspectos negativos do cuidar.

George e Gwyther (1986) definem sobrecarga como o desenvolvimento de problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que podem ser experimentados por membros da família ao cuidar de dependentes adultos mais velhos. Neste contexto, Schulz e Beach (1999) reforçam ainda que a sobrecarga se apresenta como um fator de risco para mortalidade.

Para melhor entendimento do termo sobrecarga, é comumente utilizada na literatura, a divisão em sobrecarga objetiva e subjetiva. A sobrecarga objetiva diz respeito às consequências geradas no cuidador familiar sendo resultado da interação dos sintomas e do comportamento do doente, enquanto que a sobrecarga subjetiva representa a percepção do cuidador familiar sobre as consequências psicológicas do cuidar (SCHENE, 1990).

A sobrecarga é uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e/ou a incapacidade mental do indivíduo que necessita de atenção e de cuidados. O processo de cuidar de um familiar idoso e/ou dependente, de forma contínua é quase sempre irreversível, sendo que comporta cinco situações de crise: consciência da degeneração, imprevisibilidade, limitações de tempo, relação afetiva entre cuidador e sujeito alvo dos cuidados e a falta de alternativas de escolha (BRAITHWAITE, 1992).

Salienta-se que a sobrecarga gerada pelo processo de cuidar se apresenta dentro de um conceito multidimensional em que pode prevalecer o estresse, os sentimentos negativos e as dificuldades originadas para o cuidar, inclusive aspectos da saúde física, emocional, social e financeira (KASUYA; POLGAR-BAILEY; TAKEUCHI, 2000).

Luzardo e Waldman (2004) reforçam que a tarefa de cuidar, além de desgaste físico-emocional, leva ainda à desestruturação familiar, isolamento social e perda da identidade do cuidador que, na maioria das vezes, deixa de cuidar de si e prioriza o cuidar do outro. Neste sentido, evidencia-se a preocupação da presença de sobrecarga no cuidador familiar diante da dimensão das consequências negativas que a mesma acarreta tanto na família quanto no próprio idoso, sendo

necessário que esta preocupação seja incorporada também pelas políticas públicas de saúde.

Diante do estabelecido, nota-se a importância de se avaliar a sobrecarga do cuidador familiar para que se possa planejar e adequar os serviços de saúde e preparar os profissionais destes estabelecimentos para oferecer suporte adequado às famílias e promover estratégias que visem à realização de educação quanto ao processo de envelhecimento e, ainda, sobre os fatores relacionados à própria dependência, com o objetivo voltado à recuperação e reabilitação.

Diante dessa realidade, um recurso que pode amenizar o impacto da sobrecarga é a existência de redes de apoio e suporte social, dentro das quais os familiares e cuidadores encontram auxílio e ajuda para satisfazerem as necessidades em situações cotidianas e de crise (BOCCHI; ANGELO, 2008; CARRETERO et al., 2009; GEORGE; GWYTHYR, 1986; GUEDEA et al., 2009).

2.4 O Apoio Social e Rede Social: aspectos conceituais

Apesar de uma gama de pesquisas sobre apoio e rede social, esta temática permanece com uma grande diversidade conceitual. Não há um consenso em ambas as definições de rede social e apoio social, no entanto, percebe-se que as mesmas estão intimamente relacionadas, sendo suas influências e repercussão associadas à saúde e à vida das famílias e dos cuidadores. Para compreender melhor a relação entre as definições é necessário contextualizá-las.

Inicialmente, trabalhos realizados sugeriram a existência de relação entre apoio social e saúde, cujos autores compilaram evidências de que o isolamento e também a ruptura de vínculos sociais, afetavam o sistema de defesa do indivíduo, tornando-o mais vulnerável a doenças (CASSEL, 1976; COBB, 1976).

Segundo a definição de Cobb (1976), o apoio social é caracterizado pela informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado, estimado e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos.

O apoio social também pode ser relacionado aos recursos fornecidos por outras pessoas frente a situações de necessidade. Além disso, a disponibilidade de alguém para fornecer ajuda ou apoio pode proteger o indivíduo de consequências

negativas, como situações estressantes ou doenças e facilitar o enfrentamento dos problemas (DUE et al., 1999; SHERBOURNE; STEWART, 1991).

Para Valla (1998, p.156), o apoio social pode ser definido como sendo:

[...] qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas, com os quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que tanto gera efeitos positivos para os sujeitos que recebe, como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas.

Para Pinto et al. (2006), apoio social é um conceito em construção que envolve a estrutura da rede de relacionamentos sociais e a adequação de sua função, especialmente o grau de satisfação da pessoa referente ao apoio social de que usufrui.

Ainda, o apoio social é composto por duas dimensões: a estrutura das relações sociais e a função do apoio social. A estrutura das relações sociais refere-se à organização do vínculo entre os indivíduos e pode ser caracterizada sob diferentes aspectos, tais como número e tipo de relações, frequência e duração dos contatos, entre outros, e pode ser composta pela rede de relações formais e informais. As relações formais são mantidas devido à posição e papéis na sociedade, tais como médico, dentista, professor, advogado, entre outros, enquanto que as relações informais incluem todos os indivíduos (família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, comunidade e outros) e as ligações entre indivíduos com quem se tem uma relação familiar próxima ou envolvimento afetivo (DUE et al., 1999).

No que tange à função do apoio social, o mesmo compreende o apoio emocional, o material ou instrumental, o afetivo, o de informação e a interação social positiva. O apoio emocional diz respeito a expressões de amor e afeto; o apoio instrumental ou material reflete a disponibilidade de auxílio e recursos materiais, por exemplo, a ajuda financeira ou o auxílio nas tarefas da casa; o apoio afetivo avalia as demonstrações de afeto e amor; o apoio de informação refere-se a informações que a pessoa pode usar para lidar com problemas e sua resolução, por exemplo, aconselhamentos, sugestões, orientações; e a interação social positiva refere-se a ter alguém com quem se divertir e relaxar (BOWLING, 1997; DUE et al., 1999; SHERBOURNE; STEWART, 1991).

Considera-se que o apoio social, oferecido ao cuidador na realização de atividades advindas do processo de cuidar, influencia na sua saúde e bem-estar, pois a compreensão do apoio pode diminuir as tensões e estresse associados às necessidades geradas pela dependência do idoso, possibilitando manter o equilíbrio da saúde do cuidador que, por sua vez, terá melhores condições para atender o idoso (GUEDEA et al., 2009). A família também é considerada fonte de apoio, de ajuda e compreensão, seja no cuidado direto ao familiar ou no apoio emocional, e esse tipo de apoio é muito significativo para o cuidador (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

O apoio social, além de auxiliar na recuperação da autonomia do paciente, é considerado um importante aliado para a promoção da qualidade de vida do cuidador e no processo de reabilitação da pessoa na dependência, colaborando na redução das consequências negativas provocadas pela tarefa de cuidar, contribuindo para o bem-estar da pessoa que cuida e repercutindo positivamente na qualidade dos cuidados realizados (BERKMAN; SYME, 1979; BOCCHI; ANGELO, 2008).

Nesse sentido, torna-se relevante e necessário a formação de rede de apoio, focada para as necessidades do cuidado, com o intuito de diminuir a sobrecarga da família e do cuidador e ajudar na recuperação do idoso (NARDI; OLIVEIRA, 2008).

A rede social é a estrutura por meio da qual o apoio social é fornecido, sendo definida como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou algum tipo de vínculo social (BOWLING, 1997).

Ostergren et al. (1991) relatam que na rede social estão envolvidos aspectos quantitativos das relações sociais, envolvendo a quantidade dos elementos da rede, bem como a frequência dos contatos. Outros autores reforçam que além dos atributos mencionados, ainda há de se considerar o envolvimento social, ou seja, a proximidade, o grau de intimidade, a simetria dos relacionamentos e o enraizamento social (BOWLING, 1997; OSTERGREN et al., 1991).

Griep (2003) reforça que os efeitos benéficos da rede social estão diretamente relacionados com a capacidade que a mesma apresenta, de suprir a ajuda esperada pelo indivíduo, podendo ser entendida como a estrutura para o apoio social.

Nesse sentido, Pedrazzi (2008) complementa que rede e apoio social são conceitos interligados, mas que ainda estão em construção, porém apresenta

aspectos comuns, como a presença de interações sociais objetivando a promoção e o bem-estar de seus membros.

O apoio e a rede social formal e informal desempenham um papel de extrema relevância no que concerne ao cuidador familiar, visto se configurarem em fatores facilitadores para o controle de situações problemáticas, ou dificuldades encontradas no cotidiano do cuidado, especialmente quando o idoso encontra-se com sua capacidade funcional e autonomia alteradas.

Griep (2003) e Oliva (2007) reforçam que tanto a rede social, quanto o apoio social, têm sido considerados nos últimos anos como recursos imprescindíveis para o enfrentamento de situações de dificuldade ocorrida na vida das pessoas, e que ambos favorecem a integração entre os membros, fortalecendo medidas de promoção à saúde e, conseqüentemente, diminuindo os riscos de isolamento social.

O apoio social ao idoso e seu cuidador pode ser composto de grupos de ajuda mútua, como a família, organizações não governamentais, religiosos, vizinhos, amigos, serviços de saúde e sociais, entre outros. A formação de uma rede articulada de forma efetiva é de extrema importância para a satisfação das necessidades básicas do idoso, refletindo na qualidade do cuidado prestado ao idoso em seu domicílio e na saúde dos cuidadores desses idosos (NARDI, 2007).

Assim, é de suma importância avaliar o apoio social e a rede de suporte ao cuidador para que se possa preparar os serviços e os profissionais de saúde a fim de oferecer suporte adequado a essas famílias e promover estratégias que visem orientação acerca do cuidado; recuperação e a reabilitação do idoso e fornecer apoio social à família e cuidador, contribuindo para a diminuição da sobrecarga e melhoria da qualidade de vida de seus participantes.

2.5 Qualidade de Vida do Cuidador Familiar

Os problemas enfrentados no processo de cuidar de um familiar dependente não se apresentam visíveis do ponto de vista social, constituindo-se em uma preocupação e desafio para as políticas públicas de saúde, no que se refere à saúde e qualidade de vida do cuidador.

A responsabilidade de cuidar de um familiar na dependência e, muitas

vezes, sem orientações adequadas e sem apoio social, coloca o cuidador em situação de vulnerabilidade para a sobrecarga e, conseqüentemente, para redução na sua qualidade de vida.

Qualidade de Vida (QV) é um dos termos mais usados atualmente, tanto na linguagem cotidiana da população em geral, como no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber (SILVA, 2008).

Inicialmente, os indicadores econômicos como: Produto Interno Bruto (PIB), renda per capita e taxa de desemprego se constituíam instrumentos importantes para avaliar e comparar a qualidade de vida entre várias cidades, regiões, países e culturas, com o intuito de determinar que os países, cujos indicadores econômicos fossem melhores, teriam melhor qualidade de vida. Com o passar dos anos, o conceito se ampliou, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social como: saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho e crescimento individual, passaram a fazer parte da avaliação de qualidade de vida, sendo que esses indicadores também se ampliaram, ou seja, foram incluídos fatores como: mortalidade infantil, esperança de vida, taxa de evasão escolar, nível de escolaridade, taxa de violência (suicídio, homicídio, acidente), saneamento básico, nível de poluição, condições de moradia e trabalho (PASCHOAL, 2000).

A partir de 1960, percebeu-se que, embora todos os indicadores fossem importantes para se avaliar a qualidade de vida entre países, regiões e cidades, os mesmos se caracterizavam apenas como uma avaliação de forma objetiva, não se tornando suficiente para medir, subjetivamente, as pessoas que se inseriam diferentemente naquela sociedade e que podiam se distanciar da população como um todo. Sendo assim, tornou-se necessário e fundamental, avaliar a qualidade de vida percebida pelo indivíduo, o quanto as pessoas estavam satisfeitas ou não com suas vidas, ou seja, a qualidade de vida avaliada de forma subjetiva (TIMM, 2006).

Minayo, Hartz e Buss (2000) explicam o porquê da variabilidade de conceitos e afirmam que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de pessoas e da coletividade e variam de época, espaço e histórias diferentes, sendo, então, uma construção social proporcional à reatividade cultural.

A avaliação de qualidade de vida vem sendo incorporada cada vez mais às práticas dos serviços de saúde, sendo que, tradicionalmente, o atendimento era focado no diagnóstico e tratamento, e o resultado era avaliado por meio dos

indicadores de mortalidade e morbidade. Nas últimas décadas, este enfoque tem mudado, e o resultado das condutas na área da saúde tem sido avaliado também por meio de variáveis, que incorporam as percepções dos pacientes em relação ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida (TIMM, 2006).

A mudança mais importante de avaliação foi baseada na medida de parâmetros subjetivos, que leva em consideração a percepção do indivíduo de sua própria condição. E não menos importante, mas decorrente desta, foi a mudança de uma avaliação baseada na impressão do pesquisador para aquela cujo julgamento é dado pelo próprio indivíduo, pois é o único que sente e que pode avaliar subjetivamente sua situação (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; TIMM, 2006; THE WHOQOL GROUP, 1995).

Ressalta-se que, ao avaliar a qualidade de vida dos cuidadores familiares, é de suma importância observar tanto os aspectos positivos quanto os negativos, já que algumas situações consideradas negativas pelos indicadores objetivos, podem ser subjetivamente vistas como positivas pelos indivíduos avaliados (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008)

Seidl e Zannon (2004) reforçam que qualidade de vida é um constructo interdisciplinar, o que requer contribuição de diferentes áreas do conhecimento, sendo que sua utilização contribui para a melhoria da qualidade e da integralidade da assistência à saúde.

Para avaliação da qualidade de vida existem vários instrumentos desenvolvidos e que são utilizados mundialmente. Porém, podem ser utilizados instrumentos genéricos, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida auto-relatada de populações, ou instrumentos específicos, que são direcionados a grupos de indivíduos que sofrem de alguma doença aguda ou crônica (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Portanto, em busca de um instrumento que avaliasse a qualidade de vida, dentro de uma perspectiva genuinamente internacional, fez com que a Organização Mundial da Saúde desenvolvesse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado deste projeto foi a elaboração de instrumentos genéricos de avaliação de qualidade de vida, sendo que inicialmente foi elaborado o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) composto por 100 itens, denominado WHOQOL-100 (THE WHOQOL GROUP, 1998).

A versão em português do WHOQOL-100 foi desenvolvida no Departamento

de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, sendo que a tradução inicial foi realizada por um tradutor com familiaridade com a tradução de instrumentos. A seguir, foi realizado um painel bilíngue, sendo que, após alguns ajustes, a tradução foi questionada em quatro grupos focais distintos. A retrotradução para o inglês por um tradutor independente mostrou que a versão em português tinha forte semelhança com a versão do instrumento original (FLECK et al., 1999).

No entanto, a carência de instrumentos curtos que dispensasse pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, ou seja, um instrumento com uma versão mais curta, conhecido como WHOQOL – bref (THE WHOQOL GROUP, 1998).

No Brasil, Fleck et al. (2000) aplicaram a versão em português do WHOQOL-bref, obtendo-se características satisfatórias de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade do teste-reteste.

Salienta-se ainda que a qualidade de vida é um processo amplo, estando relacionado a múltiplos aspectos: social, material, físico, mental, espiritual entre outros, podendo variar no mesmo indivíduo dependendo do seu estado de espírito ou humor, englobando diversos significados relacionados a experiências, valores e conhecimentos tanto individuais quanto coletivos (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003; ZANEI, 2006).

Porém, a qualidade de vida, constitui-se em um tema atual e relevante quando relacionado à promoção da saúde. No entanto, Inouye et al. (2010a) alertam que a promoção à saúde, abordando a qualidade de vida, deve ter objetivos abrangentes em função da interferência que a mesma apresenta nas relações sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis do cuidador.

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida foram obtidos: a subjetividade; a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas (FLECK et al., 1999; THE WHOQOL GROUP, 1995).

Um dos conceitos mais abrangente e que será utilizado neste estudo é o do grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde

(OMS), que define qualidade de vida como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1405).

Portanto, foi de suma importância a implementação do conceito de qualidade de vida na área da saúde, pois devido à sua natureza abrangente e por estar relacionado ao que a própria pessoa percebe e sente, tem, então, um valor intrínseco e intuitivo que somado a esta importância, apresenta uma grande relação com o desejo do ser humano, que é viver bem e se sentir bem (FLECK et al., 2008).

Apesar de controvérsias a respeito do conceito de qualidade de vida, faz-se necessário a avaliação deste constructo por meio de instrumentos que incorporem aspectos diversos da vida cotidiana como os aspectos físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais, e que nos fornecem informações relevantes no intuito de planejar melhorias para quem cuida de idosos dependentes.

Estudos revelam que cuidar de alguém na dependência por períodos longos, além de se caracterizar por vários desafios, de ser uma responsabilidade estressante, impor demandas consideráveis, gerando sobrecarga, causa ainda limitações sociais e que, posteriormente, pode comprometer seriamente a qualidade de vida de cuidadores familiares (BELLE et al., 2006; FIGVED et al., 2007; INOUE et al., 2010a; LO, 2009; MCPHERSON et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2011).

Outros estudos reforçam que o apoio social se constitui em um fator positivo na melhoria da qualidade de vida do cuidador familiar (CAQUEO-URÍZAR; GUTIÉRREZ-MALDONADO; MIRANDA-CASTILLO, 2009; CROOG et al., 2006; VELLONE et al., 2008).

Autores ainda salientam que a funcionalidade familiar é uma variável importante e que deve ser levada em consideração quando avaliada a qualidade de vida, visto que a família desempenha um papel particularmente relevante na qualidade de vida do cuidador. Reforçam que uma família disfuncional representa um importante fator de vulnerabilidade que afeta a qualidade de vida do cuidador e, conseqüentemente, a qualidade da assistência por ele prestada (PAPASTAVROU et al., 2007; RODRIGUES-SANCHES et al., 2011; VELLONE et al., 2008).

Outros estudos alertam que há cuidadores que apresentam diferenças em sua qualidade de vida, ou seja, alguns veem sua qualidade de vida prejudicada em função das exigências impostas pela tarefa de cuidar, enquanto outros conseguem

se adaptar e superar as crises. Fatores como a personalidade, senso de coerência e formas de enfrentamento diante das dificuldades geradas pelo processo de cuidar, apresentam forte relação com a qualidade de vida dos cuidadores (CAQUEO-URÍZAR; GUTIÉRREZ-MALDONADO; MIRANDA-CASTILLO, 2009; RODRIGUES-SANCHES et al., 2011).

No entanto, é fato que a qualidade de vida do cuidador reflete positivamente na assistência por ele prestada ao idoso dependente. Neste cenário do cuidado, a formação de parcerias entre os profissionais de saúde e o cuidador é de extrema importância para o processo de cuidar. Neste contexto, a enfermagem se insere e se apresenta diante de um grande desafio frente ao processo de envelhecimento, da dependência e das práticas cada vez mais voltadas para o atendimento no domicílio.

Portanto, considerando-se que a maior parte dos idosos que apresentam dependência está sob a responsabilidade e cuidado de cuidadores familiares e que estes podem apresentar sua qualidade de vida prejudicada em virtude de fatores relacionados ao cuidar, ou mesmo, aos aspectos culturais, familiares e econômicos, e que, ainda, o ambiente de cuidado e as formas de enfrentamento frente à dependência continuam obscuros e se constituem em desafios para os gestores, justifica-se esta pesquisa com o intuito de contribuir nas discussões e planejamento de políticas ou programas que incluam a saúde do cuidador familiar.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade de vida do cuidador familiar de idosos dependentes e associar com a rede, o apoio social, sobrecarga e grau de dependência do idoso.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos idosos com incapacidade funcional e seus respectivos cuidadores familiares, segundo as variáveis sociodemográficas;
- Avaliar o grau de dependência funcional dos idosos participantes do estudo;
- Avaliar o apoio e a rede de suporte social dos cuidadores familiares desses idosos;
- Avaliar a sobrecarga dos cuidadores familiares;
- Avaliar a qualidade de vida dos cuidadores de idosos dependentes;
- Associar os domínios de qualidade de vida dos cuidadores dependentes com o grau de dependência funcional dos idosos, o apoio e a rede social e a sobrecarga dos cuidadores familiares;
- Identificar os fatores preditivos para uma melhor qualidade de vida do cuidador de idosos dependentes.

4 MATERIAL E MÉTODO

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e de abordagem quantitativa.

A pesquisa descritiva, como uma das classes da pesquisa não experimental, tem por finalidade observar, descrever e documentar os aspectos da situação. Quanto aos estudos transversais, estes envolvem a coleta de dados em um ponto do tempo. Neste caso, os fenômenos sob estudo são obtidos durante um período de coleta de dados, apresentando-se apropriados para descrever a situação, o *status* do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo (POLIT; BECK 2011).

Os estudos de corte transversal têm sido utilizados para investigações de problemas de saúde, com o propósito de conhecer de que maneiras características, tanto individuais quanto coletivas, se distribuem na população (KLEIN; BLOCH, 2005).

Os estudos quantitativos concentram-se em fenômenos já estudados ou definidos previamente, em que a identificação precede a investigação. Neste tipo de pesquisa, coleta-se uma informação numérica, resultante de mensuração formal, cuja análise é feita por intermédio de procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Local do Estudo

O referido estudo foi realizado no município de Arapongas, localizado ao Norte do Paraná. De acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas, o referido município possui 104.150 habitantes, sendo 12.294

pessoas acima de 60 anos, correspondendo a 11,80% da população geral (IBGE, 2010).

O Município em questão possui como rede de assistência a saúde do idoso, 29 equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF, dois hospitais gerais credenciados junto ao Sistema Único de Saúde, uma Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPIs) e dois Centros Municipais de Convivência do Idoso.

4.3 População do Estudo

O município de Arapongas iniciou o cadastramento utilizando um instrumento sóciodemográfico e de saúde dos idosos residentes nas áreas abrangência da Estratégia Saúde da Família. O cadastro foi realizado no período de março a junho de 2011 e nele constava a informação da necessidade de cuidador para o idoso, o grau de parentesco, além da escala das Atividades Básicas da Vida Diária do idoso – Katz modificada (ANEXO A).

Após o cadastramento realizado pela Secretaria Municipal de Saúde, identificou-se 9.409 idosos. Destes foram excluídos os independentes pela escala das Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), os que apresentavam cuidadores contratados e os possuíam cuidadores que não eram familiares. Ao final, totalizou-se 391 idosos em que se verificou a presença de pelo menos uma dependência e que necessitavam de um cuidador familiar para as ABVD.

A população para a presente pesquisa foram os cuidadores familiares de idosos dependentes identificados através das informações contidas no referido cadastro. Porém para a participação no estudo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão identificados através de visitas domiciliares: ser cuidador familiar principal de um idoso dependente há pelo menos seis meses, apresentar idade acima de 18 anos, coabitar com o idoso e não ter formação na área de saúde.

A condição de coabitar com o idoso justifica-se em virtude de identificar o cuidador primário diretamente envolvido com o cuidado ao paciente dependente, enquanto que o critério de não ter formação oficial foi em virtude de identificar as dificuldades do cuidador e as orientações recebidas referentes ao cuidado. O tempo estabelecido para eleger o cuidador foi de, no mínimo, seis meses por considerar

que nesse período o cuidador já teve oportunidade de vivenciar a realização de cuidados.

4.4 Cálculo da Amostra

Foram realizados dois cálculos de amostra. O primeiro cálculo amostral foi realizado para o estudo piloto para verificar a confiabilidade e reprodutibilidade do questionário na população do estudo. Para este cálculo, os parâmetros utilizados foram: alfa (erro do tipo I) bi-caudal de 5%, beta ou poder (erro do tipo II) de 20% e um alpha de Cronbach (α) de 0,75. A partir destes parâmetros, estimou-se uma amostra necessária de 33 cuidadores para a calibração dos entrevistadores. O segundo cálculo de amostra foi realizado para estimar a amostra para o estudo, para tanto se considerou um intervalo de confiança de 99%, um poder de 90%, prevalência estimada (idosos com ao menos uma dependência) foi de 50% (com erro máximo de 10%) o que resulta em $n=166$. Por ser o idoso com incapacidade funcional, uma população em que eventuais perdas e recusas podem acontecer, acrescentou-se 20% na amostragem, resultando então em um requisito de 199 idosos.

4.5 Coleta de Dados

Após o sorteio aleatório dos cuidadores, a coleta de dados foi iniciada e ocorreu por meio de visitas domiciliares no período de julho a setembro de 2011, para a aplicação do questionário.

A equipe de trabalho foi treinada e após foi realizado um teste piloto para avaliação e calibração dos entrevistadores. Para a realização das entrevistas, foi solicitado ao Agente Comunitário de Saúde, responsável pela microárea do cuidador sorteado, que avisasse antecipadamente sobre a visita dos pesquisadores, sendo muitas vezes respeitada a determinação pelo cuidador do melhor horário e o dia

para a realização da entrevista. Os integrantes da equipe dirigiam-se aos domicílios sorteados, apresentando identificação através de crachá com foto.

O instrumento de coleta de dados foi dividido em duas partes com informações referentes ao idoso e ao cuidador. Quanto ao idoso, o referido instrumento continha dados de caracterização sociodemográfica e avaliação da capacidade funcional. No tocante ao cuidador, os dados relacionavam-se à caracterização sociodemográfica e econômica, além da avaliação de apoio e rede social, da sobrecarga e da sua qualidade de vida.

Parte I – Instrumento para caracterização do idoso

Identificação do perfil social do idoso

O instrumento foi composto de informações relacionadas ao idoso, referentes à data de nascimento, sexo, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, lesão ou doença que o levou à dependência e religião (APÊNDICE A).

Avaliação da Capacidade Funcional do Idoso

A avaliação funcional, preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, é de fundamental importância e determina não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Caso não seja capaz, tal avaliação verifica se essa necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total.

Apesar de existirem vários instrumentos que são usados para avaliar a funcionalidade do idoso, na presente pesquisa, foi utilizada a Medida de Independência Funcional – MIF, (ANEXO B), que foi desenvolvida na década de 1980 por uma força tarefa norte-americana organizada pela Academia Americana de

Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação. Seu objetivo foi criar um instrumento capaz de medir o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para realização de tarefas motoras e cognitivas (MCDOWELL; NEWELL, 1996).

