

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**QUALIDADE DE VIDA DO FAMILIAR CUIDADOR DE IDOSOS
DEPENDENTES NO DOMICÍLIO**

KARLA FERRAZ DOS ANJOS

JEQUIÉ/BA

2013

KARLA FERRAZ DOS ANJOS

**QUALIDADE DE VIDA DO FAMILIAR CUIDADOR DE IDOSOS
DEPENDENTES NO DOMICÍLIO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde, Área de concentração em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Família em seu ciclo vital

Orientadora: Prof^a. DSc. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Co-orientador: Prof. DSc. Rafael Pereira de Paula

JEQUIÉ/BA

2013

Anjos, Karla Ferraz dos.

A619 Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio/Karla Ferraz dos Anjos - Jequié, UESB, 2013.

109 f: il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013. Orientadora: Prof^a. DSc. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery.

1. Idosos dependentes no domicílio – Qualidade de vida do familiar cuidador 2. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio – Apoio social I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 613.7044

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANJOS, Karla Ferraz dos. **Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio**. 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

Banca Examinadora



Prof^a. Dr^a. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde
Orientadora e presidente da banca examinadora



Prof^a. Dr^a. Alba Benemerita Alves Vilela

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde



Prof^a. Dr^a. Larissa Chaves Pedreira

Universidade Federal da Bahia
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Jequié/BA, 25 de Novembro de 2013

DEDICADO

À **Deus**, dom da vida, presença constante, razão da minha vida.
Aos meus pais, **Maria Elza Ferraz** (*in memoriam*) e **Joel Azevedo**, pelo amor,
exemplo de vida, dedicação, perseverança, apoio e confiança.
Aos meus irmãos e grandes amigos **Kátia, Joelbson, Júnior, Joane, Jonas e
Clarisse** pelo carinho, amor, convivência, incentivo e torcida.
As minhas sobrinhas **Stephany, Emilly e Lara Maria** pelas alegrias que me
proporcionam e por fazer parte de minha vida.
Aos meus cunhados **Lourival e Nádila** por me apoiar nesta caminhada.
A **Vanessa Cruz** por sua amizade e parceria acadêmica.
Aos **cuidadores de idosos** que se disponibilizaram em participar do estudo.

AGRADECIMENTOS

À **Jesus Cristo**, luz que ilumina minha vida e razão da minha existência, por estar presente em todos momentos da minha existência.

A minha orientadora, Professora **DSc. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery**, pela disponibilidade, acolhimento, cuidado, compreensão, preciosas contribuições, confiança depositada em mim e por compartilhar suas experiências e conhecimentos com dedicação, paciência, sabedoria e competência. Obrigada por tudo!!!

Ao meu co-orientador, Professor **DSc. Rafael Pereira de Paula**, pela oportunidade que me concedeu em participar significativamente na construção deste estudo, seu profissionalismo, atenção e apoio nesta etapa.

Ao Professor **DSc. Eduardo Nagib Boery**, pelo apoio, humildade, participação e ensinamentos que me proporcionou na elaboração deste estudo.

À Professora **DSc. Larissa Chaves Pedreira** e a Professora **DSc. Maria Lúcia Silva Servo**, pela presteza em dispor de seu tempo em participarem da banca de exame de qualificação e da banca de sustentação da dissertação, com valiosas contribuições, com competência, carinho e responsabilidade para a construção desse conhecimento.

A **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)** pelo apoio nos momentos em que se fizeram necessários para a concretização deste estudo.

Aos **Professores e coordenação** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), pela atenção, empenho, sabedoria, aprendizagens, dedicação e trabalho realizado no curso de mestrado.

Ao Professor **DSc. César Augusto Casotti** e as Professoras **DSc. Alba Benemérita Alves Vilela** e **DSc. Edite Lago da Silva Sena**, pelo apoio e atenção dispensados sempre que as solicitei.

A minha família, em especial, a **Maria Elza** (*in memoriam*), **Joel, Kátia, Joelbson, Júnior, Stephany, Emilly, Lara Maria, Lourival, Nádila, Joane, Jonas e Clarisse**, que foram minha rede de apoio e que, em diversos momentos, cada um de sua maneira especial, me incentivou e compartilhou de meus sonhos, apoiou e torceu por mais esta vitória.

A minha amiga **Vanessa Cruz** pelo estímulo, companheirismo, momentos de alegrias, aprendizagens, colaboração e disponibilidade em contribuir na elaboração deste estudo. E dona **Valmira**, pelo carinho e incentivos.

À todos os **colegas do PPGES** pela convivência, aprendizagens, momentos de alegrias e amizades construídas. Em especial à **Jules, Doane, Marcela, Flávia, José Carlos e Saulo**. E aos **amigos** pelo incentivo, carinho e apoio.

Aos gestores e profissionais de saúde do município de Manoel Vitorino, onde ocorreu a pesquisa, especialmente, aos **Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde**, pela oportunidade que me concederam, disponibilidade e colaboração para a realização deste estudo.

Aos **cuidadores familiares de idosos** que me receberam em seus domicílios se dispondo em participar da pesquisa. Além de me ter oportunizado essa experiência em trabalhar com o cuidado.

Aos membros do **Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida**, pelos aprendizados construídos juntos.

A **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb)**, pela concessão da bolsa de estudos.

Aos **funcionários da UESB e do PPGES** pelo apoio nos momentos que precisei e pela forma gentil com que realizam seus trabalhos.

Agradeço a todos que contribuíram para que este sonho se tornasse uma realidade.

Muito Obrigada!

"Cuidar, prestar cuidados, tomar conta é, antes de tudo, um ato de vida... É ajudar a viver, voltar a dar vida."

Marie-Françoise Collière

ANJOS, Karla Ferraz dos. **Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio**. 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

RESUMO

O cuidador familiar de idosos assume a responsabilidade de oferecer cuidados àqueles indivíduos que necessitam, sobretudo, com a perda progressiva da independência e autonomia. Essa tarefa, acrescida às atividades cotidianas, pode desencadear esgotamento físico e mental no cuidador, principalmente, por conta da sobrecarga de tarefas, prejudicando, desse modo, a sua qualidade de vida (QV). O objetivo geral do estudo é avaliar a qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio e, os objetivos específicos, descrever as características sociodemográficas do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio; identificar o quanto os cuidados prestados aos idosos dependentes influenciam na qualidade de vida do familiar cuidador; verificar a associação de características sociodemográficas e sobrecarga de atividades cotidianas com a qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes; e averiguar a associação entre o apoio social e a qualidade de vida de familiares cuidadores de idosos dependentes no domicílio. Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, realizado com 58 familiares cuidadores de idosos dependentes, cadastrados em Estratégias Saúde da Família (ESF), da zona urbana do município de Manoel Vitorino, Bahia, no período de janeiro a fevereiro de 2013. Os dados foram coletados a partir dos instrumentos: sociodemográficos, Katz, *ZaritBurden Interview (ZBI)* e *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*. A análise ocorreu a partir da estatística descritiva, de correlação e regressão linear múltipla. A maioria dos cuidadores foram mulheres, cuidava em tempo integral, apresentava sobrecarga moderada a severa e está satisfeito com as Relações Sociais e apoio social recebido. O maior escore da QV foi no domínio físico e o menor no domínio meio ambiente. A escala *Zarit* associou-se negativamente com todos os domínios do *WHOQOL-bref*, o que pode predizer impactos do cuidar sobre a QV dos cuidadores estudados. Há evidência da necessidade de ampliação do apoio social aos cuidadores e, portanto, orientações são importantes para prevenir implicações à saúde, sobrecarga e desgaste biopsicossocial, proporcionando assim, condições favoráveis à QV desses cuidadores.

DESCRITORES: Cuidadores. Idoso. Família. Qualidade de vida. Apoio social.

ANJOS, Karla Ferraz dos. **The quality of life of the relative caregiver of dependent elderly on domicile**. 2013. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

ABSTRACT

The relative caregiver of elderly assumes the responsibility of providing care to those individuals who require, above all, with the progressive loss of independence and autonomy. This task, plus everyday activities, can trigger physical and mental exhaustion in the caregiver, mainly due to the overhead of tasks, thus impairing their quality of life (QOL). The overall objective of the study is to assess the quality of life of the relative caregiver for dependent elderlies at home and, the specific objectives, to describe the socio-demographic characteristics of the relative caregiver of dependent elderlies at home; identifying how the care for the dependent elderly influence on the relative caregiver's quality of life; and to check the association of socio-demographic characteristics and overload of everyday activities with the relative caregiver's quality of life of dependent elderlies; and to determine the association between social support and quality of life of relative caregivers of dependent elderlies at home. This is a cross-sectional and quantitative study conducted with 58 relative caregivers of dependent elderlies, registered in the Family Health Strategy (FHS), of the urban area of the municipality of Manoel Vitorino, Bahia; in the period from January to February 2013. The data were collected from the instruments: socio-demographic, Katz, *Zarit Burden Interview (ZBI)* and *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*. The analysis took place from the descriptive statistics, of correlation and multiple linear regression. Most caregivers were women, full-time care, showed moderate to severe overload and are satisfied with social relations and social support received. The biggest score of the QOL was in the physical domain and the smallest in domain environment. The Zarit scale associated negatively with all areas of the *WHOQOL-bref*, what can predict impacts of caring about the QOL of caregivers studied. There is evidence of the need for expansion of social support to caregivers and, therefore, are important guidelines to prevent the health implications, overload and biopsychosocial strain, thus, favorable conditions for the QOL of those caregivers.