A MIF se constitui em um instrumento de avaliação da incapacidade de pacientes com restrições funcionais de origem variada, sendo que a utilização em idosos é amplamente verificada na literatura (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; CRUZ; DIOGO, 2009; GRATÃO, 2010; PEDRAZZI, 2008; MONTEIRO; FARO, 2010; RICCI; KUBOTA; CORDEIRO, 2005).

A MIF avalia 18 tarefas, sendo estes itens classificados em 6 dimensões e 2 subdivisões: motor e cognitivo. A MIF motora integra as dimensões de **autocuidado** (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se abaixo da cintura, vestir-se acima da cintura, e uso do vaso sanitário); **controle de esfíncteres** (controle de urina e fezes); **mobilidade** (transferência para cama/ cadeira de rodas, transferência para o vaso sanitário e transferência para o chuveiro) e **locomoção** (marcha/ cadeira de rodas e escadas). Em contrapartida, a MIF cognitivo integra as dimensões **comunicação** (compreensão e expressão) e **cognição social** (interação social, resolução de problemas e memória), conforme demonstrado na figura 2 (RIBERTO et al., 2001).

Os valores da MIF motora variam de 13 a 91, enquanto que os valores da MIF cognitiva variam de 5 a 35. Portanto a MIF total, os valores variam de 18 a 126. Quanto menor o escore, maior o nível de dependência e pior o desempenho funcional dos idosos (RIBERTO et al., 2001).

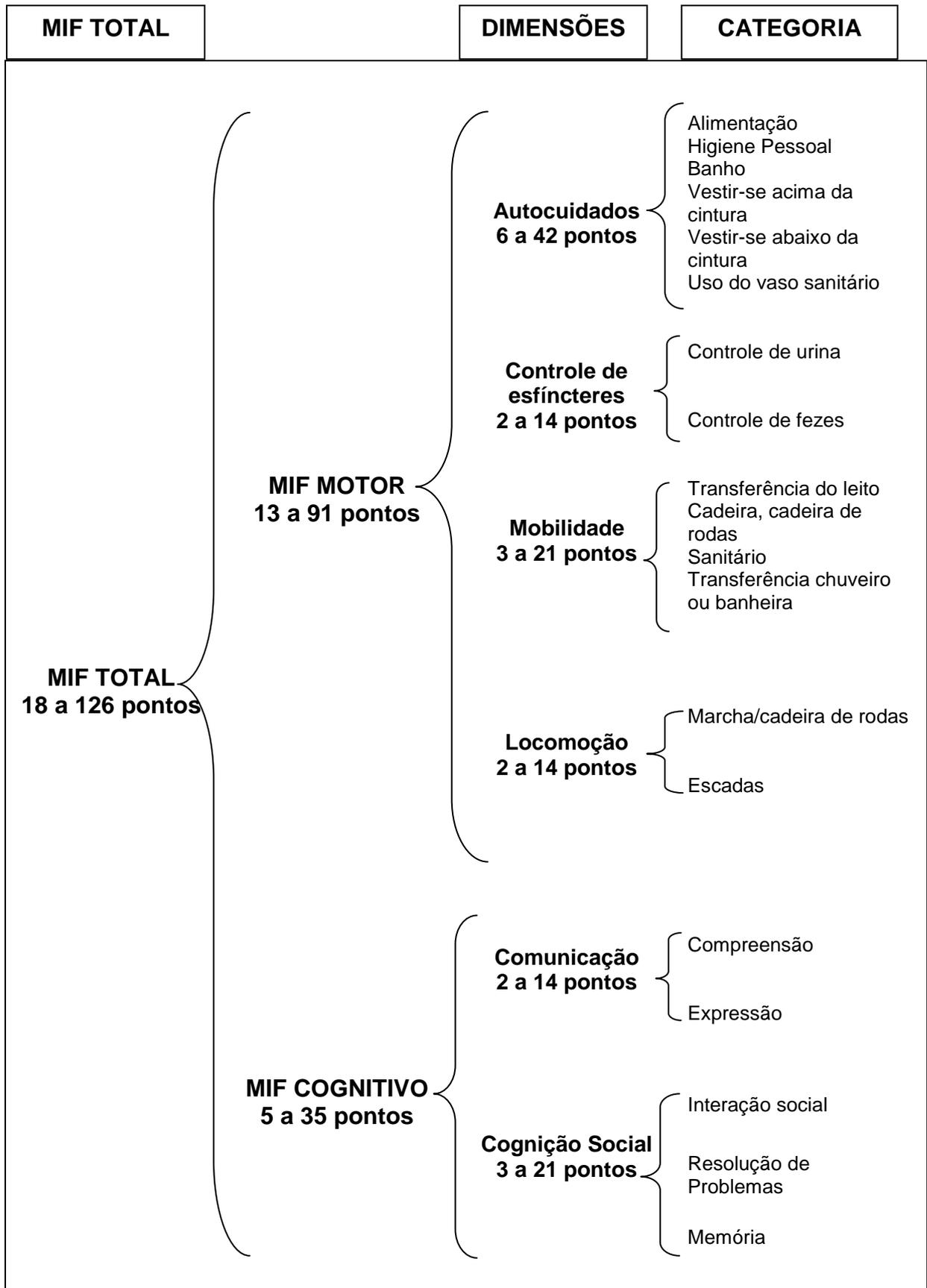


Figura 2– Organização esquemática da composição da Medida de Independência Funcional (MIF) em MIF Total, dimensões e categorias e suas respectivas pontuações (RIBERTO et al., 2001)

Para cada um dos 18 itens da MIF, uma escala descritiva é utilizada para classificar o nível de auxílio nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) sendo: 1 correspondente à dependência total; 2 dependência máxima; 3 dependência moderada; 4 dependência mínima; 5 supervisão; 6 independência modificada (ajuda técnica) e 7 independência completa, sendo o escore total obtido somando os escores de cada dimensão, classificados de acordo com o quadro 1 (MCDOWELL; NEWELL, 1996; RIBERTO et al., 2004).

NÍVEL	DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	SUB ESCORES
1	Dependência Total (assistência total)	18 pontos
2	Dependência máxima (assistência de até 75% na tarefa)	19 – 60 pontos
3	Dependência moderada (assistência de até 50% na tarefa)	
4	Dependência mínima (assistência de até 25% na tarefa)	61 – 103 pontos
5	Supervisão, estímulo ou preparo	
6	Independência modificada	104 – 126 pontos
7	Independência completa	

Quadro 1 - Níveis de Independência Funcional com respectivas pontuações de acordo com a MIF (RIBERTO et al., 2004)

No Brasil, a MIF teve sua tradução e reprodutibilidade para a língua portuguesa por Riberto et al. (2001), apresentando uma boa confiabilidade para o escore total bem como para os domínios motor e cognitivo. Em sua validação, mostrou-se como um instrumento sensível aos ganhos funcionais desenvolvidos durante o programa de reabilitação ambulatorial (RIBERTO et al., 2004).

Para utilização do referido instrumento, foi realizado o “Curso de Capacitação para uso da Medida de Independência Funcional – MIF”, com carga horária de oito horas, oferecido pelo Instituto de Reabilitação Lucy Montoro do Hospital das Clínicas, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, ministrado pelo Dr. Marcelo Riberto, em Setembro de 2010, ficando, desta forma, autorizada a utilizar a MIF (ANEXO C).

Parte II – Instrumento para caracterização do cuidador

Identificação do perfil social do cuidador

O instrumento foi composto de informações relacionadas ao cuidador, referentes à data de nascimento, sexo, cor da pele, grau de parentesco com o idoso, escolaridade, situação conjugal, autoavaliação de saúde, possuir emprego remunerado (horas de trabalho e turno), se possui lesão ou doença diagnosticada, tempo que cuida do idoso, número de horas/dia para cuidar do idoso, motivo que o levou a cuidar, se recebe ajuda, orientações para cuidar e se recorre a entidades assistenciais (APÊNDICE B).

Para a classificação econômica, foram utilizados os critérios da Classificação Econômica Brasil, estabelecidos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). O critério ABEP considera aspectos relativos ao número de cômodos e utensílios domésticos, o nível de escolaridade do chefe da família, estimando o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, sendo sua divisão definida em classes econômicas (ABEP, 2008), conforme Apêndice B.

C - Avaliação da Rede e Apoio Social do cuidador

No que se refere à avaliação da rede e do apoio social, foi utilizado um instrumento originário da combinação de dois instrumentos de apoio e rede social, o *Medical Outcomes Study – MOS* (SHERBOURNE; STEWART, 1991), e o *Social Network Index* (BERKMAN; SYME, 1979).

No Brasil, Chor et al. (2001) traduziram e adaptaram um instrumento para avaliação da rede e apoio social, que foi utilizado no Estudo Pró-Saúde, aplicado a funcionários de uma universidade pública do Rio de Janeiro, sendo que este mesmo instrumento foi validado no Brasil por Griep (2003). No entanto, para avaliar os conceitos supostamente captados pelo instrumento de Medida de apoio social, Griep

et al. (2005) realizaram a validade de constructo de escala de apoio social do *Medical Outcomes Study* adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde.

Portanto, este instrumento validado por Griep (2003) compõe a Medida de Rede e Apoio social, sendo aplicado a uma coorte de trabalhadores de uma universidade no Rio de Janeiro. No entanto, Yamashita, Oliveira e Amendola (2009) validaram a sua utilização em cuidadores familiares atendidos por equipes de saúde da família.

O instrumento é composto por 24 questões divididas em dois blocos: as questões 1 a 5 referem-se à rede social, e as questões 6 a 24 ao apoio social (ANEXO D). As opções de respostas podem variar de um (nunca) a cinco (sempre) e a soma dos pontos totalizados pelas respostas é dividida pelo número máximo de pontos possível em cada dimensão, resultando em uma razão (total de pontos obtidos/ pontuação máxima da dimensão) que, multiplicada por 100, define o escore. Quanto maior o escore obtido, maior o nível de apoio social (GRIEP, 2003).

Para a avaliação da medida de apoio social, é consenso entre diversos autores a existência de cinco dimensões funcionais:

1. **Material:** que investiga a disponibilidade de serviços práticos e ajuda material, em caso de necessidade emergencial.
2. **Afetivo:** que verifica a frequência de demonstrações físicas de amor e afeto das pessoas da rede social do indivíduo.
3. **Emocional:** que avalia a frequência de expressões de afeto positivo e empatia, compreensão e sentimentos de confiança, empatia, carinho amor, afeto, escuta e interesse das pessoas da rede social do indivíduo.
4. **Interação social positiva:** que se refere à disponibilidade de ter alguém para se divertirem ou relaxarem junto.
5. **Informação:** que identifica a disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos, sugestões, diretrizes e orientações (BOWLING, 1997; ÖSTERGREN et al., 1991; SHERBOURNE; STEWART, 1991).

Avaliação da Sobrecarga do cuidador

Para a avaliação da sobrecarga do cuidador, foi utilizado o inventário de sobrecarga *The Zarit Burden Interview –ZBI* (ANEXO E), que é constituído de vinte e

dois itens que avaliam o impacto percebido pelo cuidador sobre a saúde física e emocional, atividades sociais e condição financeira (ZARIT; ZARIT, 1987).

A escala de respostas varia de 0 a 4, de acordo com a presença de uma resposta afirmativa (0=nunca, 1=raramente, 2=algumas vezes, 3=frequentemente e 4=sempre). A exceção é o último item da escala, o qual também varia de 0-4, porém o entrevistado é questionado sobre o quanto está se sentindo sobrecarregado no papel de cuidador, e as possíveis respostas são: 0=nem um pouco, 1=um pouco, 2=moderadamente, 3=muito, 4=extremamente. O escore total da escala é obtido somando todos os itens, e varia de 0 a 88. O resultado foi avaliado de acordo com a pontuação do escore, em que, quanto maior o escore maior a sobrecarga do cuidador (ZARIT; ZARIT, 1987)

No Brasil, a escala foi traduzida para o português e validada por Scazufca (2002) em seu estudo com cuidadores informais de indivíduos com doenças mentais. É um inventário utilizado em muitos países, e se constitui, atualmente, na escala mais usada para avaliação da sobrecarga objetiva e subjetiva em cuidadores de idosos com demência, incapacidades físicas, e idosos portadores de algum tipo de doença incapacitante tais como Acidente Vascular Encefálico (AVE), doenças crônicas, câncer, e transtornos psiquiátricos (AMENDOLA, 2007; SCAZUFCA, 2002; SEQUEIRA, 2010).

Neste estudo, foram utilizados pontos de corte para a sobrecarga propostos por Zarit e Zarit (1987), sendo que 0 a 20 pontos correspondem à pequena ou nenhuma sobrecarga, de 21 a 40 pontos corresponde à sobrecarga moderada, já a sobrecarga moderada à severa pontua-se entre 41 e 60, e, finalmente, a sobrecarga severa encontra-se entre 61 e 88 pontos.

E - Avaliação da Qualidade de vida do Cuidador

Para a avaliação da qualidade de vida do cuidador, foi utilizado o questionário de avaliação subjetiva de Qualidade de Vida desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o WHOQOL – Bref (versão abreviada do WHOQOL – 100).

O WHOQOL/Bref (*World Health Organization Quality of Life/bref*) é um questionário autoaplicável, com 26 (vinte e seis) questões que envolvem aspectos diversos da vida cotidiana, sendo duas questões gerais de avaliação de qualidade de vida e vinte e quatro relativas a quatro domínios da qualidade de vida: físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais (ANEXO F).

Conforme demonstrado no quadro 2, as facetas que integram o domínio físico são relacionadas à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos, capacidade de trabalho. Para o domínio psicológico, as facetas são relacionadas aos sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. O domínio relações sociais inclui as facetas relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual. Para o domínio meio ambiente, são abordadas as facetas relacionadas à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima, transporte (FLECK et al., 2000).

Para cada aspecto da qualidade de vida expresso no questionário, o sujeito pode apresentar sua resposta por meio de escores que variam de 1 (um) a 5 (cinco), sendo a condição pior no escore 1 (um) e a melhor, 5 (cinco). Os resultados dos domínios apresentam valores entre 0 (zero) e 100 (cem), sendo piores os mais próximos de 0 (zero) e melhores, os mais próximos de 100 (cem) (THE WHOQOL GROUP, 1998).

DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-bref	
DOMÍNIOS	FACETAS
1. Domínio Físico	Dor e desconforto Energia e Fadiga Sono e repouso Mobilidade Atividades da vida cotidiana Dependência de medicação ou de tratamentos Capacidade de trabalho
2. Domínio Psicológico	Sentimentos positivos Pensar, aprender, memória e concentração Autoestima Imagem corporal e aparência Sentimentos negativos Espiritualidade/religião/crenças pessoais
3. Domínio Relações Sociais	Relações pessoais Suporte (apoio) social Atividade sexual
4. Domínio Meio Ambiente	Segurança física e proteção Ambiente no lar Recursos financeiros Cuidado de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades Participação em, e oportunidades de recreação/lazer Ambiente físico: poluição/transito/ clima Transporte

Fonte: Fleck et al. (2000).

Quadro 2 – Domínios e facetas do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS, WHOQOL-bref.

Para o cálculo dos escores dos domínios, utilizou-se a sintaxe oferecida pelo WHOQOL Group para ser usada no programa de *software Statistical Package for Social Science* (SPSS). Tanto os domínios como a qualidade de vida geral são medidos em direção positiva, ou seja, escores mais altos denotam melhor qualidade de vida.

4.6 Análise dos Dados

Os dados provenientes dos questionários foram codificados e revisados, sendo os mesmos digitados e armazenados no programa Microsoft Excel[®], contendo um dicionário (codebook) e duas planilhas utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação). Para todos os cálculos estatísticos, foi utilizado o software estatístico Stata versão 11.0 (Stata Corporation, College Station, TX, EUA).

4.7 Análise Estatística

As análises descritivas das variáveis categóricas são apresentadas em percentagens e para as variáveis quantitativas são apresentadas valores de média, mediana e desvio padrão.

Para as análises Bi-variada, em relação às descrições dos comportamentos das variáveis tomadas duas a duas, foram empregadas as seguintes técnicas estatísticas para evidenciar diferenças significantes:

- Teste de Kruskal-Wallis, para averiguar diferenças de escores segundo categorias de variáveis independentes, quando estas possuísem mais de duas classes (SIEGEL; CASTELLAN, 2006, p. 235);
- Teste de Mann - Whitney, para averiguar diferenças de escores segundo duas categorias de variáveis independentes (SIEGEL; CASTELLAN, 2006, p. 153);
- Análise de variância (ANOVA) a um critério de classificação, para averiguar diferenças nas médias de escores do MIF, segundo categorias de variáveis independentes (HAMILTON, 2004, p. 141);
- Teste de associação pelo Chi Quadrado, para testar eventuais associações de interesse (SIEGEL; CASTELLAN, 2006, p. 134).

No tocante à análise Multivariada, foi empregada a técnica multivariada para analisar o efeito de cada variável assumida como independente na variável

dependente, na presença de todas as demais. A técnica escolhida foi a regressão logística (HAMILTON, 2004, p. 262), e o Odds-Ratio como o elemento para evidenciar a associação dos fatores com o desfecho.

Para facilitar a análise e interpretação dos resultados na regressão logística, as variáveis foram dicotomizadas, isto é, reduzidas a duas categorias: uma referência e um contraste.

Foram utilizados dois modelos: no primeiro, foram estudados os fatores que poderiam estar associados à sobrecarga do cuidador, dicotomizada em Moderada a Severa (Referência) e Pouca ou Nenhuma (Contraste).

No segundo modelo, foram empregadas as mesmas variáveis do primeiro modelo, mais a sobrecarga, tendo a qualidade de vida (em seus quatro domínios) como variável dependente. Esta estratégia permite verificar quais variáveis influenciam a sobrecarga do cuidador alterando, ou não, a sua qualidade de vida. É possível também averiguar quais variáveis poderiam afetar a qualidade de vida, sem estar afetando a sobrecarga.

Para dicotomizar as variáveis relativas à qualidade de vida foram criadas as categorias: abaixo da mediana e igual ou acima da mediana. Cada indivíduo foi classificado nessas categorias dependendo da posição de seu escore com relação à mediana.

A possível colinearidade entre as variáveis foi examinada pelo Fator de Inflação da Variância – VIF. (HAMILTON, 2004, p. 210). A variável idade do idoso apresentou VIF próximo de 16, valor considerado alto (HAIR et al., 1995) mas sua eliminação dos modelos não alterou praticamente em nada os resultados, e produziu um VIF médio sempre abaixo de 5,0.

Peduzzi et al. (1996) estimaram que idealmente o número de casos na amostra por variável no modelo deve ser em torno de 10, e no mínimo 5. Nos modelos utilizados há 20 variáveis (modelo 2) ou 19 (modelo 1), com 178 observações, estando, assim, obedecido o critério para garantir a estabilidade das estimativas.

4.8 Considerações Éticas

Esta pesquisa seguiu as normas regulamentadoras da pesquisa em seres humanos, conforme a Resolução CNS196/96 (BRASIL, 1996). Como propõe a referida Resolução, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), sendo aprovado com o parecer 0049/10 (ANEXO G).

Foi solicitada a autorização do Secretário Municipal de Saúde do município para a coleta de dados junto aos cadastros de idosos das equipes de saúde das áreas de abrangência da Estratégia Saúde da Família (APÊNDICE C), sendo formalizada a referida autorização através de ofício enviado pelo mesmo (ANEXO H).

Também os sujeitos do estudo foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e o direito de recusar a participar, em qualquer fase de sua execução, bem como da garantia de não sofrer qualquer ônus ou gratificação pela participação ou não do estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado em duas vias, ficando uma via com o pesquisador e a outra com o entrevistado (APÊNDICE D).

5. RESULTADOS

Dos 199 idosos selecionados para a pesquisa, participaram 178 cuidadores, obtendo-se uma perda de 10,5%, sendo excluídos, portanto, 21 cuidadores que não atenderam aos critérios de inclusão pelos seguintes motivos: 04 cuidadores cuidavam a menos de seis meses; 03 cuidadores apresentavam formação na área de enfermagem; 06 cuidadores eram familiares, porém não coabitavam com o idoso e 08 cuidadores foram excluídos, pois os idosos dos quais eles cuidavam, haviam falecido.

5.1 Caracterização dos Idosos com Incapacidade Funcional

A tabela 1 refere-se aos dados sociodemográficos dos 178 idosos com incapacidade funcional, revelando que 57,3% são do sexo feminino e 42,7% do sexo masculino. Destaca-se que a média de idade entre os idosos participantes foi de 79,9 anos, com desvio padrão de 9,1, variando entre 61 a 103 anos. A média da idade entre as mulheres foi de 81,9 anos, variando de 63 e 103 anos, enquanto que entre os homens a média foi de 77,2 anos, variando entre 61 e 97 anos.

Os dados mostram que a maioria dos idosos se encontra na faixa etária de 80 anos e mais (48,3%), configurando-se assim uma população de idosos mais velhos. Quando considerado o grupo por sexo, entre as mulheres, a maioria se concentra na faixa etária de 80 anos e mais, (66,3%), enquanto que entre os homens a maioria se concentra na faixa etária entre 65 a 69 anos (78,9%).

Em relação ao estado civil entre os idosos, ocorre uma predominância de viúvos (51,7%) e casados (39,3%), porém, quando observado o grupo, há uma predominância de viúvos entre as mulheres, enquanto que, nos homens, a predominância é de casados.

No tocante à escolaridade, verifica-se que 51,1% representam idosos que não estudaram, enquanto que 42,7% são idosos com um a quatro anos de estudo. No entanto, a representatividade de idoso com menos de quatro anos de estudo é de 93,8%, mostrando, então, que grande parte deles possui baixa escolaridade. Na

relação entre sexo e escolaridade, houve um predomínio de mulheres que não estudaram.

Tabela 1 – Distribuição das frequências das variáveis demográficas, segundo sexo dos idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011

VARIÁVEIS	SEXO		TOTAL
	Masculino	Feminino	
	n (%)	n (%)	n (%)
FAIXA ETÁRIA			
60-64	3 (50)	3 (50,0)	6 (3,4)
65-69	15 (78,9)	4 (21,1)	19 (10,7)
70-74	16 (53,3)	14 (46,7)	30 (16,8)
75-79	13 (35,1)	24 (64,9)	37 (20,8)
80 ou +	29 (33,7)	57 (66,3)	86 (48,3)
ESTADO CIVIL			
Casado(a)	52 (74,3)	18 (25,7)	70 (39,3)
Solteiro(a)	2 (20,0)	8 (80,0)	10 (5,6)
Separado(a)	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (3,4)
Viúvo(a)	20 (21,7)	72 (78,3)	92 (51,7)
ESCOLARIDADE (em anos de estudo)			
Não estudou	27 (29,7)	64 (70,3)	91 (51,1)
1 a 4 anos	34 (44,7)	42 (55,3)	76 (42,7)
>= 5 anos	7 (63,6)	4 (36,4)	11 (6,2)
RELIGIÃO			
Não possui	1 (100)	0 (0)	1 (0,6)
Católica	62 (44,6)	77 (55,4)	139 (78,1)
Evangélica	11 (35,5)	20 (64,5)	31 (17,3)
Espírita	2 (66,7)	1 (33,3)	3 (1,7)
Budista	0 (0)	1 (100)	1 (0,6)
Testemunha de Jeová	0 (0)	3 (100)	3 (1,7)

A média de anos de estudo entre os idosos foi de 1,8 anos com desvio padrão de 2,5, variando de 0 a 15 anos. Na relação entre os sexos, a média de anos de estudo dos idosos do sexo masculino foi de um ano, enquanto que as idosas do sexo feminino foram de menos de um ano (0,8), revelando a baixa escolaridade em ambos os sexos, porém, com piores médias para as mulheres idosas.

Com relação à cor da pele, a grande maioria dos participantes era da cor branca (75,8%), seguido de 11,3% da cor parda, 10,1% da cor preta e 2,8% da amarela.

No quesito religião, a grande parcela dos participantes estava ligada a uma denominação religiosa. Houve predomínio dos católicos (78,1%) e evangélicos com 17,4%.

Quando analisado o principal motivo da dependência, 211 motivos foram relatados, pois se observou que alguns idosos apresentavam mais de um motivo que colaborou para a dependência. Dentre os motivos mais referidos, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) apresentou-se com 37,0%, seguido de fraturas por causas externas com 15,2%, sendo a queda a principal causa da fratura. Além destes, a doença de Alzheimer mostrou-se relevante como motivo da dependência com 13,3%, também os problemas articulares com 5,21%, doença de Parkinson com 3,8%, amputação com 3,8%, entre outros.

No que tange à Medida de Independência Funcional (MIF) do idoso, conforme mostra a tabela 2, a média da pontuação da MIF total, que compreende o domínio motor e cognitivo, foi de 63,4.

Tabela 2 – Valores e variações da MIF motor, MIF cognitivo social e MIF total dos idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011

MIF	Varição esperada	Varição observada	Média (d.p.)
MIF Motor	13-91	13-85	41,6 (22,5)
MIF Cognitivo Social	5-35	5-35	21,7 (8,1)
MIF Total	18-126	18-120	63,4 (28,3)

Considerando o motivo de dependência que levou o idoso a necessitar da assistência de um cuidador, pode haver uma relação entre os principais problemas de saúde relatados, ou seja, AVE e quedas, com as alterações na dependência relacionadas à função motora, pois, em geral, estas patologias têm como consequência maiores prejuízos nas tarefas motoras do que nas cognitivas.

Observa-se, na tabela 3, que os valores da variação esperada e a variação observada das dimensões da MIF, foram semelhantes, com pequena diferença para a dimensão de locomoção. Os dados reforçam a questão já mencionada em relação

ao principal motivo de dependência estar relacionado a maiores alterações nas dimensões motoras.

Tabela 3 – Valores esperados e observados das dimensões da MIF em idosos incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011

DIMENSÕES	Varição esperada	Varição observada	Média (d.p.)
Autocuidado	6-42	6-42	18,9 (11,0)
Controle de esfíncteres	2-14	2-14	6,9 (4,9)
Mobilidade	3-21	3-21	10,5 (6,2)
Locomoção	2-14	2-13	5,4 (3,2)
Comunicação	2-14	2-14	11,3 (3,6)
Cognição Social	3-21	3-21	10,4 (5,7)

De acordo com o nível de dependência, com base na MIF, a tabela 4 mostra que os idosos participantes da pesquisa se encontram, em sua maioria, na classificação de dependência modificada, sendo que 46,7% deles necessitam de assistência de até 50% para realizar as tarefas, e 42,1% necessitam de assistência em até 25% das tarefas.

Tabela 4 - Nível de dependência dos idosos de acordo com a MIF, Arapongas-Pr, 2011

Nível de dependência	Escores esperados	N	%
Dependência Completa (Assistência total)	18	2	1,1
Dependência Modificada 1 (assistência de até 50% da tarefa)	19-60 pontos	83	46,7
Dependência Modificada 2 (assistência de até 25% da tarefa)	61-103 pontos	75	42,1
Independência modificada/completa	104-26 pontos	18	10,1

De acordo com a tabela 5, a análise de variância (ANOVA) revela que não há diferenças estatisticamente significantes em relação à MIF total segundo a idade

do idoso, no entanto a MIF total em mulheres apresentou-se significativamente maior que a MIF total para os homens.

Tabela 5 - Análise de variância (ANOVA) da MIF total com a idade e sexo do idoso, Araçatuba-Pr, 2011

FONTE	SS	DF	MS	F	P
Modelo	5515.72107	4	1378.93027	1,75	0.1418
Idade Idoso	2264.03665	3	745.678884	0.96	0.4148
Sexo Idoso	3932.42331	1	3932.42331	4.98	0.0269*
Residual	136550.959	173	789.3119		
TOTAL	142066.68	177	802.636609		

(*) Diferença estatisticamente significativa - $p < 0,05$

5.2 Caracterização dos Cuidadores Familiares de Idosos com Incapacidade Funcional

Na tabela 6, observa-se que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino (90,4%) e 9,6% do sexo masculino. A média de idade dos cuidadores foi de 56,7 anos ($dp=13,7$), sendo 21 anos a idade mínima e de 85 anos a idade máxima dos participantes estudados. Percebe-se ainda que 24,2% apresentam idades compreendidas entre 50 a 59 anos e 25,8% entre 60 a 69 anos. No entanto, verifica-se que 45,4% se encontram com idade acima dos 60 anos, ou seja, idosos cuidando de idosos dependentes.

A tabela 6 ainda revela que quanto ao estado civil, 76,4% referiram ser casado (a) e 11,2 % solteiro (a), 6,7% separado (a) e 5,6% viúvo (a). Em relação à escolaridade, grande parte dos cuidadores (43,2%) possui de 1 a 4 anos de estudo, e 14% apresentam nenhuma escolaridade. Percebe-se, no entanto, que apesar da maioria dos cuidadores apresentarem baixa escolaridade, muitos deles concluíram o ensino fundamental, médio e superior.

Tabela 6 – Características sociodemográficas e econômica dos cuidadores de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011

VARIÁVEIS	N	%	Média (d.p.)	Min - max
SEXO				
Masculino	17	9,6		
Feminino	161	90,4		
FAIXA ETÁRIA (em anos)				
			56,7 (13,7)	21-85
20 a 29 anos	07	3,9		
30 a 39 anos	10	5,7		
40 a 49 anos	37	20,8		
50 a 59 anos	43	24,2		
60 a 69 anos	46	25,8		
70 a 79 anos	31	17,4		
80 anos e mais	04	2,2		
ESTADO CIVIL				
Casado (a)	136	76,4		
Solteiro (a)	20	11,2		
Separado (a)	12	6,7		
Viúvo (a)	10	5,6		
ESCOLARIDADE (em anos de estudo)				
			5,1 (4,0)	0-15
Não estudou	25	14,0		
1 a 4 anos	77	43,2		
5 a 8 anos	40	22,5		
9 a 12 anos	29	16,3		
13 anos e mais	07	3,9		
EMPREGO REMUNERADO				
Sim	15	8,4		
Não	112	62,9		
Aposentado(a)/Pensionista	51	28,7		
CLASSE ECONOMICA(ABEP)				
A1 e A2	33	18,6		
B1 e B2	53	29,8		
C1 e C2	59	33,1		
D	29	16,3		
E	4	2,2		

Com relação à cor da pele, a grande maioria dos cuidadores apresentava a cor branca (73%), seguido de 15,2% da cor parda, 9,5% da cor preta e 2,2% da amarela.

Quando investigado sobre o cuidador apresentar um trabalho remunerado fora de casa, a tabela 6 mostra que 62,9% não exercem uma profissão, somente 8,4% apresentam um trabalho remunerado, e 28,7% eram

aposentados/pensionistas. Dos quinze cuidadores empregados, três deles trabalham quatro horas/dia, nove trabalham seis horas/dia, e três trabalham sete horas/dia. Quanto ao turno, destes somente dois trabalham em período integral, seis apenas no período da manhã, seis apenas à tarde, e dois apenas à noite.

Quanto à classificação econômica, de acordo com a ABEP, observa-se na tabela 6 que 33,1% dos cuidadores enquadram-se na classe econômica C1 e C2. Porém, segundo os critérios da ABEP, 51,6% dos cuidadores encontram-se inseridos na classificação econômica C, D e E, enquanto que 48,4% nas classificações A e B.

Quando analisado a idade do cuidador em relação à idade do idoso, foi encontrada relação significativa ($p < 0,05$), como mostra a tabela 7, revelando que cuidadores mais velhos cuidam em maior proporção de idosos mais velhos. Os achados configuram-se em uma situação preocupante para o processo de cuidar devido a limitações funcionais advindas do processo de envelhecimento, associado, muitas vezes, ao aumento de doenças crônicas, e que podem dificultar as atividades diárias do cuidado prestado pelos cuidadores.

Tabela 7 - Número e percentual de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo a idade do idoso e idade do cuidador, Arapongas-Pr, 2011

IDADE IDOSO (em anos)	IDADE DO CUIDADOR (em anos)					TOTAL N (%)
	20 a 39 N (%)	40 a 49 N (%)	50 a 59 N (%)	60 a 69 N (%)	70 e + N (%)	
60 a 69	7 (38,89)	5 (12,50)	3 (6,98)	10 (23,26)	2 (95,88)	27 (15,17)
70 a 79	9 (50,00)	23 (57,50)	15 (34,88)	11 (25,58)	12 (35,29)	70 (39,33)
80 a 89	1 (5,56)	9 (22,50)	19 (44,19)	12 (27,91)	13 (38,34)	54 (30,34)
90 e +	1 (5,56)	3 (7,50)	6 (13,95)	10 (23,26)	7 (20,59)	27 (15,17)
TOTAL	18 (100,0)	40 (100,0)	43 (100,0)	43 (100,0)	34 (100,0)	178 (100,0)

Pearson $\chi^2(12) = 32.0136$ Pr = 0.001

Na tabela 8, observa-se que a maior parte dos cuidadores são filhas (48,8%), seguido de esposas (24,7%), sendo que estes dois parentescos

correspondem a mais da metade da população estudada, perfazendo 73,5% dos cuidadores.

Com relação ao motivo que levou o cuidador a cuidar de um familiar idoso com dependência, este estudo revelou que 45,6% referiram ser a única pessoa disponível e 42,7% relataram o ato de cuidar como iniciativa própria, conforme observado na tabela 8.

Tabela 8 - Número e percentual de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, segundo o grau de parentesco e motivo para o cuidar, Arapongas-Pr, 2011

VARIÁVEIS	N	%
GRAU DE PARENTESCO		
Filha	87	48,8
Esposa/companheira	44	24,7
Nora	18	10,2
Filho	09	5,0
Esposo	07	3,9
Irmã	05	2,8
Neta	03	1,7
Sobrinha	02	1,1
Irmão	01	0,6
Cunhada	01	0,6
Ex-mulher	01	0,6
MOTIVO PARA CUIDAR		
Porque sou a única pessoa	81	45,6
Por iniciativa própria	76	42,7
Por decisão familiar	15	8,4
Porque o idoso(a) solicitou	4	2,2
Por outros motivos	2	1,1

A tabela 9 revela que em relação à autopercepção do estado de saúde dos cuidadores, 45,5% referem à sua saúde como regular e 39,9% como boa, porém 9,0% a consideram ruim.

Observa-se, também na tabela 9, que 77,5% dos cuidadores referem alguma doença ou lesão diagnosticada por um médico. Porém, dentre os que relataram ter alguma enfermidade, 37,1% disseram apresentar somente uma doença, seguido de 23,6% referindo a duas doenças e 16,8 alegaram apresentar 3 doenças. Identificou-se 240 doenças relatadas, pois muitos cuidadores revelaram mais de uma doença.

No entanto, as que apresentaram maior ocorrência foram: a hipertensão arterial com 25,9%, seguida de problemas articulares com 15,6%, problemas ósseos com 11,9%, sendo a osteoporose o principal problema, diabetes com 9,0%, problemas mentais com 7,4%, sendo a depressão a mais relatada, e ainda doenças do coração com 6,9% entre outras.

Tabela 9 – Número e percentual de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, segundo a autopercepção de saúde, presença de doença/lesão e número de doenças referidas, Arapongas-Pr, 2011

VARIÁVEIS	N	%
AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE		
Excelente	05	2,8
Muito Boa	05	2,8
Boa	71	39,9
Regular	81	45,5
Ruim	16	9,0
DOENÇA/LESÃO		
Sim	138	77,5
Não	40	22,5
NUMERO DOENÇAS REFERIDAS		
Nenhuma	40	22,5
Uma	66	37,1
Duas	42	23,6
Três	30	16,8

Analisando o período e duração de tempo em que o cuidador presta os cuidados, a tabela 10 revela que 37,1% cuidam de 1 a 3 anos, 25,3% cuidam de 4 a 6 anos, entretanto 28,6% cuidam há mais de 7 anos e apenas 9% cuidam há menos de um ano. Verifica-se que 34,3% dos cuidadores dedicam-se mais de 17 horas por dia, seguido de 19,7% que referem cuidar entre 9 a 12 horas diárias, 17,4% relatando cuidar de 5 a 8 horas e 15,2% referindo cuidar 13 e 16 horas ao dia. Sendo a média de 13,2 horas diárias dispensadas ao cuidado, conforme revelado na tabela 10. Observa-se, assim, que são longas horas do dia dispensadas ao cuidado, pois, conforme a condição do idoso, ou seja, as características e a etapa da doença em que se encontra, faz-se necessário uma dedicação exclusiva.

Tabela 10 – Número e percentual de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, segundo o tempo como cuidador e horas dedicadas/dia, Arapongas-Pr, 2011

VARIÁVEIS	N	%	Média (dp)	Min-máx
TEMPO COMO CUIDADOR				
Menos de 1 ano	16	9,0		
1 - 3 anos	66	37,1		
4 - 6 anos	45	25,3		
7 anos ou +	51	28,6		
HORAS DEDICADAS/DIA			13,2(6,8)	1-24
1 - 4 horas	24	13,5		
5 - 8 horas	31	17,3		
9 - 12 horas	35	19,7		
13 -16 horas	27	15,2		
17 horas ou +	61	34,3		

Encontrou-se ainda, neste estudo, que em relação a receber orientação para cuidar do idoso, 82,6% referem não ter recebido orientações para desempenhar o papel do cuidado. Além dos altos índices de cuidadores não receberam orientações para realizar o cuidado, vale salientar que 86% não recebem ou recorrem à ajuda de entidades assistenciais para cuidar do idoso dependente. No entanto, em relação à ajuda para realizar o cuidado, 52,8% referiram receber ajuda de algum parente no processo de cuidar.

5.3 Sobrecarga dos Cuidadores Familiares

Na avaliação da sobrecarga, a tabela 11 mostra que a maioria dos cuidadores, ou seja, 102 (57,3%) apresentaram sobrecarga moderada, enquanto que 44 (24,7%) pequena sobrecarga, ao passo que 28 (15,7%) encontravam-se com sobrecarga de moderada à severa, e apenas 04 (2,2%) cuidadores com sobrecarga severa. A sobrecarga apresentou-se com uma mediana de 30,5, média de 30,6 e um desvio padrão de 13 pontos.

O *alpha de Cronbach* para a escala de sobrecarga foi de 0,80, portanto *The Zarit Burden Interview* (ZBI) mostrou bom índice de consistência interna quando aplicado a esta amostra.

Tabela 11 – Distribuição dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo o grau de sobrecarga, Araçatuba- Pr, 2011

SOBRECARGA	Nº	%	Mediana	Média	Dp
			30,5	30,6	13
Pequena (0 - 20)	44	24,7			
Moderada (21 – 40)	102	57,3			
Moderada a severa (41 – 60)	28	15,7			
Severa (61 - 88)	04	2,2			
TOTAL	178	100,0			

Quando a sobrecarga e o sexo do cuidador foram associados, a tabela 12 revela que 20,5% das mulheres e 64,71% dos homens referiram sobrecarga pequena. No tocante à sobrecarga moderada, 59,63% das mulheres e 35,29% dos homens referiram estar moderadamente sobrecarregados. Percebe-se que na modalidade de maior sobrecarga, se encontram 19,88% das mulheres, porém nenhum homem referiu estar muito sobrecarregado. Os dados revelam resultado estatisticamente significativo em que as mulheres referem maiores sobrecargas do que os homens ($p < 0,005$).

Tabela 12 – Distribuição da sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo a idade do cuidador, Araçatuba-Pr, 2011

SOBRECARGA	SEXO DO CUIDADOR				TOTAL	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Pequena (0 - 20)	33	20,50	11	64,71	44	24,72
Moderada (21 – 40)	96	59,63	06	35,29	102	57,30
Moderada a severa + severa (41 – 88)	32	19,88	0	0	32	17,98
TOTAL	161	100,0	17	100,0	178	100,0

Fisher's exact: 0.000

Na análise multivariada, foram observados fatores associados à menor sobrecarga indicados pela regressão logística, conforme mostra a tabela 13.

Reitera-se que neste modelo foram estudados os fatores que poderiam estar associados à sobrecarga do cuidador, dicotomizada em Moderada a Severa (Referência) e Pouca ou Nenhuma (Contraste).

De acordo com a tabela 13, percebe-se que as variáveis que exercem uma significativa influência na menor sobrecarga foram sexo do cuidador e dependência do idoso conforme a MIF. Portanto, os dados revelam que cuidadores do sexo masculino apresentam maiores chances de menor sobrecarga (OR=11,65) quando comparados a cuidadores do sexo feminino.

De acordo com a dependência do idoso classificada pela MIF, a tabela 13 mostra que cuidadores que estão cuidando de idosos independentes apresentam maiores chances de menor sobrecarga (OR=16,76) quando comparados a cuidadores que cuidam de idosos com dependência completa e modificada 1. Da mesma forma, cuidadores que cuidam de idosos com independência funcional, apresentam maiores chances de menor sobrecarga (OR=5,50) quando comparados a cuidadores que cuidam de idosos com dependência modificada 2.

Tabela 13 - Fatores associados pela regressão logística, relacionados à menor sobrecarga do cuidador familiar de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011

VARIÁVEIS	Categorias	OR ajustados	p	Intervalos de confiança 95%	
Sexo do cuidador	Feminino	1,00	0,001	2,61	52,00
	Masculino	11,65			
Dependência do Idoso conforme MIF	Completa e modificada 1	1,00	0,001	3,33	84,25
	Independência	16,76			
Dependência do Idoso conforme MIF	Modificada 2	1,00	0,026	1,22	24,67
	Independência	5,50			

Portanto, ser cuidador familiar do sexo masculino, bem como estar cuidando de idoso classificado como independente pela MIF, demonstra forte associação com

a menor sobrecarga, onde os resultados foram estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

5.4 Rede e Apoio Social dos Cuidadores Familiares

Em relação à rede social, a tabela 14 aponta que 53,9% dos cuidadores familiares se sentem à vontade para falar quase tudo com até 3 parentes, porém 6,2% declara não se sentir à vontade com nenhum parente, a média foi de 3,44 parentes. Quanto aos amigos, 53,4% apresentam até 3 amigos com quem se sentem à vontade para falar sobre quase tudo, mas 18,0% referiu não se sentir à vontade com nenhum amigo, com média de 2,88 amigos.

Tabela 14 – Distribuição dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo características da rede social, Arapongas-Pr, 2011

CARACTERÍSTICAS	Status	Nº	%	Média	Desvio Padrão	Min. Máx.
Número de parentes íntimos				3,44	2,75	0 – 18
	Nenhum	11	6,2			
	1 a 3 parentes	96	53,9			
	4 a 6 parentes	56	31,5			
	+ de 7 parentes	15	8,4			
Número de amigos íntimos				2,88	2,84	0 – 17
	Nenhum	32	18,0			
	1 a 3 amigos	95	53,4			
	4 a 6 amigos	34	19,1			
	7 amigos e mais	17	9,5			
Frequência de atividades esportivas ou artísticas em grupo*	Sim	13	7,3			
	Não	165	92,7			
Participação em reuniões de associações, sindicatos ou partidos políticos*	Sim	07	3,9			
	Não	171	96,1			
Participação de trabalho voluntário não remunerado*	Sim	13	7,3			
	Não	165	92,7			

* Últimos 12 meses

De acordo com a tabela 14, percebe-se que os cuidadores familiares, em sua maioria, não frequentam atividades esportivas ou atividades em grupo (92,7%), não participam de reuniões de associações e sindicatos ou partidos políticos (96,1%) e também não participam de trabalho voluntário não remunerado (92,7%).

A tabela 14 ainda revela que quando verificadas as características da rede (número de parentes, número de amigos, participação em atividades esportivas, participação em reuniões e participação em trabalho voluntário), não houve associação entre a sobrecarga e as variáveis ligadas à rede.

No que se refere ao apoio social, a tabela 15 mostra os valores da mediana, média e desvio padrão dos escores de apoio social dos cuidadores, revelando que os escores relacionados ao apoio de interação social se apresentaram com a média mais baixa (50,4), enquanto que os escores de apoio afetivo se revelaram com os escores mais altos (82,8).

A confiabilidade do instrumento de apoio social foi avaliada pelo *alpha de Cronbach*, com resultado de 0,92, mostrando bom índice de consistência interna do instrumento para a amostra estudada.

Tabela 15 - Mediana, média e desvio padrão dos escores médio de apoio social dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011

	APOIO SOCIAL				
	Material	Emocional	Afetivo	Interação social	Informação
p50	70,0	70,0	86,7	45,0	70,0
Média	67,8	69,6	82,8	50,4	69,0
Desvio padrão	26,5	23,6	18,0	23,9	23,1

A tabela 16 mostra a média dos escores de apoio social associados à faixa etária do cuidador. Percebe-se que não houve diferenças significantes para os apoios material, emocional, afetivo e de informação, porém houve diferença estatisticamente significativa entre a faixa etária dos cuidadores para o apoio interação social, ou seja, cuidadores mais novos percebem mais apoio de interação social.

Tabela 16 - Média dos escores dos domínios de apoio social dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo faixa etária do cuidador, Arapongas-Pr, 2011

DOMÍNIOS APOIO SOCIAL	FAIXA ETÁRIA DO CUIDADOR (em anos)					TOTAL	p
	20 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 +		
Material	60,3	70,4	69,4	60,5	76,0	67,8	0,0861
Emocional	69,2	72,8	70,7	65,2	70,1	69,1	0,6106
Afetivo	90,4	84,3	81,2	51,7	71,5	82,8	0,1073
Interação social	63,6	52,9	51,7	44,4	46,3	64,6	0,0338*
Informação	77,5	70,5	71,5	65,0	64,6	69,0	0,2749

Teste de Kruskal-Wallis

(*) Significante

A tabela 17 mostra as médias dos escores dos domínios de apoio social em relação ao sexo do cuidador. Os dados revelam que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os sexos para o apoio emocional, apoio afetivo, apoio interação social e apoio informação, porém encontrou-se diferença significativa no apoio material em relação ao sexo, ou seja, cuidadores homens percebem mais apoio material.

Tabela 17 - Média dos escores dos domínios de apoio social dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo o sexo do cuidador, Arapongas-Pr, 2011

DOMÍNIOS APOIO SOCIAL	SEXO DO CUIDADOR		TOTAL	P
	Feminino	Masculino		
Material	66,1	83,8	67,8	0,0048*
Emocional	69,0	75,3	69,6	0,2017
Afetivo	83,1	80,4	82,8	0,5836
Interação social	50,0	53,8	50,4	0,5329
Informação	68,0	77,9	69,0	0,0643

Teste de Kruskal-Wallis

(*) Significante

A tabela 18 informa as médias dos escores dos domínios de apoio social relacionada à sobrecarga do cuidador. Os dados apresentados revelam que os cuidadores que percebem mais apoio material ($p=0,0026$), mais apoio afetivo ($p=0,0090$) e de melhores níveis de apoio de interação social ($p=0,0741$) apresentam menor sobrecarga.

Tabela 18 - Média dos escores dos domínios de apoio social dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo sobrecarga do cuidador, Arapongas-Pr, 2011

DOMÍNIOS APOIO SOCIAL	SOBRECARGA DO CUIDADOR				p
	Pequena	Moderada	Moderada a severa e severa	TOTAL	
Material	79,1	64,8	62,0	67,8	0,0026*
Emocional	75,8	67,8	66,7	69,6	0,0736
Afetivo	88,2	80,5	82,7	82,8	0,0090*
Interação social	62,2	46,8	45,5	50,4	0,0011*
Informação	74,3	67,6	66,1	69,0	0,0741

Teste de Kruskal-Wallis

(*) Significante

De acordo com a tabela 18, percebe-se ainda que não houve diferença estatisticamente significativa para o apoio emocional e de informação em relação à sobrecarga do cuidador.

5.5 Qualidade de Vida dos Cuidadores Familiares

Na tabela 19, os dados se referem às duas primeiras questões do WHOQOL-bref, relacionadas à qualidade de vida geral. Quando questionados sobre a percepção de sua qualidade de vida, os cuidadores apresentaram escores médios de 59,97 (questão 1). Indagados sobre a satisfação com sua saúde, os escores médios se mostraram com 59,13 (questão 2). Portanto, o índice geral de qualidade de vida mostrou-se com escore médio de 59,55.

Tabela 19 - Medidas descritivas das questões 1 e 2 do WHOQOL-bref dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011

QUESTÕES 1 e 2	Escore médio	dp
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	59,97	18,66
2. Quão satisfeito (a) você está com sua saúde?	59,13	22,49
Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV)	59,55	17,88

Na tabela 20, encontram-se a frequência de respostas das duas primeiras questões do WHOQOL-bref, podendo ser observado que a maioria dos cuidadores familiares, na avaliação subjetiva da qualidade de vida, considera a mesma nem ruim nem boa (45,5%) e boa (44,4%). Com relação à satisfação com a saúde, os cuidadores, em sua maioria, referiram estar satisfeitos (51,7%) seguido de nem satisfeitos nem insatisfeitos (26,4%).

Tabela 20 - Número e percentagem de cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo as questões de qualidade de vida geral e satisfação com a saúde, Arapongas-Pr, 2011

QUESTÃO	RESPOSTA	N °	%
1. COMO VOCÊ AVALIARIA SUA QUALIDADE DE VIDA?	1 - Muito Ruim	5	2,8
	2 – Ruim	8	4,5
	3 - Nem ruim nem boa	81	45,5
	4 - Boa	79	44,4
	5 - Muito boa	5	2,8
2. QUÃO SATISFEITO VOCÊ ESTÁ COM SUA SAÚDE?	1- Muito insatisfeito	6	3,4
	2 – Insatisfeito	27	15,2
	3 - Nem satisfeito nem insatisfeito	47	26,4
	4 - Satisfeito	92	51,7
	5 - Muito satisfeito	6	3,4

A tabela 21 apresenta a mediana, o desvio padrão, bem como a média dos escores dos domínios de qualidade de vida, calculada em uma escala de 0 a 100. Percebe-se que o domínio Social (65,0) e Físico (62,1) apresentaram os melhores escores, sendo que os domínios meio ambiente (56,1) e domínio psicológico (57,3) foram os que apresentaram a menor média em relação aos outros domínios e também em relação ao índice geral de qualidade de vida.

A confiabilidade do instrumento de qualidade de vida foi avaliada pelo *alpha de Cronbach*, sendo que se apresentou com resultado de 0,87, demonstrando bom índice de consistência interna para a população deste estudo.

Tabela 21 – Mediana, média e desvio padrão dos escores de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, Araçatuba-Pr, 2011

	DOMÍNIOS QUALIDADE DE VIDA				
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente	IGQV
P50	64,3	58,3	66,7	56,3	62,50
Média	62,1	57,3	65,0	56,1	59,55
Desvio padrão (dp)	14,6	14,1	12,6	10,1	17,88

Para melhor compreensão dos domínios de qualidade de vida, considerou-se a necessidade de visualização das facetas relacionadas a cada domínio. O quadro 3 mostra os escores médios das facetas em cada domínio, onde se pode perceber que, no domínio físico, a faceta dor e desconforto, dependência de medicação ou de tratamento e sono e repouso foram as que apresentaram os piores escores. No domínio psicológico, as facetas sentimentos positivos e sentimentos negativos foram as que os cuidadores apresentaram menores escores, enquanto que no domínio relações sociais, a atividade sexual foi a mais comprometida. Para o domínio meio ambiente, as facetas de recreação e lazer e de recursos financeiros foram as que apresentaram menores escores.

DOMÍNIOS	FACETAS	ESCORE MÉDIO
FÍSICO	Dor e desconforto	34,69
	Energia e fadiga	56,88
	Sono e repouso	50,84
	Mobilidade	71,35
	Atividades da vida cotidiana	62,22
	Dependência de medicação ou de tratamentos	34,27
	Capacidade de trabalho	62,22
PSICOLÓGICO	Sentimentos positivos	31,04
	Pensar, aprender, memória e concentração	57,16
	Autoestima	70,93
	Imagem corporal e aparência	61,38
	Sentimentos negativos	45,08
	Espiritualidade/religião/crenças pessoais	68,40
RELAÇÕES SOCIAIS	Relações pessoais	70,37
	Suporte e apoio pessoal	71,77
	Atividade Sexual	52,95
MEIO AMBIENTE	Segurança física e proteção	60,96
	Ambiente do lar	72,61
	Recursos financeiros	40,59
	Cuidados de Saúde	57,58
	Novas informações e habilidades	56,04
	Recreação e lazer	25,98
	Ambiente físico	70,79
	Transporte	64,19

Quadro 3 - Escores médios das facetas dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011

Para as associações com as variáveis do cuidador, foi utilizada neste estudo, a média dos escores de cada domínio de qualidade de vida. A tabela 22 mostra a relação dos domínios com a faixa etária do cuidador cujos dados revelaram uma associação estatisticamente significativa para o domínio físico em cuidadores mais jovens, ou seja, cuidadores mais jovens apresentam melhores escores no domínio físico de qualidade de vida ($p=0,013$).