DESCRIPTORS: Caregivers. Elderly. Family. Quality of life. Social support.

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividade Básica de Vida diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVD	Atividade de Vida Diária
BA	Bahia
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CREASI	Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
Dp	Desvio padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
GM/MS	Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde
IDH	Índice de desenvolvimento humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ID	Internação Domiciliar
i.e.	Isto é, ou seja.
IGQV	Índice Geral de Qualidade de Vida
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PID	Programa Internação Domiciliar
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
QV	Qualidade de Vida
SAIS	Superintendência Assistência Integral à Saúde
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SPSS	Software <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
Sr.	Senhor
SUS	Sistema Único de Saúde
UESB	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
WHOQOL-bref	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
ZBI	<i>Zarit Burden Interview</i>

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

- Tabela 1** Características dos cuidadores familiares do estudo qualidade de vida de familiares cuidadores de idosos dependentes no domicílio. Manoel Vitorino- BA, 2013..... 46
- Tabela 2** Coeficientes de correlação de *Spearman* (r_{sp}) entre os domínios do *WHOQOL-bref* e demais variáveis do estudo qualidade de vida de familiares cuidadores de idosos dependentes no domicílio. Manoel Vitorino - BA, 2013..... 48
- Tabela 3** Modelo de regressão linear múltiplo final para o IGQV do estudo qualidade de vida de familiares cuidadores de idosos dependentes no domicílio. Manoel Vitorino - BA, 2013..... 48

MANUSCRITO 2

- Tabela 1** Estatística descritiva do Índice Geral de Qualidade de Vida e dos domínios do *WHOQOL-bref* do estudo apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicilio. Manoel Vitorino, Bahia, Brasil, 2013..... 65
- Tabela 2** Modelo de regressão linear múltipla final para o domínio Relações Sociais do estudo apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicilio. Manoel Vitorino, Bahia, Brasil, 2013..... 65

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Objetivo Geral.....	16
2.2	Objetivos específicos.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	O envelhecimento enquanto processo: a perda progressiva da independência e autonomia.....	17
3.2	O processo de cuidar em domicílio: o cuidador familiar e o idoso dependente.....	21
3.3	Qualidade de vida e estratégias preventivas do familiar cuidador para a manutenção da saúde.....	30
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	34
4.1	Tipo de estudo.....	34
4.2	Local e período do estudo.....	34
4.3	População da pesquisa.....	35
4.4	Instrumentos e técnicas de coleta de dados.....	36
4.5	Processamento, apresentação e análise dos dados	38
4.6	Ética na pesquisa.....	38
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
5.1	Manuscrito 1 - QUALIDADE DE VIDA DE FAMILIARES CUIDADORES DE IDOSOS DEPENDENTES NO DOMICÍLIO.....	39
5.2	Manuscrito 2 - APOIO SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES.....	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICE A - Formulário sociodemográfico.....	87
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	89
	ANEXO A - <i>Index</i> de Independência nas Atividades da Vida Diária.....	90
	ANEXO B - <i>Zarit Burden Interview</i> (ZBI).....	91
	ANEXO C - Questionário <i>WHOQOL-bref</i>	93
	ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP/UESB.....	96
	ANEXO E - Normas da Revista <i>Texto & Contexto Enfermagem</i>	99
	ANEXO F - Normas da Revista da Escola de Enfermagem da USP.....	103

1 INTRODUÇÃO

Estudo sobre a qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio, com vistas à obtenção de dados capazes de evidenciar a realidade vivida por esses cuidadores no desempenho de suas funções.

A família constitui-se em rede informal de apoio às pessoas idosas, uma vez que realiza o cuidado geralmente de maneira voluntária, sendo parceira das redes formais de apoio social, que são formadas por profissionais com formação especial para oferecer cuidados a estes indivíduos. O cuidador familiar de idosos assume, então, uma responsabilidade de oferecer cuidados aqueles que necessitam, porém, este cuidar pode influenciar sua qualidade de vida (QV).

É no contexto familiar que o idoso tem o seu mais efetivo meio de sustentação e pertencimento, e onde o apoio social e de saúde faz-se indispensável e pertinente. Assim, é na família que recai a busca inicial para a responsabilidade de um cuidador e, nesta procura, seus membros lançam mão de diferentes recursos, os quais, algumas vezes, de maneira impositiva e outras, de forma velada, são pedidos e aceitos pelo idoso como algo inevitável (BRAZ; CIOSAK, 2009).