Tabela 22 - Média dos domínios de qualidade de vida segundo faixa etária dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011

DOMÍNIOS QV	FAIXA ETÁRIA DO CUIDADOR (em anos)					TOTAL	p
	20 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 +		
Físico	67,7	66,0	61,6	59,4	58,5	62,1	0,013*
Psicológico	59,3	58,3	56,1	57,0	57,0	57,3	0,706
Relações Sociais	68,1	65,8	61,8	66,3	65,0	65,0	0,432
Meio Ambiente	57,5	54,3	55,5	57,4	56,5	56,1	0,587

Teste de Kruskal-Wallis

(*) Significante

Na tabela 23, os dados se referem à associação da média dos escores dos domínios de qualidade de vida de acordo com o sexo do cuidador, em que se percebe que a mulher cuidadora apresenta piores escores em todos os domínios de qualidade de vida em relação aos homens cuidadores, porém com significância para o domínio psicológico ($p=0,004$).

Tabela 23 - Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo sexo do cuidador, Arapongas-Pr, 2011

DOMÍNIOS QUALIDADE DE VIDA	SEXO DO CUIDADOR		TOTAL	P
	Feminino	Masculino		
Físico	61,4	68,3	62,1	0,057
Psicológico	56,4	65,9	57,3	0,004*
Relações Sociais	64,5	69,6	65,0	0,153
Meio Ambiente	55,0	58,6	56,1	0,256

Teste de Mann-Whitney

(*) Significante

A tabela 24 mostra a relação das médias dos domínios de qualidade de vida em relação ao recebimento ou não de ajuda para o cuidado, referida pelo cuidador, cujos dados revelaram que em todos os domínios de qualidade de vida, as médias dos escores apresentam-se com valores menores quando o cuidador não recebe ajuda, porém, apresenta-se estatisticamente significativa para o domínio relações

sociais, revelando que cuidadores que não recebem ajuda para o cuidado apresentam pior qualidade de vida no domínio relações sociais ($p=0,0060$).

Tabela 24 - Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo receber ou não ajuda, Arapongas-Pr, 2011

DOMÍNIOS QUALIDADE DE VIDA	RECEBE AJUDA		TOTAL	p
	SIM	NÃO		
Físico	63,7	60,2	62,1	0,1284
Psicológico	57,5	57,1	57,3	0,8502
Relações Sociais	67,2	62,6	65,0	0,0060*
Meio Ambiente	57,0	55,1	56,1	0,2963

Teste de Mann-Whitney
(*) Significante

A tabela 25 mostra as médias dos domínios de qualidade de vida de cuidadores em relação ao recebimento de orientações para o cuidado. Os dados mostram que todos os domínios apresentam médias menores quando o cuidador não recebeu orientação, sendo que se mostrou estatisticamente significativa para os domínios físico ($p=0,0006$), psicológico ($p=0,0161$) e relações sociais ($p=0,0000$), ou seja, cuidadores que não receberam orientação para o cuidado, apresentam piores níveis de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e, principalmente, no domínio relações sociais.

Tabela 25 - Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo receber ou não orientação, Arapongas-Pr, 2011

DOMÍNIOS QUALIDADE DE VIDA	RECEBEU ORIENTAÇÃO		TOTAL	p
	SIM	NÃO		
Físico	69,5	60,5	62,1	0,0006*
Psicológico	61,8	56,3	57,3	0,0161*
Relações Sociais	71,8	63,6	65,0	0,0000*
Meio Ambiente	58,0	55,7	56,1	0,2259

Teste de Mann-Whitney
(*) Significante

Os dados da tabela 26 mostram os escores médios dos domínios de qualidade de vida em relação à presença de doenças diagnosticadas nos cuidadores. Percebe-se que todos os escores de qualidade de vida são maiores quando o cuidador refere não apresentar doenças diagnosticadas. No entanto, quando o cuidador relata apresentar alguma doença diagnosticada, apresentam pior qualidade de vida, sendo estatisticamente significativa nos domínios físico ($p=0,0000$), psicológico ($p=0,0000$) e meio ambiente ($p=0,0379$).

Tabela 26 - Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo doença/lesão no cuidador, Araçatuba-Pr, 2011

DOMÍNIOS QUALIDADE DE VIDA	DOENÇA/LESÃO NO CUIDADOR			p
	SIM	NÃO	TOTAL	
Físico	58,4	74,8	62,1	0,0000*
Psicológico	55,2	64,6	57,3	0,0000*
Relações Sociais	64,4	67,3	65,0	0,3588
Meio Ambiente	55,4	58,6	56,1	0,0379*

Teste de Mann-Whitney
(*) Significante

A tabela 27 mostra a relação com a escolaridade e a média dos escores dos domínios de qualidade de vida do cuidador. Percebe-se uma relação estatisticamente significativa em relação ao domínio físico ($p=0,0011$), ou seja, quanto menor a escolaridade de cuidadores de idosos que apresentam incapacidade funcional, pior a qualidade de vida no domínio físico destes cuidadores.

Tabela 27 - Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo escolaridade do cuidador, Arapongas-Pr, 2011

DOMÍNIOS QUALIDADE DE VIDA	ESCOLARIDADE DO CUIDADOR*				TOTAL	p
	Nenhuma	1 a 4	5 a 8	9 e +		
Físico	55,4	60,1	64,1	68,6	62,1	0,0011**
Psicológico	53,3	56,7	58,0	60,4	57,3	0,1794
Relações Sociais	62,7	64,3	66,3	66,9	65,0	0,6987
Meio Ambiente	53,5	56,0	56,0	58,1	56,1	0,4433

*Em anos de estudo
 Teste de Kruskal-Wallis
 (**) Significante

A tabela 28 mostra a alteração na média dos domínios de qualidade de vida quando o cuidador, além de desempenhar as funções de cuidar de um idoso com alteração na capacidade funcional, possuía um emprego remunerado fora de casa.

Percebe-se que em cuidadores aposentados e que não apresentavam emprego remunerado, as médias do domínio físico apresentaram-se com menores escores e com significância ($p=0,0206$). Observa-se que apesar dos escores relacionados ao domínio psicológico, relações sociais e meio ambiente não apresentarem significância, percebe-se que os melhores escores estão presentes em cuidadores que apresentam emprego remunerado.

Tabela 28 - Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo emprego remunerado do cuidador, Arapongas-Pr, 2011

DOMÍNIOS QUALIDADE DE VIDA	EMPREGO REMUNERADO			TOTAL	p
	SIM	NÃO	APOSENTADO		
Físico	69,3	63,0	57,8	62,1	0,0206*
Psicológico	60,8	57,0	57,0	57,3	0,6228
Relações Sociais	65,6	65,2	64,5	65,0	0,7556
Meio Ambiente	55,8	55,5	57,5	56,1	0,6064

Teste de Kruskal-Wallis
 (*) Significante

A tabela 29 revela a relação dos domínios de qualidade de vida e as horas dispensadas ao cuidado por dia. Percebe-se uma relação estatisticamente significativa no domínio físico de qualidade de vida, ou seja, quanto mais horas dispensadas no dia para cuidar de idosos com incapacidade funcional, pior a qualidade de vida no domínio físico do cuidador ($p=0,0339$).

Tabela 29 - Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo horas de cuidado, Arapongas-Pr, 2011

DOMÍNIOS QUALIDADE DE VIDA	HORAS CUIDADO*				TOTAL	P
	1 a 6	7 a 12	13 a 18	19 e +		
Físico	63,2	66,0	60,0	58,8	62,1	0,0339**
Psicológico	58,0	61,3	54,8	54,6	57,3	0,0536
Relações Sociais	66,5	67,2	62,0	64,3	65,0	0,1117
Meio Ambiente	57,5	57,0	55,4	54,5	56,1	0,3827

* Número de horas dispensadas ao cuidado por dia.

Teste de Kruskal-Wallis

(**) Significante

A tabela 30 mostra a relação dos domínios de qualidade de vida com a classe econômica segundo a ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa). Quanto menor o poder de compra, estabelecido pela menor classe econômica, pior a qualidade de vida nos domínios físico ($p=0,0205$), psicológico ($p=0,0451$) e meio ambiente ($p=0,0006$).

Tabela 30 - Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo classe econômica do cuidador, Arapongas-Pr, 2011

DOMÍNIOS QUALIDADE DE VIDA	CLASSE ECONÔMICA*			TOTAL	p
	A/B	C	D/E		
Físico	67,9	60,8	60,5	62,1	0,0205**
Psicológico	62,4	55,7	57,7	57,3	0,0451**
Relações Sociais	64,4	65,6	62,6	65,0	0,4853
Meio Ambiente	61,2	55,8	52,0	56,1	0,0006**

* Classificação segundo a ABEP

Teste de Kruskal-Wallis

(**) Significante

Na análise bivariada da qualidade de vida do cuidador segundo a dependência do idoso, percebe-se que não houve evidência de diferenças estatisticamente significante ($p < 0,05$). No entanto, observa-se que em todos os domínios, os escores mais altos de qualidade de vida do cuidador foram apresentados quando o idoso foi classificado como independente, conforme mostra a tabela 31.

Tabela 31 - Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo MIF, Arapongas-Pr, 2011

DOMÍNIOS QUALIDADE DE VIDA	MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)				p
	Completa/ Modificada 1	Modificada 2	Independência	TOTAL	
Físico	62,2	61,2	65,1	62,1	0,4542
Psicológico	55,8	57,8	62,3	57,3	0,2630
Relações Sociais	65,0	63,8	70,4	65,0	0,1206
Meio Ambiente	55,2	56,3	59,7	56,1	0,1358

Teste de Kruskal-Wallis

A tabela 32 mostra a relação dos domínios de qualidade de vida com a sobrecarga. Observa-se uma relação estatisticamente significante em todos os domínios de qualidade de vida, ou seja, quanto maior a sobrecarga menor a qualidade de vida no domínio físico ($p=0,0001$), no domínio psicológico ($p=0,0001$), no domínio relações sociais ($p=0,0112$) e no domínio meio ambiente ($p=0,0009$).

Tabela 32 - Média dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo a sobrecarga do cuidador, Arapongas-Pr, 2011

SOBRECARGA	DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Meio Ambiente
Pouca	70,0	68,0	69,5	61,0
Moderada	60,3	55,4	64,0	54,7
Moderada a severa e severa	56,8	48,7	62,2	53,6
TOTAL	62,1	57,3	65,0	56,1

Valor p: Teste de X^2

0,0001*

0,0001*

0,0112*

0,0009*

(*) Significante

A tabela 33 mostra as variáveis relacionadas com a rede social e a qualidade de vida do cuidador. Quando associado à rede de amigos com a qualidade de vida, ou seja, com quantos amigos o cuidador se sentia a vontade para falar sobre quase tudo, verificou-se que em todos os domínios, os escores foram menores em cuidadores que apresentavam nenhum amigo, porém, sem associação estatisticamente significativa.

Tabela 33 - Escores médios dos domínios de qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos com incapacidade funcional segundo rede social do cuidador, Araçatuba-Pr, 2011

VARIÁVEIS REDE SOCIAL	DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA			
	Físico	Psicológico	Relações Sociais	Ambiente
Número amigos				
Nenhum	57,5	52,9	59,9	54,7
1 a 3	63,5	57,8	65,5	55,2
3 e +	62,4	59,2	67,3	58,6
Total	62,1	57,3	65,0	56,1
Valor de p Teste Kruskal-Wallis	0,2401	0,1221	0,1127	0,1939
Número de Parentes				
Nenhum	59,4	47,3	56,1	48,6
1 a 3	61,9	57,3	64,6	54,6
3 e +	62,8	58,8	67,0	59,2
Total	62,1	57,3	65,0	56,1
Valor p Teste Kruskal-Wallis	0,7832	0,0708	0,0521	0,0002*
Participação em grupos**				
Sim	70,3	66,0	65,4	61,3
Não	61,3	56,6	65,0	55,7
Total	62,1	57,3	65,0	56,1
Valor p Teste Mann-Whitney	0,0200*	0,0232*	0,8186	0,0785
Participação em Reuniões				
Associação**				
Sim	66,3	60,7	63,1	54,0
Não	61,9	57,2	65,1	56,2
Total	62,1	57,3	65,0	56,1
Valor p Teste Mann-Whitney	0,4663	0,4102	0,8826	0,8744
Participação trabalho voluntário**				
Sim	69,8	58,3	67,9	59,1
Não	61,5	57,2	64,8	55,9
Total	62,1	57,3	65,0	56,1
Valor p Teste Mann-Whitney	0,0403*	0,8309	0,2762	0,2100

(*) Significante

(**) Nos últimos 12 meses

No entanto, conforme a tabela 33, quando relacionado à qualidade de vida com a rede de parentes, os dados revelaram que cuidadores que podem contar com uma rede de parentes apresentaram melhores níveis de qualidade de vida relacionados ao domínio meio ambiente ($p=0,0002$).

Quanto à participação do cuidador, nos últimos doze meses, em grupos de práticas esportivas ou atividades artísticas, os dados da tabela 33 revelaram que cuidadores que não participam de tais atividades nos últimos doze meses apresentaram pior qualidade de vida nos domínios físico ($p=0,0200$) e psicológico ($p=0,0232$).

Por outro lado, participar ou não participar de reuniões de associações parece não influenciar na qualidade de vida dos cuidadores. Porém, percebe-se, de acordo com a tabela 33, que cuidadores que participam de trabalhos voluntários não remunerados apresentam melhores níveis de qualidade de vida relacionados ao domínio físico ($p=0,0403$).

A tabela 34 mostra os resultados da análise multivariada de acordo com a regressão logística, utilizando a razão de chances (OR ajustado), e revela os fatores relacionados à melhor qualidade de vida no domínio físico.

Tabela 34 - Fatores associados pela regressão logística relacionados à melhor qualidade de vida no domínio físico do cuidador familiar de idoso com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011

FATORES	Categorias	OR ajustados	Valor de p	Intervalos de confiança 95%
Sobrecarga	Moderada a severa	1,00	0,003	1,90 - 22,26
	Pouca	6,52		
Doença no cuidador	Sim	1,00	0,001	6,24 - 117,31
	Não	27,06		
Estado civil do cuidador	Não solteiro	1,00	0,026	1,59 - 45,03
	Solteiro	8,47		

Percebe-se que, conforme a tabela 34, cuidadores familiares que cuidam de idosos com incapacidade funcional apresentaram maiores chances de melhor qualidade de vida no domínio físico quando apresentam pouca/nenhuma sobrecarga

(OR: 6,52), se comparados a cuidadores que apresentam moderada a severa sobrecarga.

A tabela 34 ainda revela que cuidadores que não relatam apresentar doença diagnosticada possuem maiores chances de melhor qualidade de vida no domínio físico (OR=27,06), quando comparados a cuidadores que apresentam alguma doença diagnosticada.

A situação conjugal mostrou-se também como preditora de melhor qualidade de vida, em que, de acordo com a tabela 34, cuidadores que se encontram na condição de solteiros apresentam maiores chances de melhor qualidade de vida (OR=8,47) quando comparados a cuidadores na condição de não solteiros.

A tabela 35 revela os valores do OR ajustado referente a fatores associados à melhor qualidade de vida no domínio psicológico. Os dados mostram que os cuidadores deste estudo apresentam maior chance de qualidade de vida no domínio psicológico quando apresentam pouca/nenhuma sobrecarga (OR= 5,61) quando comparados a cuidadores com moderada a severa sobrecarga.

A tabela 35 ainda mostra que cuidadores que percebem melhores níveis de apoio de interação social, apresentam maiores chances de melhor qualidade de vida (OR= 3,21) quando comparados a cuidadores com piores níveis de apoio de interação social.

Tabela 35 - Fatores associados pela regressão logística relacionados à melhor qualidade de vida no domínio psicológico do cuidador familiar de idosos com incapacidade funcional, Arapongas-Pr, 2011

FATORES	Categorias	OR ajustados	Valor de p	Intervalos de confiança 95%
Sobrecarga	Moderada a severa	1,00	0,007	1,59 - 19,78
	Pouca/nenhuma	5,61		
Apoio Interação Social	Abaixo da Mediana	1,00	0,026	1,15 - 8,96
	Acima da Mediana	3,21		
Doença no cuidador	Sim	1,00	0,001	2,31 - 24,21
	Não	7,47		
Estado civil do cuidador	Não solteiro	1,00	0,021	1,31 - 27,39
	Solteiro	6,00		

Neste estudo, de acordo com a tabela 35, os cuidadores que não relatam alguma doença diagnosticada, apresentam maiores chances de melhor qualidade de vida (OR= 7,47) quando comparados a cuidadores que referem alguma doença diagnosticada.

No domínio psicológico, como mostra a tabela 35, os cuidadores na condição de solteiros apresentam maiores chances de melhor qualidade de vida (OR=6,00) quando comparados a cuidadores na condição de não solteiros.

A tabela 36 mostra o OR ajustado dos fatores relacionados à melhor qualidade de vida no domínio relações sociais do cuidador familiar de idosos com incapacidade funcional. Observa-se, então, que cuidadores que percebem apoio de informação com escores acima da mediana, apresentam maiores chances de melhor qualidade de vida (OR=3,73), quando comparados a cuidadores que percebem o apoio social com escores abaixo da mediana.

A tabela 36 ainda revela que cuidadores que recebem orientação para as atividades de cuidar do idoso, apresentam maiores chances de apresentar melhor qualidade de vida no domínio relações sociais (OR= 4,54), quando comparados a cuidadores que não recebem orientação para cuidar.

Tabela 36 - Fatores associados pela regressão logística relacionados à melhor qualidade de vida no domínio relações sociais do cuidador familiar de idosos com incapacidade funcional, Arapongas, 2011

FATORES	Categorias	OR ajustados	Valor de p	Intervalos de confiança 95%
Apoio de Informação	Abaixo da Mediana	1,00	0,049	1,01 - 13,86
	Acima da Mediana	3,73		
Orientação para cuidar	Não	1,00	0,024	1,22 - 16,83
	Sim	4,54		

A tabela 37 se refere aos fatores relacionados à maior chance de apresentar melhores níveis de qualidade de vida para o domínio meio ambiente. Os dados revelam que cuidadores da classe A/B quando comparados a cuidadores da classe

social D/E, apresentam maior chance de melhor qualidade de vida no domínio meio ambiente (OR= 53,60). Da mesma forma, os cuidadores da classe social A/B apresentam mais chance de melhor qualidade de vida no domínio ambiental (OR=9,04) quando comparados com os cuidadores da classe social C.

Tabela 37 - Fatores associados pela regressão logística relacionados à melhor qualidade de vida no domínio meio ambiente do cuidador familiar de idosos com incapacidade funcional, Arapongas, 2011

FATORES	Categorias	OR ajustados	Valor de p	Intervalos de confiança 95%
Classe Social (Critério Brasil)	Classes D/E	1,00	0,001	7,82 - 367,22
	Classes A/B	53,60		
Classe Social (Critério Brasil)	Classe C	1,00	0,004	2,05 - 39,95
	Classe A/B	9,04		
Rede social – Número de parentes	0 a 3 parentes	1,00	0,017	1,22 - 7,69
	4 e + parentes	3,07		
Doença no cuidador	Sim	1,00	0,013	1,38 - 14,79
	Não	4,51		
Estado civil do cuidador	Não solteiro	1,00	0,007	1,79 - 38,26
	Solteiro	8,28		

Os dados da tabela 37 ainda revelam que cuidadores com uma rede social de quatro ou mais parentes demonstraram maiores chances de melhor qualidade de vida no domínio meio ambiente quando comparados com cuidadores que possuem em sua rede três ou menos parentes (OR= 3,07). Os dados também indicam que cuidadores que não referem doença diagnosticada, apresentam maiores chances de melhor qualidade de vida no domínio meio ambiente quando comparados a cuidadores que apresentam doenças diagnosticadas (OR= 4,51). Outro fator que colaborou com melhores chances de qualidade de vida no domínio meio ambiente foi o estado civil, em que cuidadores familiares na condição de solteiros apresentam maiores chances de melhor qualidade de vida no domínio meio ambiente (OR=8,28) quando comparados a cuidadores na condição de não solteiro.

6. DISCUSSÃO

Neste tópico, inicia-se a discussão dos resultados referentes à caracterização sociodemográfica dos idosos com incapacidade funcional, bem como a caracterização sociodemográfica e econômica de seus cuidadores, além da avaliação da rede e apoio social, sobrecarga e qualidade de vida dos cuidadores de idosos com incapacidade funcional.

6.1 Perfil dos Idosos com Incapacidade Funcional

Neste estudo, participaram 178 idosos de ambos os sexos. Evidenciou-se o predomínio de mulheres idosas com incapacidade funcional (57,3%), dados que corroboram os estudos na literatura nacional e internacional (ALVES et al., 2007; AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; FIEDLER; PERES, 2008; FHON, 2011; GIACOMIN et al., 2008; GLOZMAN, 2004; GONÇALVES et al., 2011; GRUNDY, 2003; MOREIRA et al., 2011; RICARTE, 2009; SILVA; SILVA; BOUSSO, 2010; TORRES et al., 2009).

Salgado (2002) adverte que há maior proporção de idosas mulheres no grupo populacional acima de 60 anos, e este fato gera uma desigualdade de gênero na expectativa de vida, pois mulheres vivem, em média, sete anos mais do que os homens, o que a coloca exposta e susceptível à dependência funcional (CAMARANO; EL GHAOURI, 1999; FARINASSO, 2005; FIEDLER; PERES, 2008; GLOZMAN, 2004; GRUNDY, 2003; OLIVEIRA-CAMPOS; CERQUEIRA; RODRIGUES NETO, 2011; TORRES et al., 2009).

A faixa etária predominante entre os idosos com dependência funcional foi a de 80 anos ou mais, identificando-se, então, uma população de idosos mais velhos. A média de idade dos idosos participantes do estudo foi de 79,9 anos, sendo a média no sexo feminino de 81,9 anos, enquanto no sexo masculino a média apresentou-se em 77,2 anos. Os dados encontrados neste estudo são semelhantes a alguns estudos na literatura (GRATÃO, 2010; MACHADO, 2010; RICARTE, 2009; TORRES et al., 2009).

No que se refere ao estado civil, houve o predomínio de viúvos(as) (51,7%), com proporção maior desta situação entre as mulheres. Várias pesquisas

encontraram dados semelhantes (FARINASSO, 2005; MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006; RICARTE, 2009; SALGADO, 2002; TORRES et al., 2009).

Salgado (2002) refere que algumas razões poderiam explicar a maior proporção de viúvas, onde, por tradição, a mulher tende a se casar com homens mais velhos do que ela, o que, associado a uma mortalidade masculina maior do que a feminina, aumenta a probabilidade de sobrevivência da mulher em relação ao seu cônjuge. O autor relata ainda que outra explicação deste fenômeno se refere ao fato dos homens viúvos voltarem a se casar depois de enviudar, em uma proporção bem maior do que as mulheres nesta mesma condição.

No tocante à escolaridade dos idosos, verificou-se que 93,8% apresentaram menos de quatro anos de estudo, com uma proporção de 51,1% de idosos que não estudaram. Resultados semelhantes foram encontrados por diversos autores em que predominou o analfabetismo seguido de ensino fundamental incompleto (LIMA, 2010; MARQUES; RODRIGUES; KUSUMOTA, 2006; RICARTE, 2009; SILVA; SILVA; BOUSSO, 2010; TORRES et al., 2009).

Considera-se que, possivelmente, essa baixa escolaridade dos idosos, seja reflexo da alfabetização nos anos 20-40 do século passado, pois não havia tanta cobrança no nível escolar, tanto para os homens quanto para as mulheres e, ainda, o papel atribuído às mulheres na sociedade era casar, ter filhos, cuidar da casa e, via de regra, não eram estimuladas ao estudo (MENEZES; LOPES; MARUCCI, 2007).

A baixa escolaridade encontrada reflete uma desigualdade social decorrente da falta de acesso à educação aos idosos, e reforça a necessidade de que estratégias de educação em saúde sejam desenvolvidas para esta clientela, visto que baixos níveis de escolaridade se constituem em maiores riscos para o aparecimento de doenças. Em um estudo para determinar os fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, os autores encontraram uma maior prevalência de dependência entre os idosos com menor escolaridade (GIACOMIN et al., 2008).

Dentre as patologias relacionadas com o principal motivo de dependência funcional no idoso, prevaleceram com maior frequência o Acidente Vascular Encefálico (AVE), as causas externas, principalmente as quedas e a doença de Alzheimer. Dados semelhantes foram encontrados por Amendola, Oliveira, Alvarenga (2008), Moreira et al., (2011) e Ricarte (2009).

O AVE é altamente prevalente no Brasil e está associado aos altos índices de morbidade, mortalidade e também de incapacidade, apresentando-se como um importante problema de saúde pública, pois além de gerar custo para o idoso e família, onera também o sistema de saúde pelos elevados custos financeiros de hospitalização e reabilitação (REIS et al., 2008).

Castro et al. (2009) reforça que o risco de AVE começa a aumentar após os 60 anos e dobra a cada década de vida, sendo que a hipertensão arterial se apresenta como o principal fator de risco modificável.

Dentre os principais motivos que levou o idoso à dependência funcional, as causas externas, principalmente as quedas, também se mostraram relevantes. Cerca de 30% das pessoas idosas apresentam quedas a cada ano, sendo que essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos. Dos idosos que caem, cerca de 2,5% requerem hospitalizações e desses, apenas metade sobreviverá após um ano (BRASIL, 2007).

Reforça-se que apesar dos riscos para quedas estarem relacionados a vários fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais, este evento se apresenta como sinalizador do início do declínio da capacidade funcional, ou ainda como um sintoma de uma nova doença (BUKSMAN et al., 2008).

Em um estudo para determinar a prevalência de queda em idosos e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade, na cidade de Ribeirão Preto, Fhon (2011) encontrou que as consequências físicas da queda foram dificuldade para andar e isolamento, enquanto que as consequências psicológicas foram medo de cair novamente, ansiedade, isolamento social e depressão.

Portanto, com o avanço da idade, aumenta-se a vulnerabilidade às causas externas, que podem resultar em graus variados de lesões levando a alterações na capacidade funcional e riscos de morte (MATHIAS; MELLO-JORGE; ANDRADE, 2006). Neste contexto, o aumento de agravos relacionados às causas externas, deve ser objeto de preocupação e discussão entre os gestores e profissionais da saúde (GAWRYSZEWSKI; KOEZUMI; MELLO-JORGE; KOIZUMI, 2004). Ressalta-se que as informações sobre esses eventos constituem elementos importantes para o monitoramento de sua tendência e planejamento de intervenções voltadas para a sua redução (MELLO-JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2002).

É de extrema importância ressaltar que as quedas podem levar a uma diminuição da capacidade funcional, e que, além de danos psicológicos e sociais,

podem levar a consequências econômicas para o idoso, família e sistemas de saúde, aumentando custos relacionados à atenção à saúde e, ainda, a necessidade de cuidado (FHON, 2011).

Outro motivo relacionado à incapacidade funcional dos idosos, encontrado neste estudo, foi a Doença de Alzheimer (DA). Esta patologia é a mais frequente forma de demência e é caracterizada por diminuição progressiva das habilidades funcionais, comportamentais e cognitivas (ALLEGRI et al., 2007). Em pesquisa feita em Catanduva (SP - Brasil), 7,1% das pessoas com 65 anos ou mais apresentavam demência, sendo que DA foi diagnosticada em 55,1% desses casos (VILELA; CARMELLE, 2006).

A Doença de Alzheimer apresenta-se prevalente após os 65 anos de idade, e caracteriza-se como um processo neurodegenerativo, progressivo que se relaciona com a idade. Apresenta um quadro clínico caracterizado por alterações comportamentais e cognitivas, como: o comprometimento da memória, do pensamento e do raciocínio (CRUZ; HANDAM, 2008).

Por sua característica degenerativa e progressiva, gera cada vez mais dependência e necessidades de cuidados especiais. A perda da dependência necessita de alguém para ajudar na realização das atividades básicas da vida diária, sendo que, na maioria das vezes, a ajuda advém da própria família.

Estudos têm demonstrado uma forte relação entre a demência do tipo Alzheimer e a capacidade para realização das atividades da vida diária, e que, mesmo em estágios da doença considerados leves, houve comprometimento destas atividades (LIU et al., 2007; TALMELLI, 2009).

A classificação dos idosos segundo o grau de dependência, de acordo com a MIF, demonstrou que a população estudada concentrou-se na classificação de dependência modificada 1, necessitando de assistência em até 50% das tarefas (46,7%) e de dependência modificada 2, ou seja, necessitando de assistência em até 25% das tarefas. Os dados encontrados foram semelhantes aos estudos de Amendola, Oliveira, Alvarenga (2008) e Moreira et al. (2011).

Porém, no tocante ao sexo, através da ANOVA, os dados revelaram que não houve diferença estatisticamente significativa em relação à MIF total e a idade do idoso, entretanto mostrou-se significativamente maior para a MIF total em mulheres.

Os dados corroboram Fledler e Peres (2008) em que os autores identificaram que a incapacidade é encontrada com mais frequência no sexo

feminino. Os dados se apresentaram discordantes aos estudos de Rodrigues et al. (2009) em uma revisão sistemática sobre gênero e incapacidade funcional em idosos, cujos autores concluíram que, após ajuste dos fatores socioeconômicos, de saúde e indicadores de relações sociais, a incidência de incapacidade foi similar em ambos os sexos. Santos (2003) obteve um resultado semelhante, verificando que a diferença de incapacidade funcional entre sexos é praticamente inexistente quando se considera o total das idades.

Pode-se considerar que capacidade funcional se apresenta como um novo paradigma de atenção à saúde da população idosa e se constitui em um grande desafio para os profissionais de saúde, na busca de um envelhecimento saudável (KAWASAKI: DIOGO, 2007).

Portanto, a MIF se apresenta como uma das ferramentas para elucidar a necessidade de cuidados exigidos, bem como para relacionar a qualidade de vida quando esta for determinada a partir das atividades de vida diária e ainda na recuperação da funcionalidade quando utilizada em diferentes momentos aos mesmos indivíduos (SILVEIRA et al., 2011).

6.2 Perfil dos Cuidadores de Idosos com Incapacidade Funcional

No tocante às características do cuidador familiar deste estudo, os resultados deste trabalho apontam que são predominantemente do sexo feminino (90,4%). Os dados são concordantes com os encontrados na literatura tanto nacional quanto internacional (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; CASSIS et al., 2007; GONÇALVES et al., 2006; GRATÃO, 2010; GUEDEA et al., 2009; MOREIRA et al., 2011; MORIMOTO; SCHREINER; ASANO, 2003; NARDI; OLIVEIRA, 2008; ORSO, 2008; RICARTE, 2009; SANTOS, 2010; SILVA; SILVA; BOUSSO, 2010; YAMASHITA et al., 2010).

Apesar da maior inserção da mulher no mercado de trabalho, os dados reforçam que o papel de cuidadora principal continua sendo designado ao sexo feminino. Portanto, a mulher assume o cuidado a um ente dependente, sendo este papel determinado, historicamente, por normas sociais e culturais (KARSCH, 2003).

No entanto, a situação encontrada é preocupante, pois o cuidador pode estar sendo responsabilizado ainda por outras atividades que não só as dedicadas ao idoso dependente, visto que, culturalmente, a mulher ainda assume cuidados relacionados ao âmbito familiar e se encontra, cada vez mais, inserida no mercado de trabalho.

A média de idade dos cuidadores familiares deste estudo foi de 56,7 anos, o que se aproxima da média de idade encontrada em outros estudos (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; GRATÃO, 2010; MOREIRA et al., 2011; RONDINI et al., 2011; SILVA; SILVA; BOUSSO, 2010; SANTOS, 2010; YAMASHITA et al., 2010).

No entanto, quando analisada a faixa etária do cuidador, verificou-se que 45,4% deles se encontram com idade igual ou acima de 60 anos, sendo este resultado superior aos encontrados em alguns estudos na literatura (GRATÃO, 2010; ORSO, 2008; RICARTE, 2009; SILVA; SILVA; BOUSSO, 2010).

Neste estudo, a associação da idade do cuidador em relação à idade do idoso foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$), revelando que cuidadores mais velhos cuidam em maior proporção de idosos mais velhos. A situação revela uma preocupação quanto à qualidade de assistência prestada pelo cuidador ao idoso com incapacidade funcional, bem como relacionado à sua própria saúde, visto configurar-se em idosos que podem estar apresentando limitações advindas do processo natural de envelhecimento, ou mesmo, doenças crônicas às quais são mais prevalentes nesta faixa etária, levando-os a apresentar dificuldades na realização dos cuidados prestados.

Em relação ao estado civil, a maioria dos cuidadores eram casados (76,4%) e solteiros (11,2%). Os dados corroboram os apresentados na literatura (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; GONÇALVES et al., 2006; GRATÃO, 2010; GUEDEA et al., 2009; KARSCH, 2003; MOREIRA et al., 2011; NARDI; OLIVEIRA, 2008; RICARTE, 2009; SILVA; SILVA; BOUSSO, 2010).

No que se refere à escolaridade, grande parte dos cuidadores possuíam de 1 a 4 anos de estudo (43,2%), e 14% deles, apresentando nenhuma escolaridade. A escolaridade, predominantemente baixa, foi encontrada em diversos estudos com cuidadores (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; FERNANDES; GARCIA, 2009; GONÇALVES et al., 2006; GRATÃO, 2010; NARDI; OLIVEIRA, 2008; RICARTE, 2009; SANTOS, 2010; SILVA; SILVA; BOUSSO, 2010), porém

discordantes com os de Orso (2008), em que o autor encontrou que a maioria dos cuidadores possuíam segundo grau completo.

Reitera-se, neste contexto, que a baixa escolaridade dos cuidadores pode interferir negativamente no cuidado familiar, além de ser um fator preocupante, pois em se tratando de idoso dependente são exigidas tarefas complexas ao cuidador, que muitas vezes necessita de algum grau de escolaridade.

Santos (2010) reforça que é de extrema importância conhecer a escolaridade dos cuidadores, pois são eles que recebem as informações e orientações da equipe de saúde, sendo que a compreensão efetiva das ações educativas em saúde guarda relação com a capacidade de aprendizagem das pessoas.

Quanto ao cuidador apresentar um trabalho remunerado fora de casa, observou-se que 62,9% não exercem uma profissão, somente 8,4% apresentam um trabalho remunerado, e 28,7% são aposentados/pensionistas.

Portanto, a tarefa de cuidar parece impedir ou dificultar ao cuidador a execução de atividades extradomiciliares (GONÇALVES et al., 2006; NARDI; OLIVEIRA, 2009; SILVA; SILVA; BOUSSO, 2010; YAMASHITA et al., 2010).

Após avaliar o nível socioeconômico dos cuidadores de idosos com incapacidade funcional, segundo o instrumento da ABEP com cinco diferentes categorias, 33 (18,6%) foram classificados como pertencentes às classes A, 53 (29,8%) à classe B, enquanto que 59 (33,1%) estão na classe C e 33 (18,5%) cuidadores foram categorizados como integrantes das classes D e E.

Os dados encontrados são semelhantes a um estudo com cuidadores de octogenários realizado em um município da região central do estado de São Paulo, cujos autores encontraram que 36% dos cuidadores encontravam-se na classe C (INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008).

Quando analisado o grau de parentesco do cuidador com o idoso, as filhas se apresentaram como os principais responsáveis pelo cuidado (48,8%), seguido pelo cônjuge, principalmente pelas esposas (24,7%). Os dados encontrados corroboram os encontrados na literatura (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; GUEDEA et al., 2009; GRATÃO, 2010; MOREIRA et al., 2011; NARDI; OLIVEIRA 2008; RICARTE, 2009).

Cattanni e Giardon-Perlini (2004) alertam que quanto mais próxima for a relação familiar, maior a chance de vir a ser a responsável pelo cuidado do idoso.

Gonçalves et al. (2006) reforçam que o cuidado familiar primário é exercido por um parente, que geralmente é uma mulher de meia-idade ou idosa, podendo ser esposa ou filha do idoso.

Salienta-se que, na maioria das vezes, quando o cuidador é o conjugue do idoso, o mesmo assume o cuidado, movido, principalmente, por uma obrigação matrimonial, pelo projeto de vida comum assumido pelo casamento e o compromisso de estar junto na saúde e na doença (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004; NARDI, 2007).

Santos (2010) reforça que a presença de sentimentos de carinho, amor e ternura, se constituem como um dos fatores importantes e influenciadores na escolha do cuidador.

Na relação do cuidado, em especial, quanto ao tempo de cuidado, prevaleceu o cuidado prolongado, pois 53,9% dos cuidadores estão cuidando há mais de 4 anos. Dados semelhantes a esse estudo foram encontrados na literatura (GONÇALVES et al., 2006; MOREIRA et al., 2011; NARDI; OLIVEIRA, 2009; ORSO, 2008; RICARTE, 2009; SILVA; SILVA; BOUSSO, 2010).

Quando analisado a dedicação ao cuidado por dia, verifica-se que os cuidadores dedicam-se em média 13,2 horas por dia. Portanto, a tarefa de cuidar exige do cuidador uma constante dedicação e disponibilidade ao longo de todo o dia, propiciando a falta de tempo para a manutenção da própria saúde, abdicando do convívio social em prol das necessidades geradas pelo processo de cuidar, deixando, muitas vezes, sua vida pessoal em segundo plano (ISRAEL; ANDRADE; TEIXEIRA, 2011).

Com relação ao motivo que levou o cuidador a cuidar do idoso, verificou-se que 45,6% referiram que cuidam por ser a única pessoa disponível para exercer esta função, e ainda 42,7% relataram que cuidam por iniciativa própria. Os dados revelam que a decisão de se tornar um cuidador foi relacionada à vontade própria ou disponibilidade para cuidar.

Desse modo, evidencia-se a decisão pessoal do cuidador em assumir o cuidado ao idoso com incapacidade. Portanto, o processo de tornar-se cuidador pode se apresentar de diferentes formas, sendo que está relacionado com as características e os valores que constituem os elos de cada família, pois a obrigação e o dever estão fortemente embutidos no compromisso do cuidado, reforçados, talvez, por uma regra de ação moral culturalmente determinada pela sociedade.

Essa decisão, na maioria das vezes, é considerada como uma obrigação moral, pois cuidar dos mais velhos é visto culturalmente pela sociedade como sendo dignificante, apoiada em convicções religiosas e pela gratidão de quem está sendo cuidado (ORSO, 2008).

Nardi e Oliveira (2009), em um estudo com cuidadores familiares de idosos dependentes, encontraram que os cuidadores apresentam sentimentos no processo de cuidar, relacionados à obrigação, dever e retribuição pelos bons momentos vivenciados junto ao idoso.

Quanto à autopercepção do estado de saúde, 45,5% dos cuidadores referiram sua saúde como regular e 39,9% como boa, porém 9,0% a consideraram ruim. Dados discordantes deste estudo foram encontrados na literatura, em que cuidadores autoavaliaram sua saúde como boa (GONÇALVES et al., 2006; ORSO, 2008; YAMASHITA, et al., 2010).

Quanto às doenças referidas, 77,5% dos cuidadores relataram apresentar pelo menos uma doença diagnosticada, sendo que a mais prevalente (25,9%) foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Estudos na literatura mostram que a HAS se apresenta prevalente como doença autoreferida pelos cuidadores, sendo muitas vezes enfatizadas que o problema de saúde foi devido às atividades e responsabilidades assumidas após terem se tornado cuidadores (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; GONÇALVES et al., 2006; ISRAEL; ANDRADE; TEIXEIRA, 2011; MOREIRA et al., 2011; ORSO, 2008; YAMASHITA et al., 2010).

Ressalta-se, neste contexto, que cuidar diariamente de um idoso dependente, assumindo o cuidado por um tempo prolongado sem apoio ou ajuda, pode expor o cuidador a riscos com sua saúde, comprometendo assim o cuidado prestado (CATTANI; GIRARDON-PERLINI, 2004; GONÇALVES et al., 2006).

Um fator preocupante no que tange à saúde do idoso é a observação nesse estudo de que 82,6% dos cuidadores referiram não receber orientações para desempenhar o cuidado ao idoso com incapacidade funcional.

Estudos alertam que muitos cuidadores se apresentam sem orientações necessárias para prestar os cuidados, acarretando assim um desgaste físico, que pode gerar uma sobrecarga e, conseqüentemente, alterações na sua qualidade de vida (BLUM; SHERMAN, 2010; LUZARDO; WALDMAN, 2004).

Ressalta-se que o cuidador familiar de idosos com incapacidade deve ser alvo de orientação, pois necessita saber como proceder nas situações mais difíceis, e, ainda, precisa receber visitas periódicas de profissionais de saúde para supervisão e capacitação (KARSCH, 2003).

Ao capacitar o cuidador em domicílio, o profissional de saúde, especialmente o enfermeiro, além de prestar uma assistência efetiva, proporciona um acolhimento ao cuidador, colaborando para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que venham facilitar sua tarefa, diminuindo desgastes e sobrecarga, pois se o cuidador receber orientações necessárias para o cuidado, terá mais facilidade no planejamento do seu cotidiano, podendo até obter mais tempo para proceder com o seu autocuidado (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

Nessa questão, reforça-se que estar preparado para cuidar, vai além da simples disponibilidade para a tarefa. Portanto, o desafio que se apresenta aos profissionais de saúde, especialmente ao enfermeiro é o de fornecer um adequado suporte profissional no sentido de instrumentalizar o cuidador para executar o cuidado.

6.3 A Sobrecarga Percebida pelo Cuidador

O aumento progressivo do número de idosos dependentes que necessitam de atenção e cuidados de um cuidador familiar que, na maioria das vezes, também são idosos e apresentam pouco ou nenhum apoio para o cuidado, tem levado a sobrecarga de muitos cuidadores e, conseqüentemente, maiores riscos para sua saúde tanto física quanto mental.

Na avaliação da sobrecarga do cuidador familiar, os dados apontaram que a maioria dos cuidadores apresentou sobrecarga moderada (57,3%). Vários estudos na literatura encontraram dados concordantes (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; GARRIDO; MENEZES, 2004; MOREIRA et al., 2011; SEIMA; LENARDT, 2011; URIZAR; MALDONADO, 2006).

Estudos também reforçam que a sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado a um familiar é imensa, complexa e exige muito da pessoa que cuida, e que essa sobrecarga pode, de certa maneira, colaborar para o

aparecimento ou agravamento de doenças (CALDAS, 1995; GONÇALVES et al., 2006; UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

Ressalta-se que a sobrecarga gerada pelo processo de cuidar, além de apresentar um conceito multidimensional, sofre ainda uma diversidade de influências, associadas ao idoso e ao próprio cuidador. Neste estudo foi encontrada a relação estatisticamente significativa da sobrecarga em relação ao sexo do cuidador e o grau de dependência do idoso avaliado pela MIF.

Com relação ao sexo, percebe-se que o mesmo se apresenta diretamente relacionado à sobrecarga, ou seja, conforme aumenta a sobrecarga referida, aumenta-se também a participação do sexo feminino, e ainda, os dados demonstram que as mulheres se sentem mais sobrecarregadas do que os homens.

Em um estudo com cuidadores de idosos com doença de Alzheimer, os autores encontraram que um dos fatores que mais aumentam a sobrecarga do cuidado é a identidade de gênero, o cuidador do sexo feminino (PINTO et al., 2009).

Dados divergentes foram apontados em estudos com cuidadores, em que os autores encontraram que as variáveis sexo, idade, escolaridade e realização de atividades rotineiras de vida diária não se associaram à sobrecarga dos cuidadores (CASSIS et al., 2007; GARRIDO; MENEZES, 2004).

Destaca-se que cuidar de um familiar com incapacidade funcional é uma tarefa que exige vários atributos de quem cuida, no entanto a sobrecarga percebida pelos cuidadores podem não apresentar a mesma intensidade, porém é fato que muitos deles assumem tarefas às quais não estão preparados, além de negligenciar os próprios cuidados, levando-os a apresentar doenças físicas e emocionais (BLUM; SHERMAN, 2010).

A capacidade funcional avaliada através da MIF mostrou-se fortemente associada com a sobrecarga do cuidador, sendo que menores sobrecargas foram relatadas em cuidadores que eram responsáveis pelo cuidado de idosos com menores níveis de dependência. Os dados reforçam que a capacidade funcional do idoso foi um importante preditor de sobrecarga no cuidador.

Vários estudos encontrados na literatura assinalam a relação de dependência com a sobrecarga do cuidador, demonstrando que, quanto maior a dependência do idoso, maiores as chances de sobrecarga no cuidador (CASSIS et al., 2007; GARRIDO; MENEZES, 2004; GRATÃO, 2010; RICARTE, 2009; UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

6.4 Rede e Apoio Social do Cuidador

A família se constitui na principal fonte de auxílio e ajuda do cuidador, sendo as redes de apoio e o suporte social, elementos de fundamental importância para amenizar o estresse e a sobrecarga advinda do processo de cuidar de um familiar na dependência prolongada (BOCCHI; ANGELO, 2008; CARRETERO et al., 2009; GEORGE; GWYTHYR, 1986; GUEDEA et al., 2009).

No que se refere à rede social, a média de parentes com quem o cuidador referiu sentir-se à vontade para falar de si mesmo ou quase tudo foi de 3,4 parentes, enquanto que a média de amigos para falar de si ou quase tudo foi de 2,8 amigos. Percebe-se que, apesar da rede tanto de amigos quanto de parentes apresentar-se pequena, a maior parte dos cuidadores parece sentir mais confiança na rede social relacionada aos parentes, apresentando menor vínculo com os amigos e reforçando a função protetora da família.

Os resultados encontrados são apontados em estudos na literatura cuja principal rede do cuidador é composta por parentes e amigos, salientando-se que muitos cuidadores referem contar com poucas pessoas na sua rede em relação ao número de pessoas que pensava estar disponível (RODRIGUES, 2005; SIT et al., 2004).

No entanto, estudos na literatura revelam que indivíduos com maior número de parentes e amigos íntimos, apresentam maior probabilidade de receber apoio social (BOWLING, 1997; GRIEP, 2003). Reforça-se ainda que quando o indivíduo tem alguém com quem pode contar, ele se sente apoiado, cuidado e valorizado, conseqüentemente, melhora a autoconfiança, a satisfação com a vida e a capacidade de enfrentar problemas, repercutindo positivamente sobre a sua saúde (GRIEP, 2003).

Bochi e Angelo (2008) relataram a preservação da saúde do cuidador familiar nas experiências em que o mesmo se sente amparado, ao contrário daquele que não conta com apoio e se sente preso ao papel de cuidador, e que passa a conviver com perdas pessoais.

Porém, salienta-se que o suporte oferecido pela rede social do cuidador depende também do tipo de ligação estabelecida entre os indivíduos pertencentes à rede. No entanto, o compartilhamento de informações entre vizinhos e familiares

colaboram no enfrentamento das situações cotidianas relacionadas ao cuidado (GARCIA et al., 2012).

Ressalta-se ainda que, em situação de doença prolongada ou dependência, o cuidador necessita reestruturar sua vida e também dividir tarefas. Em vista disso, a rede social é de fundamental importância para o enfrentamento das condições de estresse e sofrimento, porém reitera-se que esta rede pode ser insuficiente para atender as necessidades cotidianas do cuidador, frente às dificuldades geradas pelo processo de cuidar.

Garcia et al. (2012), em um estudo com cuidadores familiares de doentes crônicos, observaram que nem sempre as redes informais oferecem o apoio almejado, o que dificulta a estruturação da família, o cuidado a ser prestado e a resolutividade das necessidades.

Orth -Gomér e Undén (1987) alertam que embora a quantidade de pessoas na rede social ser de grande importância, é relevante reconhecer que as relações sociais são complexas, pois muitas relações podem não ser bem sucedidas e se apresentarem geradoras de estresse.

Este estudo aponta ainda que os cuidadores familiares não estão participando de reuniões de associações e sindicatos ou partidos políticos, também não participam de trabalho voluntário não remunerado.

Salienta-se que a tarefa de cuidar de idosos com incapacidade funcional faz com que, na maioria das vezes, os cuidadores tenham que abdicar de sua vida em prol das necessidades geradas pelo processo de cuidar, deixando de lado a sua vida pessoal, seu lazer e participação social (AMENDOLA, 2007; LUZARDO; WALDMAN, 2004).

Amendola, Oliveira e Alvarenga (2011) advertem que cuidar de um familiar dependente no domicílio acarreta mudanças para o cuidador relacionadas aos aspectos físico, psicológico e social, sendo que a falta de atividades de lazer, a impossibilidade de trabalhos extradomiciliares e as mudanças nas rotinas da família se configuram em situações que são mais afetadas na rede social.

No entanto, o presente estudo aponta que não houve associação significativa entre os componentes da rede social e a sobrecarga do cuidador, ou seja, não houve interferência quanto ao número de parentes e amigos dos quais o cuidador pode contar para falar de quase tudo com a sobrecarga referida pelo mesmo.

Chiou et al. (2009), em um estudo com cuidadores familiares de Taiwan, reforçam que também não foi possível encontrar relação significativa entre a rede social e a sobrecarga dos cuidadores. Os autores advertem que a existência de uma grande rede social não significa necessariamente que um cuidador tenha mais assistência no cuidado ao doente ou ainda que pudesse apresentar menor sobrecarga.

Os dados corroboram os encontrados por Chang, Brecht e Carter (2001) em que os autores relatam que o tamanho das redes sociais contribui muito pouco para a sobrecarga do cuidador.

No entanto, Griep (2003) alerta que a rede social pode ou não oferecer diferentes tipos de apoio em diferentes graus de intensidade, porém os efeitos benéficos da rede dependem da possibilidade de suprir os auxílios esperados pelo indivíduo.

No que se refere ao apoio social, neste estudo, encontrou-se que os cuidadores perceberam maior escore médio de apoio social relacionado ao apoio afetivo (82,8), seguido de apoio emocional (69,6), de apoio informação (69,0), depois o apoio material (67,8) e, por fim, os cuidadores perceberam pior escore médio no apoio interação social positiva (50,4).

Nota-se que, com exceção do apoio afetivo, todos os outros escores apresentaram-se com médias mais baixas, revelando que os cuidadores deste estudo percebem a falta de apoio social.

O apoio afetivo verifica a frequência de demonstrações físicas de amor e afeto das pessoas da rede social, sendo a dimensão de maior percepção pelos cuidadores (82,8). Marcon et al. (2009) salientam que o apoio afetivo pode ser encontrado a partir de relações sociais que os familiares mantêm com sua rede de apoio social. Os resultados encontrados corroboram estudos consultados na literatura, onde os autores encontraram o apoio afetivo como a dimensão de apoio social com mais altos escores (PINTO et al., 2006; RODRIGUES, 2012).

O apoio emocional apresentou-se como a segunda melhor dimensão apontada pelos cuidadores, com escore médio de 69,6, o qual avalia a frequência de expressões de afeto e empatia, compreensão e sentimentos de confiança, carinho, amor, afeto, escuta e interesse das pessoas da rede social do cuidador.

Griep (2003) reforça que ter alguém com quem contar e sentir-se apoiado emocionalmente, contribui para a melhoria da autoconfiança, com a satisfação com

a vida, além de influenciar na capacidade de enfrentamento dos problemas, repercutindo positivamente sobre a própria saúde.

A terceira dimensão apontada pelos cuidadores deste estudo foi o apoio de informação (69,0), que identifica a disponibilidade de pessoas para oferecer conselhos, sugestões, diretrizes e orientações. Esta dimensão de apoio pode advir de pessoas com maior vínculo do cuidador, bem como de profissionais, sendo seu objetivo proporcionar ao cuidador componentes essenciais para a tomada de decisão.

Neste contexto, insere-se os profissionais de saúde, especialmente os integrantes das equipes de Saúde da Atenção Básica, visto que, de acordo com a Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, no que diz respeito às características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, está assinalada a necessidade de desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida dos usuários, além de desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral (BRASIL, 2011).

Caldas (2003) alerta para a falta de orientação quando da alta hospitalar de um idoso com dependência, uma vez que os familiares raramente recebem informações claras a respeito da doença, orientação ou apoio para os cuidados. As orientações são superficiais e dizem respeito a medicamentos, alimentação e retornos.

Nardi e Oliveira (2008) advertem que para o desempenho dos cuidados a um idoso dependente, faz-se necessário que os cuidadores recebam dos profissionais de saúde orientações, acompanhamento, bem como atenção à sua saúde, pois cuidar de um familiar dependente é desgastante e implica riscos ao cuidador.

Outra dimensão apontada pelos cuidadores foi o apoio material (67,8), que investiga a disponibilidade de serviços práticos e ajuda material, em caso de necessidade emergencial. Brito e Rabinovich (2008) enfatizam que a situação de cronicidade de uma patologia diminui os recursos disponíveis para atender as demandas do cuidado, sendo que as dificuldades financeiras apresentam-se como um dos principais estressores na família.

Ressalta-se que na situação de dependência, aumentam-se os gastos financeiros e ampliam-se os efeitos negativos no orçamento familiar. Diante da redução do orçamento da família, são estabelecidas prioridades no âmbito familiar que visam a atender as necessidades do idoso, o que pode gerar estresse decorrente do enfrentamento dessas dificuldades. Este estresse pode ser amenizado com a divisão de responsabilidades e participação financeira entre os membros da família, o que reforça a importância do apoio material neste contexto (CALDAS, 2003).

Quanto ao apoio de interação social positiva, o mesmo se refere à disponibilidade de ter alguém para compartilhar horas de lazer. Saliencia-se que esta dimensão foi apresentada com o pior escore pelos cuidadores (50,4), revelando a carência de pessoas com quem o cuidador possa dispor para ter momentos agradáveis. Reitera-se que este estudo trata-se de cuidadores de idosos com algum grau de dependência, o que pode estar interferindo na disponibilidade do cuidador de se divertir ou relaxar. A não participação em atividades que promovam diversão e relaxamento do cuidador, provavelmente devido às exigências advindas da tarefa de cuidar, pode contribuir para o isolamento social e interferir negativamente na saúde do cuidador e nos cuidados prestados.

Rodrigues (2012) ao pesquisar sobre a percepção de apoio social em famílias de doentes com câncer encontrou dados semelhantes, cuja dimensão que ocupou a última posição foi o apoio interação social positiva, porém, com escore médio de 76, sendo o resultado superior aos encontrados neste estudo.

Pinto et al. (2006), em estudo sobre apoio social oferecido a idosos da área rural assistida pela ESF, também encontrou a pior dimensão como sendo a interação social positiva, porém com escore médio de 80, sendo o resultado também superior aos apresentados neste estudo.

Dentro desta mesma linha, estudos realizados por Cattani e Girardon-Perlanni (2004), alertam que os maiores obstáculos enfrentados pelo cuidador durante o processo de cuidar foi a impossibilidade de sair de casa devido à responsabilidade e preocupação diária com o cuidado do idoso.

Neste estudo, encontrou-se uma associação estatisticamente significativa entre a faixa etária dos cuidadores para o apoio interação social, ou seja, cuidadores mais novos percebem mais apoio de interação social positiva. Observou-se que não

houve diferenças quanto à faixa etária do cuidador quanto às dimensões de apoio material, emocional, afetivo e de informação.

Griep et al. (2005) em um estudo com uma coorte de trabalhadores de uma universidade no Rio de Janeiro verificaram que pessoas mais jovens têm chances significativamente maiores de perceber o apoio social. Porém, neste estudo, os dados se assemelham somente à dimensão interação social positiva, o que pode ser explicado por ter sido avaliado em populações de diferentes contextos.

Quando associada às dimensões de apoio social ao sexo do cuidador, encontrou-se uma associação estatisticamente significativa no apoio material, revelando que homens percebem mais o apoio social na dimensão material.

Griep et al. (2005) demonstraram que homens percebem significativamente mais apoio afetivo/interação social positiva e apoio material. Os dados apontados pelos autores se assemelham aos encontrados neste estudo, porém, somente relacionado ao apoio material, visto que não houve diferença significativa entre o sexo para os apoios emocional, afetivo, de interação social e de informação.

Outra variável que apresentou significância neste estudo foi a sobrecarga do cuidador. Percebe-se que cuidadores que receberam maior apoio social nas dimensões de apoio material, afetivo e interação social apresentaram menores níveis de sobrecarga.

Silveira et al. (2009) alertam que a sobrecarga interfere em vários aspectos da vida do cuidador reduzindo suas interações sociais e afetando negativamente sua rede social.

Portanto, receber demonstrações de carinho, amor e afeto, ajuda material, bem como, ter alguém disponível para divertir-se e relaxar, constituíram, neste estudo, como importantes aspectos na diminuição de sobrecarga do cuidador.

Porém, vale ressaltar que as diferenças e similaridades com outros estudos sobre apoio social ficaram prejudicadas neste estudo em virtude da escassez de investigações que utilizaram o instrumento *Medical Outcomes Study* – MOS (SHERBOURNE; STEWART, 1991), e o *Social Network Index* (BERKMAN; SYME, 1979), com cuidadores de idosos com incapacidade funcional.

6.5 Qualidade de Vida dos Cuidadores

A autoavaliação da qualidade de vida foi considerada pelos cuidadores como nem ruim, nem boa (45,5%); boa (44,4%); ruim e muito ruim (7,3%) e muito boa (2,8%). Estudos na literatura consultada encontraram dados semelhantes (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; ORSO, 2008; SANTOS, 2010).

Quanto à avaliação dos cuidadores em relação à satisfação com sua saúde, 51,7% disseram estar satisfeitos, 26,4% nem satisfeitos nem insatisfeitos, 15,2% insatisfeitos, 3,4% muito satisfeitos, e 3,4% muito insatisfeitos. Dados semelhantes foram encontrados na literatura pertinente, pois 47% dos cuidadores de idosos dependentes disseram estar satisfeitos com a sua saúde e 31,8% nem satisfeitos nem insatisfeitos (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008). Porém, os dados foram divergentes em outra investigação com cuidadores de idosos, uma vez que 41,2% disseram estar satisfeitos, 19,6% insatisfeitos, 19,6% muito satisfeitos, 13% nem satisfeitos, nem insatisfeitos e 6,5% muito insatisfeitos (SANTOS, 2010).

Para a qualidade de vida dos cuidadores, avaliada de forma subjetiva pelo WHOQOL-bref, encontraram-se melhores médias nos escores referentes ao domínio relações sociais (65,0) e físico (62,1), sendo o domínio meio ambiente (56,1) e psicológico (57,3) os que apresentaram piores escores médios, respectivamente.

Estudo realizado com cuidadores familiares atendidos por uma equipe de assistência domiciliar, as autoras encontraram maiores escores para o domínio físico (66,72) e relações sociais (60,86), enquanto que o meio ambiente apresentou-se com o menor valor (52,51), corroborando os dados desse estudo (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Lima (2010) encontrou que o domínio menos afetado aos cuidadores foi o das relações sociais seguido pelos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Esses dados assemelham-se com a presente pesquisa.

Outra convergência encontrada neste estudo com outra pesquisa realizada com cuidadores por Santos (2010), foi o escore médio das relações sociais que se apresentou com a melhor pontuação (67,57), seguido do domínio físico (64,52), depois o domínio psicológico (56,34) e, por fim, apresentando o pior escore o domínio meio ambiente (54,82).

Em outro estudo realizado com cuidadores domiciliares de idosos residentes em Teixeira, Minas Gerais, Moreira et al. (2011) encontraram os maiores escores para o domínio físico (71,01), seguido de relações sociais (63,24) e menor domínio no meio ambiente (52,21). Os dados dos autores citados encontraram o domínio físico sendo apontado com a melhor pontuação, sendo que, nesta pesquisa, o domínio relações sociais apresentou-se com melhores escores.

A falta de uniformidade entre os estudos reforça a característica subjetiva do instrumento de qualidade de vida utilizado, sendo que aspectos culturais também podem influenciar nos resultados apresentados.

Na análise bi-variada relacionada à faixa etária do cuidador, os dados foram estatisticamente significantes para o domínio físico, mostrando que cuidadores mais jovens apresentam melhores escores no domínio físico de qualidade de vida ($p=0,013$).

Glozman (2004), Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008) encontraram que quanto maior a idade do cuidador, menor o escore no domínio físico. Dados semelhantes foram encontrados por Moreira et al. (2011), que destacam uma correlação negativa estatisticamente significativa no domínio físico com a idade do cuidador, ou seja, quanto maior a idade do cuidador menor o escore do domínio físico de qualidade de vida.

Vale ressaltar que 69,6% dos cuidadores deste estudo encontram-se com idade acima de 50 anos, e que, com o processo de envelhecimento, ocorre a diminuição das reservas funcionais do organismo, resultando em alterações físicas e psicológicas, o que pode acarretar uma sobrecarga funcional, aparecimento de processos patológicos e, conseqüentemente, alteração na qualidade de vida referida.

Neste estudo, percebeu-se que as mulheres cuidadoras referiram piores níveis de qualidade de vida em todos os domínios, quando comparadas aos homens, porém com significância para o domínio psicológico. Ressalta-se que além de cuidar de um idoso com incapacidade funcional, as mulheres apresentam outras atividades, principalmente as relacionadas às tarefas domésticas.

Em um estudo com cuidadores na Rússia, Golimbet e Trubnikov (2001) os autores constataram que as mulheres apresentavam menores escores do domínio físico de qualidade de vida e também se mostravam significativamente mais estressadas que os cuidadores homens. Reforçando os achados deste estudo,

Thomas et al. (2006) identificaram que as cuidadoras mulheres mostravam pior qualidade de vida e maior índice de depressão do que cuidadores homens.

Portanto, tal fato pode se apresentar interligado ao fato de a mulher, além de ter que cuidar do idoso com incapacidade funcional, acumula diversos papéis em seu dia a dia, tais como ser mãe, esposa, dona de casa, dentre outros, sendo que estes fatores acabam acarretando tanto problemas físicos como emocionais (GONÇALVES et al., 2006).

Na presente pesquisa, verificou-se ainda que cuidadores que não recebem ajuda apresentam piores níveis de qualidade de vida, com significância para o domínio de relações sociais.

Dados semelhantes foram verificados por Moreira (2009), o qual reforça que os cuidadores que recebem algum tipo de apoio informal, apresentam melhores escores de qualidade de vida no domínio relações sociais.

Dentre as facetas avaliadas pelo domínio de qualidade de vida das relações sociais encontra-se o suporte ou apoio social, que é considerado um importante aliado para a promoção da qualidade de vida do cuidador, pois receber esta ajuda influencia diretamente na sua saúde e bem-estar, diminuindo as consequências negativas deste processo, bem como as tensões e estresse advindos desta tarefa (BOCCHI; ANGELO, 2008; GUEDEA et al., 2009) e, conseqüentemente, vai refletir positivamente na sua qualidade de vida (CAQUEO-URÍZAR; GUTIÉRREZ-MALDONADO; MIRANDA-CASTILLO, 2009; CROOG et al., 2006; INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008; VELLONE et al., 2008).

Outro fator que apresentou interferência na qualidade de vida dos cuidadores deste estudo foi o fato do mesmo receber ou não orientações para cuidar, ou seja, cuidadores que não receberam orientações para o cuidado desempenhado por eles apresentaram piores níveis de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e relações sociais.

Ressalta-se que muitas vezes o cuidador, além de estar com deficiência em sua rede de suporte social, também apresenta carência de orientações para os cuidados realizados no domicílio, o que contribui negativamente para a sua qualidade de vida (SANTOS 2003). Em um estudo realizado por Grelha (2009), o autor constatou que uma intervenção, mediante orientações adequadas e planejadas às necessidades dos cuidadores informais, interfere positivamente na melhoria da qualidade de vida destes cuidadores.

Caldas (2003) adverte que o cuidador informal deve receber orientações direcionadas para prestar um cuidado adequado ao idoso, incluindo medidas preventivas para evitar a dependência precoce, além de medidas específicas sobre os cuidados com o idoso dependente no domicílio. Enfatizando, Mendes, Miranda e Borges (2010) alertam para o fato de que os cuidadores tornam-se carentes de orientação e necessitam de suporte, sendo relevante que haja uma reflexão por parte dos profissionais de saúde para que tenham uma visão mais ampla sobre o processo de envelhecimento.

O grande desafio para o cuidador familiar frente à dependência é estar preparado para realizar o cuidado. Portanto, fornecer ao cuidador familiar orientações referentes ao cuidado direto e indireto ao idoso dependente, contribui com a diminuição de conflitos de diversas ordens e na redução da ansiedade e angústia vivenciada pelo cuidador/famíliares frente à dependência (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

Evidencia-se que as orientações direcionadas aos cuidadores familiares pela equipe de saúde estão diretamente relacionadas com a melhoria da sua qualidade de vida, pois as mesmas devem colaborar para o desenvolvimento de habilidades, além de contribuir para conhecimentos que visem facilitar as tarefas dispensadas às necessidades do idoso, promovendo um menor desgaste, melhor planejamento e, ainda, maior tempo para o seu autocuidado (BICALHO; LACERDA; CATAFESTA, 2008).

Outro fator que interferiu na qualidade de vida dos cuidadores deste estudo foi o fato dos mesmos referirem apresentar alguma doença diagnosticada, o que afetou negativamente nos escores de qualidade de vida referente aos domínios físico, psicológico e meio ambiente.

Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), em estudo realizado com cuidadores de pacientes dependentes, constataram que o cuidador com alguma doença diagnosticada apresentava menor índice de qualidade de vida geral em relação aos cuidadores que não referiram apresentar doenças. As autoras reforçam que a presença de doenças aparece como preditora para menor satisfação com a saúde e também com a qualidade de vida do cuidador.

Dados semelhantes foram encontrados por Moreira (2009) cujo autor identificou que cuidadores que relataram não apresentar doenças diagnosticadas apresentaram melhores escores de qualidade de vida no domínio físico. O autor

salienta que a doença se apresenta como preditora para menor satisfação com a saúde, podendo interferir nas tarefas de cuidar e na qualidade de vida do cuidador.

Ressalta-se ainda que, a maioria dos cuidadores deste estudo, encontra-se em processo de envelhecimento, ou já são considerados idosos, e que as comorbidades típicas do envelhecimento, além das condições desfavoráveis de vida e o próprio declínio físico são fatores que podem intensificar a sensação de incapacidade do cuidador para as atividades do cuidado, influenciando na sua qualidade de vida.

Portanto, avaliar a saúde do cuidador deve fazer parte das ações elaboradas pelas equipes de Saúde da Família, com o intuito de diagnosticar interferências e elaborar intervenções que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do cuidador e que possam refletir positivamente no cuidado prestado ao idoso.

Identifica-se, neste estudo, que os cuidadores que apresentaram menores níveis de escolaridade obtiveram menores escores de qualidade de vida no domínio físico. Resultado análogo foi encontrado por Moreira (2009), o qual constatou que cuidadores analfabetos obtiveram menores escores no domínio físico de qualidade de vida, e, ainda salienta, que as pessoas com mais instrução, por possuírem maiores níveis de instrução, apresentam mais facilidade de compreensão das orientações e tendem a aderir mais aos tratamentos, o que reflete na preservação da sua saúde física e de sua qualidade de vida.

Encontrou-se, nesta pesquisa, que cuidadores empregados apresentaram melhores níveis de qualidade de vida no domínio físico, o que confirma os resultados do estudo com cuidadores domiciliares de idoso realizado por Moreira (2009), em que o autor encontrou melhores médias em todos os domínios de qualidade de vida entre os cuidadores que exerciam alguma atividade remunerada.

Portanto, a atividade profissional fora do ambiente familiar pode ser benéfica ao cuidador, pois proporciona um espaço de alternância com oportunidades de descanso da tarefa domiciliar, favorecendo a troca de experiências e uma oportunidade de estar cuidando de sua saúde (MACHADO et al., 2011)

Desta forma, estar empregado ou exercendo uma atividade remunerada e ainda apresentando capacidade para o trabalho, reflete positivamente na qualidade de vida do domínio físico.

As horas dedicadas ao cuidado, também se mostraram como sendo um fator que interfere negativamente na qualidade de vida do cuidado. Encontrou-se que

quanto mais horas dedicadas para cuidar, piores níveis de qualidade de vida no domínio físico foram apontados pelos cuidadores.

Considera-se relevante o fato de que as horas destinadas para cuidar, permite um menor tempo ao cuidador para socializar com amigos e família, ou ainda para participar de atividades de lazer, o que resulta na diminuição da sua qualidade de vida.

Picolli e Pedroso (2006) em um estudo de qualidade de vida de cuidadores não profissionais de portadores de Alzheimer observaram que os cuidadores que estavam cuidando há mais de três anos, apresentaram escores inferiores de qualidade de vida nas relações sociais. Os dados reforçam que os cuidadores necessitam manter uma relação de convívio com familiares e grupos de amizade, pois além de torná-los mais saudáveis, possibilitam o compartilhamento de emoções sentimentos, sonhos e desejos.

Observou-se ainda, neste estudo, que quanto menor o poder de compra apresentados pelos cuidadores familiares, piores eram os níveis de qualidade de vida para os domínios físico, psicológico e meio ambiente.

Inouye et al. (2010b) verificaram que o nível socioeconômico interfere nos escores de qualidade de vida, e que classes econômicas mais altas apresentam escores superiores de qualidade de vida em relação às classes inferiores. Os autores ressaltam que rendas inferiores podem limitar o acesso das pessoas aos cuidados alimentares, sociais e de saúde e, com isso, comprometer de forma significativa a sua qualidade de vida.

No presente estudo, não foram observadas diferença estatisticamente significativa entre os domínios de qualidade de vida do cuidador e a dependência do idoso, no entanto, percebeu-se que em todos os domínios de qualidade de vida do cuidador, os escores se apresentavam mais elevados quando o idoso era classificado como independente.

Dados semelhantes foram encontrados por Escobar e Afanador (2010) em um estudo sobre a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com Alzheimer, em que os autores não encontraram relação estatística entre a qualidade de vida dos cuidadores e o grau de dependência dos pacientes, e ainda salientaram que as alterações na qualidade de vida podem ser atribuídas a diferentes fatores.

Grelha (2009) em um estudo que investigou a qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário, encontrou

que a duração da dependência do idoso não está relacionada com a qualidade de vida do cuidador informal.

Destaca-se que na presente pesquisa, foi encontrada uma relação negativa estatisticamente significativa entre todos os domínios de qualidade de vida e os escores médios de sobrecarga, ou seja, quanto maior a sobrecarga menor a qualidade de vida.

Os dados encontrados corroboram estudos na literatura, em que cuidadores que referiram estar mais sobrecarregados pela tarefa de cuidar avaliaram menos satisfatoriamente a sua qualidade de vida (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; MOREIRA, 2009; RONDINI et al., 2011).

Sousa et al. (2008) reforçam que quando o cuidar de um idoso implica em sobrecarga ocorre o comprometimento da qualidade de vida de quem cuida, demandando assistência ou ajuda ao cuidador.

Reitera-se, neste estudo, que uma considerável parcela dos cuidadores (45,4%) encontra-se com idade acima dos 60 anos, ou seja, idosos cuidando de idosos dependentes. O fato encontrado gera uma preocupação com a saúde do cuidador e também com a qualidade do cuidado prestado ao idoso, visto que quanto maior a idade, também é maior a sobrecarga percebida do cuidador (URIZAR; MALDONADO, 2006).

Portanto, cuidar de alguém na dependência, requer do cuidador muita concentração e planejamento, além do fato de ter que desenvolver atividades que exigem esforço físico, acarretando, com o passar do tempo, características estressantes da atividade de cuidar, desgaste físico e emocional, além de sobrecarga e alterações na sua qualidade de vida (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Diante do exposto, os resultados deste estudo reforçam que a sobrecarga do cuidador se constitui em um fenômeno multidimensional, no qual estão envolvidas alterações no estado físico, no estado emocional, nas relações sociais, entre outros, os quais interferem negativamente na sua qualidade de vida.

A rede social apresentou-se também com um fator que interfere na qualidade de vida do cuidador. Quanto à rede de amigos, observou-se que não houve uma associação estatisticamente significativa com a qualidade de vida do cuidador, porém percebeu-se que, em todos os domínios, os escores se apresentavam menores quando o cuidador apresentava nenhum amigo.

Dados diferentes foram observados em relação à rede de parentes, em que cuidadores que perceberam uma rede de parentes apresentaram melhores níveis de qualidade de vida no domínio meio ambiente. Provavelmente, o fato de estar recebendo recursos financeiros, ou mesmo percebendo segurança física e proteção pode estar contribuindo para a associação significativa neste domínio.

Desta forma, reforça-se a importância da família na promoção de cuidados de seus familiares além de constituírem-se em um sistema de saúde para seus membros, com seus valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam as ações de promoção à saúde (ELSEN, 2004).

Salienta-se que a família gera seu próprio sistema de cuidados no ambiente em que estão inseridos, no qual cada integrante, a partir de suas experiências, vivências, necessidades e possibilidades, vão fortalecendo e dinamizando este núcleo familiar. Diante do exposto, alerta-se aos profissionais de saúde que a família é uma unidade de cuidado de seus membros, no entanto também se constitui em uma unidade a ser cuidada por uma equipe interdisciplinar (DELGADO, 2004).

Vale salientar que a complexidade gerada pelo processo de cuidar de um idoso dependente integra aspectos multidimensionais e envolvem as relações familiares e sociais, em que a estrutura familiar fica vulnerável a rompimentos que irão interferir na qualidade de vida do cuidador. Portanto, os cuidadores necessitam receber ajuda de outros familiares para o revezamento do cuidado, como também receber orientações dos profissionais de saúde para o melhor desempenho de sua assistência, contribuindo para o fortalecimento e diminuição da sobrecarga e, conseqüentemente, uma melhoria na sua qualidade de vida.

Na avaliação da rede social, encontrou-se que não participar de práticas esportivas ou artísticas contribui para piores níveis de qualidade de vida no domínio psicológico e físico.

Estudos na literatura apontam a importância da atividade física para a saúde do ser humano, revelando uma associação positiva de melhora em estados físicos e psicológicos em pessoas que praticam atividades físicas, além de contribuir para a promoção da saúde e qualidade de vida (MATSUDO, 2009; SILVA et al., 2010).

Fica evidente que cuidar de uma pessoa dependente acarreta ao cuidador uma mudança no estilo de vida em função das necessidades geradas pelo processo de cuidar. Um dos obstáculos pode ser a impossibilidade de praticar atividades esportivas e de lazer, pois diante da preocupação e da responsabilidade pelo idoso

dependente, o cuidador deixa de cuidar de si (AMENDOLA, 2007; LUZARDO; WAIDMAN, 2004).

A avaliação da rede social revelou ainda que a participação em reuniões de associação pelos cuidadores não influencia na sua qualidade de vida. No entanto, a participação em trabalhos voluntários não remunerados mostra uma relação estatisticamente significativa com a qualidade de vida no domínio físico, mostrando a necessidade de estimular esta prática ou mesmo alguma atividade em que o cuidador se sinta bem e que fortaleça a sua mobilidade e capacidade para o trabalho, sem levar à sobrecarga.

Dessa forma, a formação de uma rede articulada e efetiva é de extrema importância para a satisfação das necessidades básicas do cuidador, refletindo na qualidade do cuidado prestado ao idoso em seu domicílio e na sua saúde (NARDI, 2007).

Reforça-se que o tamanho da rede social nem sempre é preditor de melhor apoio social percebido (GARCIA et al., 2012; SIT et al., 2004), no entanto, a avaliação da rede social e suas características fornece informações relevantes aos profissionais quanto às possíveis fontes de apoio ao cuidador (SIT et al., 2004).

No entanto, alguns fatores se apresentam como preditores de melhor qualidade de vida do cuidador, sendo que, neste estudo, estes fatores foram identificados através da análise multivariada para os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Percebe-se que, no domínio físico, os cuidadores apresentam vinte sete vezes mais chances de melhor qualidade de vida, quando relatam pouca/nenhuma sobrecarga, e ainda, seis vezes mais chances de melhor qualidade de vida se não apresentarem doenças diagnosticadas e oito vezes mais chances de melhor qualidade de vida na condição de solteiros. Reitera-se que quando avaliadas as facetas neste domínio, a dor e desconforto e a dependência de medicação/tratamentos foram as que mais contribuíram para os piores escores.

Para o domínio psicológico, em relação aos fatores que contribuem para uma melhor qualidade de vida, verificou-se que os cuidadores apresentaram cinco vezes mais chances de melhor qualidade de vida no domínio psicológico quando referiram pouca/nenhuma sobrecarga, sete vezes mais chances quando os mesmos não referem doença diagnosticada, seis vezes mais chances quando se encontram

na condição de solteiros e, ainda, três vezes mais chances quando relatam melhores níveis de apoio de interação social positiva.

Dentre os fatores relacionados às chances de melhor qualidade de vida nos domínios físico e psicológico, destacam-se os relacionados à sobrecarga, a doença no cuidador e ainda o apoio social. Reforça a necessidade de estabelecer ações que visem a diminuir o impacto negativo destes fatores na qualidade de vida do cuidador, sendo que identificar elementos da rede de suporte e possíveis fontes de apoio social, tanto formais quanto informais ao cuidador, contribui positivamente na sua saúde e qualidade de vida.

Reitera-se que, como já mencionado, cuidadores que referiram estar mais sobrecarregados pela tarefa de cuidar avaliam menos satisfatoriamente a sua qualidade de vida (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008; MOREIRA, 2009; RONDINI et al., 2011).

Os dados encontrados corroboram os estudos de Sousa et al. (2008) em que os autores reforçam que quando o cuidar implica em sobrecarga de trabalho, ocorre o comprometimento da qualidade de vida dos familiares, o que demanda, nesses casos, alguma forma de assistência ou ajuda ao cuidador.

Estudos na literatura reforçam que um dos recursos que pode amenizar o impacto da sobrecarga é a existência de redes de apoio e suporte social, dentro das quais os familiares e cuidadores encontram auxílio e ajuda para satisfazerem as necessidades em situações cotidianas e de crise (BOCCHI; ANGELO, 2008; CARRETERO et al., 2009; GEORGE; GWYTHYR, 1986; GUEDEA et al., 2009).

Dessa forma, os profissionais de saúde, especialmente os integrantes da Estratégia Saúde da Família, devem estar preparados para oferecer suporte aos cuidadores, identificar redes e apoio social, promover estratégias de prevenção e incluir o cuidador no foco de atenção à saúde.

Ressalta-se que as condições de sobrecarga de trabalho e as situações de conflito familiar vivenciadas pelos cuidadores familiares contribuem para o seu adoecimento, sendo que cabe aos profissionais de saúde propor políticas e implantar programas de suporte social voltados para o contexto e a realidade onde se encontram inseridos (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

No entanto, para o domínio relações sociais, encontrou-se que os cuidadores apresentam maiores chances de melhor qualidade de vida quando referem receber orientação para cuidar e apoio de informação.

Desse modo, reforça-se que a falta de orientação e apoio à informação expõe o cuidador a fatores que interferem negativamente na sua saúde, acarretando alterações nas rotinas diárias, sobrecarga e, conseqüentemente, comprometimento na sua qualidade de vida (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

A intervenção com ações educativas e de orientações favorecem a ampliação de conhecimentos e de novas formas de cuidar, além de contribuir para o enfrentamento dos desafios e dificuldades geradas pelo processo de cuidar e que colocam os cuidadores em situação de vulnerabilidade para piores condições de saúde física e psicológica.

Portanto, é de extrema relevância que os profissionais de saúde estejam preparados e aptos para planejar e adequar os serviços e a equipe de saúde para oferecer suporte e orientações adequadas às famílias e promover estratégias que visem à realização de educação em saúde sobre o processo de envelhecimento e sobre os fatores relacionados à própria dependência, com o objetivo voltado à recuperação e reabilitação do idoso e a melhoria da qualidade de vida do cuidador.

Nos fatores que contribuíram para a melhor qualidade de vida no domínio meio ambiente, encontrou-se que os cuidadores deste estudo apresentam cinquenta e três vezes mais chances de melhor qualidade de vida quando pertencem à classe econômica A/B do que cuidadores da classe D/E. No entanto, estes mesmos cuidadores da classe A/B apresentaram nove vezes mais chances de melhor qualidade de vida se comparados aos da classe econômica C.

Desta forma, diante do exposto, cuidadores apresentam melhor qualidade de vida no domínio meio ambiente, se pertencerem à melhor classe econômica. Portanto, percebe-se que a melhor classificação econômica dos cuidadores apresentou-se como preditora de melhor qualidade de vida no domínio meio ambiente.

Também no domínio meio ambiente, a condição de solteiros aumenta as chances dos cuidadores em oito vezes de apresentar melhor qualidade de vida, e o fato de não apresentarem doenças diagnosticadas aumenta esta mesma chance em quatro vezes. Estes fatores também se apresentaram como fatores preditores para uma melhor qualidade de vida, nos domínios físico e psicológico, como já mostrados anteriormente.

Os achados que se referem a cuidadores solteiros com maiores chances de melhor qualidade de vida podem estar relacionados ao fato de, possivelmente serem

mais jovens, não apresentarem doenças associadas e, ainda, poderem estar contando com uma rede de apoio ou suporte social funcionante. Assim sendo, estudos que confirmem tais proposições devem ser incentivados e realizados.

Outra situação encontrada no domínio meio ambiente é a de que quando o cuidador apresenta uma rede com quatro ou mais parentes, tem três vezes mais chances de apresentar melhor qualidade de vida neste domínio. Reitera-se que dentre as facetas deste domínio a recreação e lazer e os recursos financeiros foram as que mais contribuíram para os piores escores.

Destaca-se que cuidadores ao vivenciarem o processo de cuidar, além de mudanças no estilo de vida, apresentam obstáculos relacionados à diminuição de atividades de lazer, de convívio social e escassez de suporte familiar (FERNANDES; GARCIA, 2009)

Logo, o estabelecimento de uma rede de apoio de familiares é de extrema relevância para que as mudanças no estilo de vida do cuidador, relacionadas à atividades de lazer, relacionamentos sociais e recursos financeiros insuficientes, não reflitam negativamente na sua qualidade de vida.

Essas considerações vão de encontro ao proposto por Caldas (2003) quando a autora reforça que a dependência, por ser um processo dinâmico, deve ser abordada através de estratégias de promoção e, ainda, de estabelecimento de redes de apoio aos cuidadores na comunidade, com o objetivo de minimizar marcadores sociais de diferença, tais como classe social, econômica, gênero e educacional, que permeiam os cuidados com os idosos e afetam a qualidade de vida dos cuidadores.

8. CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa permitem concluir que:

-A maioria dos idosos participantes deste estudo eram mulheres, viúvas, na faixa etária de 80 anos e mais, baixa escolaridade, apresentando dependência modificada, ou seja, necessitando de ajuda em até 50% das tarefas, sendo o Acidente Vascular Encefálico o motivo que mais colaborou para a dependência.

-Quanto aos cuidadores destes idosos, eram, em sua maioria, mulheres, filhas, casadas, média de idade de 56,7 anos, apresentando de 1 a 4 anos de estudo, não exercendo atividade remunerada, enquadrados na classe econômica C1 e C2, cuidando há mais de 4 anos, apresentando pelo menos uma doença diagnosticada, referindo sua saúde como regular e relatando que o motivo de estar cuidando é a de ser a única pessoa disponível.

-Quando avaliado a sobrecarga, encontrou-se que os cuidadores em sua maioria referiram sobrecarga moderada, sendo que os homens apresentam maiores chances de menor sobrecarga do que as mulheres e que quanto mais independente for o idoso, as chances de sobrecarga do cuidador são menores.

-Em relação à rede social, os cuidadores relataram poucos parentes e amigos com quem podiam contar, e ainda não participam de reuniões, atividades esportivas e trabalhos voluntários. Quanto ao apoio social, o que se refere à interação social positiva foi o mais comprometido, sendo que cuidadores mais jovens o percebem mais. Porém encontrou-se que cuidadores que percebem mais apoio material, afetivo e interação social apresentam menores níveis de sobrecarga.

-O estudo indicou que os cuidadores familiares participantes desta pesquisa avaliaram subjetivamente sua qualidade de vida como sendo nem ruim nem boa, e se encontram satisfeitos com sua saúde. Os domínios meio ambiente e psicológico apresentaram-se com os menores escores, sendo que no domínio psicológico a faceta sentimentos positivos foi a que se apresentou mais comprometida e, no domínio meio ambiente, foi a faceta oportunidade de recreação e lazer.

-Os cuidadores mais jovens percebem melhor sua qualidade de vida no domínio físico, e que a mulher cuidadora apresenta piores níveis de qualidade de vida em todos os domínios com significância para o psicológico. Observa-se ainda

que quando o cuidador não recebe ajuda, afeta o domínio relações sociais e quando não recebe orientação afeta o domínio físico, psicológico e relações sociais.

- O cuidador que apresenta alguma lesão ou doença diagnosticada, tem piores níveis de qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e meio ambiente.

- Os dados revelaram que, quanto mais baixa a escolaridade e mais horas dispensadas para o cuidado, pior a qualidade de vida no domínio físico e, ainda, cuidadores que possuem emprego remunerado apresentam também melhores níveis de qualidade de vida no domínio físico.

-Os cuidadores em que foram identificados um menor poder de compra obtiveram pior qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Um fato preocupante observado neste estudo foi de que quanto maior a sobrecarga pior os níveis de qualidade de vida em todos os domínios, ou seja, no físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

-Os cuidadores que podem contar com uma rede de parentes referiram melhores níveis de qualidade de vida relacionados ao domínio meio ambiente, sendo que, cuidadores que não participam de grupos ou práticas esportivas apresentaram pior qualidade de vida nos domínios físico e psicológico, e ainda que cuidadores que participam de trabalhos voluntários não remunerados obtiveram melhores níveis de qualidade de vida relacionados ao domínio físico.

-Na análise multivariada, encontrou-se que apresentar pouca/nenhuma sobrecarga, não apresentar doença diagnosticada e ser solteiro aumentam as chances do cuidador de melhor qualidade de vida no domínio físico. Por outro lado, apresentar pouca/nenhuma sobrecarga, perceber apoio de interação social, não apresentar doença diagnosticada e ser solteiro aumentam as chances do cuidador de melhor qualidade de vida no domínio psicológico; e que receber apoio de informações e orientação para cuidar aumentam as chances do cuidador familiar de apresentar melhor qualidade de vida no domínio relações sociais. No domínio meio ambiente, os cuidadores que estão inseridos em uma melhor classe econômica, que apresentam uma rede social de quatro ou mais parentes, que não relatam doença diagnosticada e se encontram na condição de solteiros apresentam mais chances de melhor qualidade de vida neste domínio.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família constitui-se a principal fonte de cuidados do idoso com dependência, porém é fato que as mudanças na sua constituição e funcionalidade, além da crescente inserção da mulher no mercado de trabalho e da falta de políticas públicas, provocam redução na sua capacidade de prestar adequada assistência ao idoso.

Portanto, a preocupação com a qualidade de vida da família, dos idosos e dos cuidadores, bem como a formação de uma rede de apoio, deve ser focada por diferentes setores de modo interdisciplinar, desenvolvendo propostas realmente efetivas que promovam a saúde de maneira integral.

Para tanto, na rede de atenção básica, as ações de saúde de forma interdisciplinar e intersetorial são fundamentais, porém as mesmas devem ser planejadas para o contexto familiar no qual o cuidado está sendo desenvolvido, onde cuidador e idoso se apresentam inseridos. Não se pode desconsiderar que cada família tem a sua subjetividade e sua maneira de cuidar, com base em seus valores e crenças, contudo o apoio formal e informal é uma necessidade tanto para o idoso quanto para o cuidador e sua família.

Propõe-se que além das ações voltadas à promoção do envelhecimento ativo e saudável, sejam utilizados planos de cuidados tanto para o idoso como para o cuidador como estratégias para a organização do cuidado no domicílio. Para tanto, faz-se necessário inserir o cuidador no foco de atenção à saúde pelas equipes de saúde, especialmente os da Saúde da Família, na busca de identificar recursos na comunidade, tanto formais quanto informais, que possam fortalecer a rede de apoio e suporte social dos cuidadores, diminuindo sua sobrecarga e melhorando sua qualidade de vida.

A assistência ao cuidador familiar também requer que seja redirecionado o foco de atenção daqueles que planejam e executam as ações de cuidado, pois se torna urgente e necessário programar intervenções que venham minimizar o impacto da condição de incapacidade funcional do idoso sobre o cuidador.

Esta pesquisa demonstrou pontos importantes que devem ser considerados no planejamento dos integrantes da ESF no que concerne à qualidade de vida do cuidador como: o cuidador também é idoso, a questão de gênero, a presença de

doença diagnosticada, nível socioeconômico, estado civil, existência de rede de apoio e o nível de dependência do idoso cuidado. Diante dessas evidências, faz-se necessário, ainda, provocar discussões no sentido de pensar e refletir sobre a temática que envolve o envelhecimento ativo, a fim de que ações sejam realizadas para estimular a promoção e manutenção da capacidade funcional e autonomia do idoso, e que sejam implantados programas que incluam a saúde do cuidador, contribuindo, desta forma, para a melhoria da sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALLEGRI, R. F. et al. Economic impact of dementia in developing countries: an evaluation of costs of Alzheimer-type dementia in Argentina. **International Psychogeriatrics**, New York, v. 19, n. 4, p. 705-718, 2007.

ALMEIDA, T. L. **Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da saúde da família**. 2005. 141 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, 2008.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1924-1930, ago. 2007.

AMENDOLA, F. **Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com perdas funcionais e dependência atendidos em domicílio pelo programa saúde da família do município de São Paulo**. 2007. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa Saúde da Família. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-272, abr./jun. 2008.

AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 884-889, ago. 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil**. São Paulo: ABEP, 2008. Disponível em: <<http://www.abep.org>>. Acesso em: 12 maio 2011.

BELLE, S. H. et al. Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: a randomized, controlled trial. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 145, n. 10, p. 727-738, 2006.

BERKMAN, L.; SYME, L. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 109, n. 2, p.186-204, 1979.

BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 118-123, 2008.

BLUM, K.; SHERMAN, D. W. Understanding the experience of caregivers: a focus on transitions. **Seminars in Oncology Nursing**, Orlando, v. 26, n. 4, p. 243-258, Nov. 2010.

BOCCHI, S. C. M.; ANGELO, M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 15-23, 2008.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: _____. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. 2nd ed. Buckingham: Open University Press, 1997. p. 91-109.

BRAITHWAITE, V. Caregiving burden, making the concept scientifically useful and policy relevant. **Research on Aging**, Beverly Hills, v. 14, n. 1, p. 3-27, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 8.842 de 4 de Janeiro de 1994**. Política Nacional do Idoso. Brasília, DF, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. Brasília, DF, 2003. (Serie E).

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF: Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Brasília, DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, 19).

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, DF, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação brasileira de ocupações: códigos, títulos e descrições**. 3. ed. Brasília, DF, 2010.

BRITO, E. S.; RABINOVICH, E. P. A família também adocece!: mudanças secundárias à ocorrência de um acidente vascular encefálico na família. **Interface Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 783-794, 2008.

BUKSMAN, S. et al. Quedas em idosos: prevenção. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto diretrizes**. São Paulo: AMB/CFM, 2008. p. 1-10.

CALDAS, C. P. A abordagem do enfermeiro na assistência ao cliente portador de demência. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 209-215, 1995.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 58-71.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. Idosos brasileiros: que dependência é essa? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 281-306.

CAQUEO-URÍZAR, A.; GUTIÉRREZ-MALDONADO, J.; MIRANDA-CASTILLO C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 7, p. 84, 2009.

CARRETERO, S. et al. The informal caregiver's burden of dependent people: Theory and empirical review. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 49, n. 1, p. 74-79, 2009.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 104, p. 107-123, 1976.

CASSIS, S. V. A. et al. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 497-501, 2007.

CASTRO, J. A. B. et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 7, p. 171-173, 2009.

CATTANI, R. B.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 254-271, 2004.

CHANG, B. L.; BRECHT, M. L.; CARTER, P. A. Predictors of social support and caregiver outcomes. **Women Health**, New York, v. 33, p. 39-61, 2001.

CHIOU, C. J. et al. Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Amsterdam, v. 48, p. 419-424, 2009.

CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo-piloto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 887-896, 2001.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976.

CREUTZBERG, M.; SANTOS, B. R. L. Famílias cuidadoras de pessoas idosas: relação com instituições sociais e de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 56, n. 6, p. 624-629, nov./dez. 2003.

CROOG, S. H. et al. Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. **Aging & Mental Health**, Abingdon, v. 10, n. 2, p. 87-100, Mar. 2006.

CRUZ, K. C. T.; DIOGO, M. J. D. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 666-672, 2009.

CRUZ, M. N.; HAMDAN, A. C. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 223-229, abr./jun. 2008.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das Universidades Públicas do estado de São Paulo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 532-538, jul./ago. 2003.

DEBERT, G. G.; SIMÕES, J. A. Envelhecimento e velhice na família contemporânea. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011. cap. 143, p.1573.

DELGADO, J. A. A família vivenciando situações de saúde-doença: um conhecimento em construção. In: ELSESEN, I.; MARCON, S. S.; SILCA, M. R. D. **O viver em família e sua interface com a saúde e doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 121-140.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, n. 43, p. 796-805, out. 2009.

DUE, P. et al. Social relations: network, support and relational strain. **Social Science & Medicine**, New York, v. 48, n. 5, p. 661-673, 1999.

ELSESEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSESEN, I.; MARCON, S. S.; SILCA, M. R. D. **O viver em família e sua interface com a saúde e doença**. 2. ed. Maringá: Eduem, 2004. p. 385-394.

ESCOBAR, L. M. V.; AFANADOR, N. P. Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. **Avances en Enfermería**, Bogotá, v. 28, n. 1, p. 116-128, 2010.

FARINASSO, A. L. C. **Perfil dos idosos de uma área de abrangência da estratégia de saúde da família**. Ribeirão Preto. 2005. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FARO, A. C. M. Autonomia, dependência e incapacidades: aplicabilidade dos conceitos na saúde do adulto e do idoso. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. **Manual de enfermagem**: Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2001. p. 137-140.

FAST, J. et al. Characteristics of family/friend care networks of frail seniors. **Canadian Journal on Aging**, Maple, v. 23, n. 1, p. 5-19, 2004.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 1, n. 3, p. 469-76, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a02.htm>>. Acesso em: 23 set. 2010.

FERREIRA, A. R. S.; WONG, L. R. Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa: uma análise comparativa entre Brasil e México, 2000-2015. 2007. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Minas Gerais, Belo Horizonte.

FHON, J. R. S. **A prevalência de quedas em idosos e a sua relação com a fragilidade e a capacidade funcional**. 2011. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, fev. 2008.

FIGVED, N. et al. Caregiver burden in multiple sclerosis: the impact of neuropsychiatric symptoms. **Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry**, Cidade, v. 78, p. 1097–1102, 2007.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 1999.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL – Bref”. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLORIANI, C. A. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 4, p. 341-345, 2004.

GARCIA, R. P. et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de doentes crônicos e as redes sociais de apoio. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 2820-2830, 2012.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço de psicogeriatria. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 8, n. 6, p. 835-841, 2004.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. As causas externas no Brasil nos anos 2000 a 2002: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, 2004.

GEORGE, L. K.; GWYTHYER, L. P. Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. **The Gerontologist**, Washington, v. 26, n.3, p. 253–259, 1986.

GIACOMIN, K. C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, jun. 2008.

GLOZMAN, J. M. Quality of life caregivers. **Neuropsychology Review**, New York, v. 14, n. 4, p.183-96, Dec. 2004.

GOLIMBET, V.; TRUBNIKOV, V. Evaluation of the dementia carees situation in Russia. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 16, n.1, p. 94-99, 2001.

GONÇALVES, L. H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, 2006.

GONÇALVES, L. H. T. et al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 458-466, 2011.

GRATÃO, A. C. M. **Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade**. 2010. 160 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GRATÃO, A. C. M. et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 873-880, 2010.

GRELHA, P. A. S. S. **Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário**: estudo sobre a influência da educação para a saúde na qualidade de vida. 2009. 173 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, 2009.

GRIEP, R. H. **Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró- Saúde**. 2003. 128 f. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, maio-jun. 2005.

GRUNDY, E. The epidemiology of aging. In: TALLIS, R.; FILLIT, H. (Eds.). **Brocklehurst's textbook of geriatric medicine and gerontology**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2003. p. 3-20.

GUEDEA, M. T. D. et al. Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 242-249, 2009.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1497-1508, 2010. Suplemento 1.

HAIR, J. F., JR. et al. **Multivariate data analysis with readings**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1995.

HAMILTON, L. C. **Statistics with STATA**. Belmont: Brooks-Cole/Thomson Learning, 2004.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 350-357, 2008.

INOUYE, K. et al. Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer: estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, p.2 6-32, 2010a.

INOUYE, K. et al. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 582-592, 2010b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse censo demográfico de 2010**. 2011. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>>. Acesso em: 23 maio 2011.

ISRAEL, N. E. N.; ANDRADE, O. G.; TEIXEIRA, J. J. V. A percepção do cuidador familiar sobre a recuperação física do idoso em condição de incapacidade funcional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1349-1356, 2011. Suplemento 1.

- KAMENSKI, G. et al. Characteristics and trends in required home care by GPs in Austria: diseases and functional status of patients. **BMC Family Practice**, v. 7, n. 1, p. 55, 2006.
- KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio-jun. 2003.
- KASUYA, R. T.; POLGAR-BAILEY, P.; TAKEUCHI, R. Caregiver burden and burnout: a guide for primary care physicians. **Postgraduate Medicine**, Minneapolis, v. 108, n. 7, p. 119-123, 2000.
- KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionada a variáveis sociais e de saúde. **Acta Fisiatrica**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 164-169, 2007.
- KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 9, p. 125.
- LAHAM, C. F. **Percepções de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar**. São Paulo. 2003. 161 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- LEITÃO, G. C. M.; ALMEIDA, D. T. O cuidador e sua qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 80-85, 2000.
- LEME, L. E. G.; SILVA, P. S. C. P. O idoso e a família. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. Cap. 9, p. 92-97.
- LEMOS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap.107, p. 892-897.
- LIMA, M. L. **Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores**. Ribeirão Preto. 2010. 124 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
- LIU, K. P. Y. et al. Activities of daily living performance in dementia. **Acta Neurologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 116, p. 91-95, 2007.
- LO, M. H. Health-promoting behavior and quality of life among caregivers and non-caregivers in Taiwan: a comparative study. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 65, n. 8, p. 1695–1704, 2009.
- LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar do idoso com doença de Alzheimer. **Acta Scientiarum Health Science**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 135-145, 2004.

MACHADO, F. N. **Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária**: um estudo com idosos dependentes. 2010. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MACHADO, R. A. et al. O cuidador familiar no foco do programa de assistência domiciliar de uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre. **Revista de Enfermagem e Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 39-49, 2011.

MARCON, S. S. et al. Rede social e família: o olhar sensível dos enfermeiros construtores da prática. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, p.31-39, 2009. Suplemento.

MARQUES, S.; RODRIGUES, R. A. P.; KUSUMOTA, L. O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 364-371, 2006.

MARTINS, J. J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 371-382, 2007.

MARTINS, J. J. et al. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 556-562, out./dez., 2009.

MATHIAS, T. A. F.; MELLO-JORGE, M. H. P.; ANDRADE, O. G. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 17-24, jan./fev. 2006.

MATSUDO, S. M. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde**, São Paulo, n. 47, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?>>. Acesso em: 23 set. 2012.

MAYOR, M. S.; RIBEIRO, O.; PAÚL, C. Estudo comparativo: percepção da satisfação de cuidadores de pessoas com demência e cuidadores de pessoas com AVC. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, p. 620-624, out. 2009.

MCDOWELL, I.; NEWELL C. **Measuring health**: a guide to rating scales and questionnaires. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 1996.

MCPHERSON, C. J. et al. The caregiving relationship and quality of life among partners of stroke survivors: a cross-sectional study. **Health and Quality of Life Outcomes**, London, v. 9, n. 1, p. 29, 2011.

MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. O Sistema de Informações sobre Mortalidade: problemas e propostas para seu enftretamento. II –

Causas Externas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 212-223, 2002.

MENDES P. M. T. Cuidadores heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, U. M. S. (Org.). **Envelhecimento com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 2004. p. 199-214.

MENDES, G. D.; MIRANDA, S. M.; BORGES, M. M. M. C. Saúde do cuidador de idosos: um desafio para o cuidado. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 3, n. 1, p. 408-421, jul./ago. 2010.

MENDES, M. R. S. S. B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.

MENEZES, T. N.; LOPES, F. J. M.; MARUCCI, M. F. N. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 10, n. 2, p. 168-177, 2007.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MONTALVO-PRIETO, A.; FLÓREZ-TORREZ, I. E. Cuidadores de Cartagena y su contexto de cuidado: estudio comparativo. **Aquichán**, Chia, v. 9, n. 2, p. 135-146, 2009.

MONTEIRO, C. R.; FARO, A. C. M. Avaliação funcional de idoso vítima de fraturas na hospitalização e no domicílio. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 719-724, set. 2010.

MONTEZUMA C. A.; FREITAS, M. C.; MONTEIRO, A. R. M. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 395-404, 2008.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 520-525, 2007.

MOREIRA, P. H. B. **Trabalho e qualidade de vida dos cuidadores domiciliares de idosos residentes em Teixeira, Minas Gerais**. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Viçosa, Viçosa, 2009.

MOREIRA, P. H. B. et al. Qualidade de vida de cuidadores de idosos vinculados ao Programa Saúde da Família – Teixeira, MG. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 433-440, 2011.

MORIMOTO, T.; SCHREINER, A. S.; ASANO, H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. **Age and Ageing**, Cidade, v. 32, n. 2, p. 218-223, 2003.

NAKATANI, A. Y. K. et al. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 144-150, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>>. Acesso em: 23 maio 2011.

NARDI, E. F. R. **Apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente**. 2007. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 8, n. 3, p. 428-435, 2009.

NARDI, E. F. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 47-53, mar. 2008.

NASCIMENTO, L. C. et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 514-517, 2008.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2008.

NOGUEIRA, R. P. A saúde da Physis e a saúde do Dasein em Heidegger. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 429-450, 2007.

OLIVA, A. L. **Apoio Social para dependentes do álcool**. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

OLIVEIRA, D. C. et al. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores em seguimento ambulatorial. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 234-240, 2011.

OLIVEIRA-CAMPOS, M.; CERQUEIRA, M. B. R.; RODRIGUES NETO, J. F. Dinâmica populacional e o perfil de mortalidade no município de Montes Claros (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1303-1310, 2011. Suplemento.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. (ONU). **Assembléia mundial das Nações Unidas sobre o envelhecimento**. Viena: ONU, 1982.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. (ONU). **Plano internacional de ação sobre o envelhecimento**. Assembleia Mundial Sobre el Envejecimiento 2. Madri: ONU, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, DF, 2003.

ORSO, Z. R. A. **Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis – RS**. 2008. 116 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

ORTH-GOMÉR. K.; UNDÉR, A. L. The measurement of social support in populations surveys. **Social Science & Medicine**, New York, v. 24, n. 1, p. 83-94, 1987.

ÖSTERGREN, P. O. et al. Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an Emergency Department – a case control study. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 33, p. 257-267, 1991.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.

PAPALÉO NETTO, M. Processos do envelhecimento e longevidade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 3-28.

PAPASTAVROU, E. et al. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 58, n. 5, p. 446-457, 2007.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZE, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, p. 383-391, 2005.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. 2000. 263 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. **Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 5, p. 49-70.

PEDRAZZI, E. C. **Arranjo domiciliar e apoio dos familiares aos idosos mais velhos**. 2008. 131 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PEDUZZI, P. et al. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, v. 49, n. 12, p. 1373-1379, 1996.

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

PICOLLI, F.; PEDROSO, M. Qualidade de vida de cuidadores não profissionais em portadores de Alzheimer. **Logos**, v. 17, n. 1, 1º sem., 2006. Especial Enfermagem.

PINTO, J. L. G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos da área rural assistida pelo PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753-764, 2006.

PINTO, M. F. et al. Qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 652-657, 2009.

PLATT, S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 15, n. 2, p. 383-393, 1985.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RAMOS, M. Impact of socioeconomic status on Brazilian elderly health. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 616-624, 2007.

RAVAGNI, L. A. C. O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades. In: BORN, T. (Org.). **Cuidar melhor e evitar a violência**: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. p. 53-58.

RAZANI, J. et al. Predicting caregiver burden from daily functional abilities of patients with mild dementia. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 55, n. 9, p. 1415-1420, Sep. 2007.

REIS, L. A. et al. Prevalência e padrão de distribuição do acidente vascular encefálico em idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico no município de Jequié, BA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 369-378, 2008.

RIBERTO M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiatrica**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.

RIBERTO M. et al. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiatrica**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RICARTE, L. F. C. S. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande**. 2009. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biomédicas) – Instituto de Ciências Biomédicas Abal Salazar, Universidade do Porto, Porto, 2009.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 801-808, nov.-dez. 2008.

RODRIGUES, J. S. M. **Família do doente com câncer: percepção de apoio social.** 2012. ? f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

RODRIGUES, P. R. El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependência: del familismo a los derechos de ciudadanía **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, Madrid, v. 40, p. 5-15, 2005. Suplemento.

RODRIGUES, S. L. A.; WATANABE, H. A. W.; DERNTL, A. M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 4, n. 40, p. 493-500, dez. 2006.

RODRIGUES, M. A. P. et al. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. S464-S476, 2009. Suplemento 3.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, 2007.

RODRÍGUES-SANCHEZ, E. et al. Relationships between quality of life and family function in caregiver. **BMC Family Practice**, Nova York, v. 15, p. 12-19, 2011.

ROGERO-GARCÍA, J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 83, n. 3, p. 393-405, 2009.

RONDINI, C. A. et al. Análise das relações entre qualidade de vida e sobrecarga de cuidadoras de idosos de Assis, SP. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 796-820, dez. 2011.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminilização da velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 7-19, 2002.

SANCHEZ, M. A. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 35-54 2000.

SANTOS, N. M. F. **Qualidade de vida e sobrecarga de estresse do cuidador de idoso com histórico de acidente vascular encefálico.** 2010. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Triangulo Mineiro, Uberaba, 2010.

SANTOS, P. A. **O familiar cuidador em ambiente domiciliário: sobrecarga física, emocional e social.** 2005. 121 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2005.

SANTOS, S. M. A. **O cuidador familiar de idosos com demências: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileira e brasileira.** 2003. ? f. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Revista Brasileira Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 12-17, 2002.

SCHENE, A. H. Objective and subjective dimensions of family burden: towards and integrative framework for research. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 25, n. 6, p. 289-297, Nov. 1990.

SCHULZ, R.; BEACH, S. R. Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects study. **JAMA**, Chicago, v. 282, n. 23, p. 2215–2219, 1999.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388-398, 2011.

SEQUEIRA, C. A. C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista Referência**, Coimbra, v. 2, n. 12, p. 9-16, mar. 2010.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS social support survey. **Social Science and Medicine**, New York, v. 38, n. 6, p. 705-714, 1991.

SIEGEL, S.; CASTELLAN, N. J., JR. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, C. B. D. C. A. **Qualidade de vida de idosos atendidos pelas equipes de saúde da família em Rio Grande / RS**. 2008. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SILVA, L.; GALERA, S. A. F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para familiares de idosos dependentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 397-403, 2007.

SILVA, L.; SILVA, M. C. L. S. R.; BOUSSO, R. S. Perfil de famílias de idosos frágeis atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 52-58, jan./mar. 2010.

SILVA, R. S. et al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 115-120, 2010.

SILVEIRA, C. L. et al. Rede social das cuidadores de familiares com doença crônica incapacitante no domicílio: implicações para a enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 8, n. 4, p. 667-674, 2009.

SILVEIRA, L. et al. Medida de Independência Funcional: um desafio para a Enfermagem. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 70-83, 2011.

SIT, J. W. et al. Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 13, n. 7, p. 816-824, 2004.

SOMMERHALDER C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar**. 2001. 95 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

SOUSA, A. G. et al. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com seqüelas neurológicas. **Conscientiae Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 497-502, 2008.

TALMELLI, L. F. S. **Nível de independência funcional de idosos com doença de alzheimer**. 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 41, p. 1403-1410, 1995.

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. **Psychological Medicine**, London, v. 28, n. 3, p. 551-558, 1998.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Cidade, v. 58, n. 4, p. 438-443, jul./ago. 2005.

THOMAS, P. et al. Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, Chichester, v. 21, n. 1, p. 50-56, 2006.

TIMM, L. A. **A qualidade de vida no idoso e sua relação com o locus de controle**. 2006. 58 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

TORRES, G. V. et al. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 39-44, 2009.

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.

URIZAR, A. C.; MALDONADO, J. G. Burden of care in families of patients with schizophrenia, **Quality of Life Research**, Oxford, v. 15, p. 719-724, 2006.

VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, M. V. (Org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998. p. 151-180.

VELLONE, E. et al. Quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 61, n. 2, p. 222-231, 2008.

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.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área de saúde: desafios para o setor privado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/22.pdf>>. Acesso em: 25 abril 2011.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

VILELA, L. P.; CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 3, p. 148-152, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2005.

YAMASHITA, C. H.; OLIVEIRA, M. A. C.; AMENDOLA, F. Validação da medida de avaliação da rede social e do apoio social de cuidadores familiares atendidos por equipes de saúde da família. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (SIICUSP), 17., 2009, São Paulo. CD on line, São Paulo: USP, 2009.

YAMASHITA, C. H. et al. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos por uma unidade de saúde da família no município de São Paulo. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 20-24, 2010.

ZANEI, S. V. S. **Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: Confiabilidade e concordância entre pacientes de unidade de terapia intensiva e seus familiares**. 2006. 135 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ZARIT, S. H.; ZARIT, J. M. **The memory and behavior problems checklist: 1987R and the burden interview (technical report)**. University Park: Pennsylvania State University, 1987.

ZARIT, S. H.; REEVER, K. E.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. **Gerontologist**, Washington, v. 20, n. 6, p. 649-655, 1980.

11. Qual o motivo que levou o Sr(a) à cuidar do Sr(a) (nome do idoso)?	
(1) Porque ele(a) pediu	(2) Por sua iniciativa (3) Decisão familiar
(4) Porque sou a única pessoa	(5) Outro motivo: _____
12. O Sr(a) tem ou teve alguma orientação para cuidar do Sr(a) (nome do idoso)?	
(0) Não	(1) Sim, se sim quem? _____
13. O Sr(a) tem ou teve alguma ajuda para cuidar do Sr(a) (nome do idoso)?	
(0) Não	(1) Sim, se sim quem? _____
14. O Sr(a) recebe ou recorre alguma ajuda de entidades assistenciais para cuidar do Sr(a) (nome do idoso)?	
(0) Não	(1) Sim, da igreja (2) Sim, de grupos da comunidade
(3) Sim, Clubes de serviço	(4) Sim, assistência social (5) Outro motivo: _____
15. ESTAS QUESTÕES SÃO RELACIONADAS AOS BENS QUE O(A) SR(A) E SUA FAMÍLIA POSSUEM.	
Quantas TELEVISÕES A CORES têm na sua casa	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais)
Quantos RÁDIOS têm na sua casa?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais)
Quantos BANHEIROS têm na sua casa?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais)
Quantos AUTOMÓVEIS sua família têm?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais)
Na sua casa trabalha EMPREGADA MENSALISTA?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais)
Quantas MÁQUINAS DE LAVAR têm na sua casa?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais)
Quantos VÍDEOSCASSETE E/OU DVD têm na sua casa?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais)
Quantas GELADEIRAS têm na sua casa?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais)
Na sua casa tem FREZEER (aparelho independente da geladeira)?	(0) (1) (2) (3) (4 ou mais)
Até que série o(a) chefe da sua família estudou?	Anos completos de estudo:
_____	___ __ anos

APÊNDICE C – OFÍCIO SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Ribeirão Preto, 21 de Março de 2011.

Ilmo Sr.

José Roberto Vidotto

Secretário Municipal de Saúde de Arapongas - Pr

Prezado Senhor:

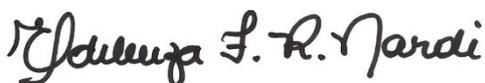
Estamos realizando uma pesquisa como Tese de Doutorado junto ao Programa de pós-graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP intitulada: Apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. Necessitamos entrevistar cuidadores familiares de idosos dependentes residentes nas áreas de abrangência das equipes do Programa Saúde da Família deste Município.

O objetivo do estudo é avaliar o apoio social, a sobrecarga e a qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes, além de avaliar o grau de dependência dos idosos participantes do estudo, bem como, caracterizar o perfil destes idosos e seus respectivos cuidadores familiares.

Para tanto, solicitamos autorização para coleta de dados junto ao cadastro de idosos de cada área de atuação do Programa Saúde da Família deste Município, bem como, junto aos cuidadores familiares de Idosos dependentes.

No aguardo da autorização do Senhor Secretário.

Atenciosamente.



Prof^a Dr^a Namie Okino Sawada

Doutoranda do Programa de
Pós-graduação da EERP/USP



Edileuza de F. Rosina Nardi

Orientadora e Docente do Programa de
pós-graduação Enfermagem
Fundamental da EERP/USP

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: Rede e Apoio Social, Sobrecarga e Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes

Prezado (a) Senhor (a):

Estamos realizando um estudo com cuidadores de idosos dependentes residentes no Município de Arapongas, Paraná. O objetivo deste trabalho é avaliar a rede e apoio social, a sobrecarga e a qualidade de vida do cuidador familiar de idosos dependentes.

Necessitamos realizar entrevistas com cuidadores de idosos dependentes. Ressalta-se que os nomes dos participantes serão mantidos em sigilo.

Solicitamos, portanto, sua autorização enquanto participante da pesquisa, para divulgação do conteúdo de sua entrevista, que muito contribuirá para realização deste trabalho.

O senhor (a) terá a liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo inclusive, retirar-se em qualquer etapa da mesma não lhe causando nenhum prejuízo.

Esta pesquisa também não trará despesas, gastos ou danos para os entrevistados e, caso haja, serão ressarcidos.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a aluna pesquisadora Edileuza de Fátima Rosina Nardi, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, participar do mesmo.

_____ Data: ___/___/___

Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Eu, **Edileuza de Fátima Rosina Nardi**, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.



ANEXO A - CADASTRO DE SAÚDE DO IDOSO – ARAPONGAS

UNIDADE BÁSICA: _____

ÁREA: _____ MICROÁREA: _____

Nome: _____

Endereço: _____ Nº: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____ Idade: _____ anos

Sexo: () feminino () masculino

Estado Civil: () casado () solteiro () viúvo () separado () outros

Escolaridade: () analfabeto () até 4 anos () 4 a 8 anos () 8 anos e mais

Nº.de pessoas com quem vive no domicílio: _____ quantos adultos: _____ quantas crianças: _____

Fonte de Renda do idoso: () Aposentadoria () Pensão () Dependente () Outras: _____

Atividade Atual: _____

Hábitos de vida:

Fumo: () Sim () Não

() Fumo frequentemente – Tipo: _____

() Fumo raramente - Quantidade: _____

() Parei de fumar – Há quanto tempo: _____

Bebida Alcoólica: () Sim () Não

() Bebo frequentemente – Tipo de bebida _____

() Bebo raramente – Quantidade: _____

() Parei de Beber – Há quanto tempo: _____

Atividade Física: () Sim () Não

() Faço frequentemente – Tipo: _____

() Faço raramente – Frequência: _____

() Parei de fazer – Há quanto tempo: _____

Situação gregária:

() Convive com companheiro e filho(s)

() Convive com companheiro, com laços conjugais e sem filhos

() Convive com companheiro, com filhos e/ou outros familiares

() Convive com outras pessoas, sem laços consangüíneos e/ou laços conjugais

() Convive somente com filhos(as)

() Convive com outros familiares

() Vive só

Cuidador/ acompanhante: () sim () não.

Se SIM qual o grau de parentesco: _____

Auto-percepção da saúde:

- () muito boa – (9-10)
 () boa – (7-8)
 () regular – (5-6)
 () ruim – (3-4)
 () muito ruim – (2-1)

Problemas atuais de saúde:

- () cardiopatia () hipertensão () renal () diabetes () hepatopatia
 () câncer () neurológico () hematológico () psiquiátrico () ortopédico
 () obesidade () outros: _____

Quedas nos últimos 3 anos:

ANO						
Nº DE QUEDAS						
TEVE FRATURA (SIM OU NÃO)						

Internações nos últimos 3 anos:

ANO						
Nº DE INTERNAÇÕES						
MOTIVO DE INTERNAÇÃO						

Medicamentos em uso:

Nome do Medicamento	Dose	Frequência	Nome do Medicamento	Dose	Frequência

Histórico de Vacinação:

VACINA	DATA	VACINA	DATA

ÍNDICE DE ATIVIDADES ROTINEIRAS DO PACIENTE - ÍNDICE DE KATZ

1. Tomar banho (esponja, chuveiro ou banheira):

- (I) Não precisa de ajuda.
- (I) Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo.
- (D) Precisa de ajuda para higiene completa.

1. Vestir-se:

- (I) Pega as roupas e veste-se sem nenhuma ajuda.
- (I) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, com exceção de amarrar os sapatos.
- (D) Precisa de ajuda para pegar as roupas ou para se vestir, ou fica parcial ou completamente não vestido.

2. Ir ao banheiro:

- (I) Vai ao banheiro, faz a higiene, e se veste sem ajuda (mesmo usando um objeto para suporte como bengala, andador, cadeira de rodas, e pode usar urinol à noite, esvaziando este de manhã).
- (D) Recebe ajuda para ir ao banheiro, ou para fazer a higiene, ou para se vestir depois de usar o banheiro, ou para o uso do urinol a noite.
- (D) Não vai ao banheiro para fazer suas necessidades.

3. Locomoção:

- (I) Entra e sai da cama, assim como da cadeira, sem ajuda (pode estar usando objeto para suporte, como bengala ou andador).
- (D) Entra e sai da cama ou da cadeira com ajuda.
- (D) Não sai da cama.

4. Continência:

- (I) Controla a urina e movimentos do intestino completamente por si próprio.
- (D) Tem acidentes ocasionais.
- (D) Supervisão ajuda a manter o controle de urina ou intestino, cateter é usado, ou é incontinente.

5. Alimentação:

- (I) Alimenta-se sem ajuda.
- (I) Alimenta-se, com exceção no caso de cortar a carne ou passar manteiga no pão.
- (D) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou completamente por meio de tubos ou fluidos intravenosos.

01	Independente em todas as funções
02	Dependente em apenas uma função
03	Dependente em duas funções
04	Dependente em três funções
05	Dependente em quatro funções
06	Dependente em cinco funções
07	Dependente em todas as funções

ANEXO B - MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)

- (1) Assistência total (faz menos de 25%)
- (2) Assistência máxima (Faz pelo menos 25%)
- (3) Assistência Moderada (faz de 50 a 74%)
- (4) Assistência Contato Mínimo (faz 75 % ou mais)
- (5) Supervisão Preparação (apenas presença física – sugerir, preparar itens – sem contato)
- (6) Independência modificada (dispositivo de ajuda, tempo superior, riscos de segurança)
- (7) Independência Completa (tempo razoável/ sem alterações/ segurança)

DIMENSÕES	FUNÇÕES	1	2	3	4	5	6	7
AUTOUIDADO	Alimentação							
	Higiene Pessoal							
	Banho							
	Vestir-se acima da cintura							
	Vestir-se abaixo da cintura							
	Uso do Vaso Sanitário							
CONTROLE DE ESFINCTER	Controle da Urina							
	Controle das Fezes							
TRANSFERENCIA	Transferência leito, cadeira, cadeira de rodas							
	Transferência vaso sanitário							
	Transferência chuveiro							
MOBILIDADE	Locomoção (M) (C)							
	Escadas							
COMUNICAÇÃO	Compreensão () Sonora () Visual							
	Expressão () Vocal () Não Vocal							
COGNIÇÃO SOCIAL	Interação Social							
	Resolução dos Problemas							
	Memória							

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

CERTIFICADO

Certificamos que **Edileuza de Fátima Rosina Nardi** participou do “Curso de Capacitação para uso da Medida de Independência Funcional MIF”, promovido do pelo Instituto de Reabilitação Lucy Montoro de Ribeirão Preto, no dia 24 de setembro de 2010, com carga horária de 8 horas.

Ribeirão Preto, 24 de setembro de 2010.



Prof. Dr. Marcelo Riberto
Coordenador Supervisor das Atividades Assistenciais – IRLM - RP

excelência em saúde desde 1956



ANEXO D – INSTRUMENTO DE MEDIDA DE REDE E APOIO SOCIAL

REDE SOCIAL (FAMÍLIA E AMIGOS)
1. Com quantos parentes o Sr(a) se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo? ___ ___ parentes
2. Com quantos amigos o Sr(a) se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo? ___ ___ amigos
3. Nos últimos 12 meses o Sr(a) participou de práticas esportivas em grupo (futebol, basquete, vôlei) ou atividades artísticas em grupo? (1) Não → PULE PARA A QUESTÃO 44 (2) Sim
Qual a frequência que o Sr(a) participa dessas atividades? (0) Mais de uma vez por semana (1) uma vez por semana (2) 2-3 vezes por semana (3) Algumas vezes no ano (4) uma vez por ano
4. Nos últimos 12 meses o Sr(a) participou de reuniões de associações de moradores ou funcionários, sindicatos ou partidos políticos? (1) Não → PULE PARA A QUESTÃO 46 (2) Sim
Qual a frequência que o Sr(a) participa dessas atividades? (0) Mais de uma vez por semana (1) uma vez por semana (2) 2-3 vezes por semana (3) Algumas vezes no ano (4) uma vez por ano
5. Nos últimos 12 meses o Sr(a) participou de trabalho voluntário não remunerado, em organizações não governamentais (ONGs), de caridade ou outra similar? (1) Não → PULE PARA A QUESTÃO 48 (2) Sim
Qual a frequência que o Sr(a) participa dessas atividades? (0) Mais de uma vez por semana (1) uma vez por semana (2) 2-3 vezes por semana (3) Algumas vezes no ano (4) uma vez por ano
APOIO SOCIAL
6. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém se ficar de cama? (1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre
7. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém para lhe ouvir, quando o Sr(a) precisa falar? (1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre
8. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? (1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre
9. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém para levá-lo ao médico? (1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre
10. Com que frequência alguém demonstra afeto e amor pelo Sr(a)? (1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre
11. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém para se divertir junto? (1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre
12. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém para lhe dar a informação que o(a) ajude a compreender em uma determinada situação? (1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre
13. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas? (1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre
14. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém para lhe dar um abraço? (1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre
15. Se precisar, com que frequência o Sr(a) tem com quem relaxar? (1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre

<p>16. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém para preparar suas refeições, caso o Sr(a) não puder prepará-las?</p> <p>(1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre</p>
<p>17. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém de quem realmente quer conselhos?</p> <p>(1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre</p>
<p>18. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém com quem distrair a cabeça?</p> <p>(1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre</p>
<p>19. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém para ajudá-lo nas suas tarefas diárias, caso fique doente?</p> <p>(1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre</p>
<p>20. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?</p> <p>(1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre</p>
<p>21. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?</p> <p>(1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre</p>
<p>22. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém, com quem fazer coisas agradáveis?</p> <p>(1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre</p>
<p>23. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém que compreenda seus problemas?</p> <p>(1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre</p>
<p>24. Se precisar, com que frequência o Sr(a) conta com alguém que o Sr(a) ame e faça se sentir querido?</p> <p>(1) Nunca (2) raramente (3) às vezes (4) quase sempre (5) sempre</p>

ANEXO E – ZARIT BURDEN INTERVIEW

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. O(a) Sr(a) sente que SR(A) (NOME DO IDOSO) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com SR(A) (NOME DO IDOSO) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de SR(A) (NOME DO IDOSO) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de SR(A) (NOME DO IDOSO)?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando SR(A) (NOME DO IDOSO) está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que SR(A) (NOME DO IDOSO) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de SR(A) (NOME DO IDOSO)?					
8. O(a) Sr(a) sente que de SR(A) (NOME DO IDOSO) depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando SR(A) (NOME DO IDOSO) está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com SR(A) (NOME DO IDOSO)?					
11. O(a) Sr(a) sente que Não tem tanta privacidade como gostaria por causa de SR(A) (NOME DO IDOSO)?					
12. O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de SR(A) (NOME DO IDOSO)?					
13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de SR(A) (NOME DO IDOSO)?					
14. O(a) Sr(a) sente que SR(A) (NOME DO IDOSO) espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de SR(A) (NOME DO IDOSO) somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de SR(A) (NOME DO IDOSO) por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de SR(A) (NOME DO IDOSO)?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de SR(A) (NOME DO IDOSO)?					
19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por SR(A) (NOME DO IDOSO)?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por SR(A) (NOME DO IDOSO)?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de SR(A) (NOME DO IDOSO)?					
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de SR(A) (NOME DO IDOSO)?					

S*: Nome do Idoso(a)

Nunca: 0 Raramente:1 Algumas vezes: 2 Frequentemente:3 Sempre:4

ANEXO F – INSTRUMENTO QUALIDADE DE VIDA WHOQOL- BREF

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA QUALIDADE DE VIDA
<p>1. Como você avaliaria a sua qualidade de vida?</p> <p>(1) muito ruim (2) ruim (3) nem ruim, nem boa (4) boa (5) muito boa</p>
<p>2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?</p> <p>(1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito, nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito</p>
<p>3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?</p> <p>(1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente</p>
<p>4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</p> <p>(1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente</p>
<p>5. O quanto você aproveita a vida?</p> <p>(1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente</p>
<p>6. Em que medida você acha que a sua vida faz sentido?</p> <p>(1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente</p>
<p>7. O quanto você consegue se concentrar?</p> <p>(1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente</p>
<p>8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?</p> <p>(1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente</p>
<p>9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?</p> <p>(1) nada (2) muito pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) extremamente</p>
<p>10. Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?</p> <p>(1) nada (2) muito pouco (3) médio (4) muito (5) completamente</p>
<p>11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?</p> <p>(1) nada (2) muito pouco (3) médio (4) muito (5) completamente</p>
<p>12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?</p> <p>(1) nada (2) muito pouco (3) médio (4) muito (5) completamente</p>
<p>13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?</p> <p>(1) nada (2) muito pouco (3) médio (4) muito (5) completamente</p>
<p>14. Em que medida você tem oportunidade de atividades de lazer?</p> <p>(1) nada (2) muito pouco (3) médio (4) muito (5) completamente</p>

<p>15. Quão bem você é capaz de se locomover?</p> <p>(1) muito ruim (2) ruim (3) nem ruim nem bom (4) bom (5) muito bom</p>
<p>16. Quão satisfeito você está com o seu sono?</p> <p>(1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito, nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito</p>
<p>17. Quão satisfeito você está com a sua capacidade de desempenhar atividades do seu dia-a-dia?</p> <p>(1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito, nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito</p>
<p>18. Quão satisfeito você está com a sua capacidade para o trabalho?</p> <p>(1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito, nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito</p>
<p>19. Quão satisfeito você está consigo mesmo?</p> <p>(1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito, nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito</p>
<p>20. Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?</p> <p>(1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito, nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito</p>
<p>21. Quão satisfeito você está com sua vida sexual?</p> <p>(1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito, nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito</p>
<p>22. Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe dos seus amigos?</p> <p>(1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito, nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito</p>
<p>23. Quão satisfeito você está com as condições do local em que mora?</p> <p>(1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito, nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito</p>
<p>24. Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</p> <p>(1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito, nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito</p>
<p>25. Quão satisfeito você está com o seu meio de transporte?</p> <p>(1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem satisfeito, nem insatisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito</p>
<p>26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</p> <p>(1) Nunca (2) algumas vezes (3) frequentemente (4) muito frequentemente (5) sempre</p>

ANEXO G – APROVAÇÃO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade Norte do Paraná Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

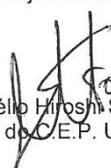
PROTOCOLO: *PP/0049/10*
 RESPONSÁVEL: *Edileuza de Fatima Rosina Nardi*
 CATEGORIA DE PROJETO: *Capacitação*

O Comitê de Ética em Pesquisa da Unopar analisou e APROVOU quanto ao aspecto ético o projeto **“Apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes.”**

O CEP/UNOPAR estabelece:

- a) O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- b) O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UNOPAR (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- c) O CEP/UNOPAR deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alteram o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP/UNOPAR junto com seu posicionamento.
- d) Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/UNOPAR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- e) Semestralmente devem ser encaminhados relatórios parciais e ao término do projeto o relatório final.

Londrina, 28 de junho de 2011.


 Prof. Dr. Hélio Hiroshi Suguimoto
 Presidente do C.E.P. UNOPAR

ANEXO H – AUTORIZAÇÃO COLETA DE DADOS

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAPONGAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Juruti, ao lado da 1.177
Telefone (43) 3902-1082

Arapongas, 01 de Abril de 2011.

Em resposta ao ofício enviado, vimos através deste, **autorizar** a coleta de dados da pesquisa intitulada: Apoio social, sobrecarga e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes, do Programa de pós-graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Os pesquisadores poderão ter acesso aos dados do cadastro de idosos de cada área de atuação do Programa Saúde da Família deste Município, bem como, aos cuidadores familiares de idosos dependentes identificados e que residam nas áreas do referido programa.

Certos de podermos estar colaborando.

Atenciosamente

José Roberto Vidotto
Secretário Municipal
de Saúde

José Roberto Vidotto
Secretário Municipal de Saúde