Com o envelhecimento da população e queda da mortalidade, principalmente, a partir da década de 60, houve aumento da morbidade com aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Isso demonstra uma transição demográfica e epidemiológica, com elevação de fatores de risco associados a longevidade de brasileiros, levando assim, a dependência de parte dessa população, o que ocorre também pelo envelhecimento dos sistemas.

Neste contexto, as pessoas tendem a estar mais vulneráveis ao adoecimento, advento que ocorre em significativa parcela da população idosa, o que torna alguns desses indivíduos dependentes de cuidados que são prestados, na maioria das vezes, no domicílio, sendo que a família passa a ser a principal instituição de apoio, o que é reforçado pelas políticas públicas voltadas para o idoso.

Vários são os idosos que estão se tornando menos autônomos e dependentes de cuidados de outras pessoas que são, cada vez mais, realizados por outro idoso. Isso acontece, diversas vezes, devido o cuidador ser o cônjuge (PACHECO et al., 2007). Situação que pode influenciar em risco de sobrecarga para o indivíduo que cuida, vez que se trata de indivíduo que também é idoso e já apresenta declínio em suas funções.

Estima-se que no Brasil 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica e, além disso, em torno de 10% destes possuem sobreposição de afecções concomitantes. Logo, a situação de cronicidade e longevidade contemporânea de brasileiros contribui para o aumento da população idosa com limitações funcionais, exigindo, a necessidade de cuidados diários constantes (GONÇALVES et al., 2006).

A dependência é um estado em que se encontram diversas pessoas que, por razões relacionadas à falta ou perda de autonomia física e/ou psíquica, requer assistência e/ou ajuda de outra pessoa para realizar suas Atividades de Vida Diárias (AVD), consideradas como lavar-se, vestir-se, ir ao banheiro, locomover-se, ter controle de esfínteres e alimentar-se. Essa situação de dependência é um problema que gera implicações psicossociais, econômicas, políticas e financeiras, tanto para os indivíduos dependentes, como os que têm que dispor de tempo para cuidar da pessoa com alguma dependência (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

No Brasil, principalmente devido a fatores socioeconômicos das famílias, o papel de cuidador, considerado como agente fundamental no processo de cuidado e reabilitação, é gerado no domicílio, situação que, por vezes, acaba provocando mudanças na família e sobrecarregando, o cuidador (NICKEL et al., 2010).

É justificável, então, a pretensão em construir este estudo que será direcionado para o cuidador familiar de idosos dependentes, vez que os cuidados prestados a esses acontecem geralmente no domicílio, ficando sob a responsabilidade de algum membro da família que, em certas ocasiões, chega a ser uma atividade desgastante e se constituir em fator de risco à saúde do cuidador, assim como influenciar em sua QV.

Diante desse contexto, a motivação como profissional da área da saúde em aprofundar o conhecimento nesta temática advém da visão de que os cuidadores informais necessitam de apoio social principalmente da rede formal para realizar o cuidado aos idosos. Também, evidenciado pela prática desde a graduação, quando houve os primeiros contatos com os idosos e seus cuidadores, oportunidade de constatar a relevância do cuidador para o idoso dependente. Neste contexto, faz-se necessário identificar as demandas dos cuidadores, para que por meio de políticas públicas, estes indivíduos sejam, também, assistidos pela equipe de saúde.

Além disso, pela experiência em um hospital geral - estágio voluntário e estudos na área do envelhecimento houve a observação de que vários cuidadores têm satisfações ao realizar o cuidado, ao tempo, em que enfrentam sobrecarga de

atividades cotidianas, acrescidas às de cuidar do idoso, especialmente quando não existe apoio social instituído. Assim, essa tarefa pode influenciar no bem-estar, qualidade de vida, assim como, se tornar fator de risco à saúde do cuidador, sobretudo, quando se trata de indivíduos com condições econômicas desfavoráveis e vivem em regiões com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), na qual, muitas vezes, enfrentam dificuldades para cuidar do idoso.

A seleção do município de Manoel Vitorino, Bahia, como campo de estudo foi por considerar-se, principalmente, as características econômicas desfavoráveis da população, reduzida escolaridade, elevado índice de desemprego, além do difícil acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, surge a inquietação de verificar a influência do cuidado na QV e saúde dos cuidadores que residem em um município com baixo IDH.

É essencial abordar a temática cuidador de pessoas idosas, pois existe *déficit* de políticas oficiais direcionadas para o cuidado a essa população, que desenvolve dependência funcional e pouco reconhecimento dos cuidadores de idosos na atenção cotidiana (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005). Logo, torna-se relevante identificar os fatores associados ao processo de cuidar de idosos dependentes em domicílio e sua influência na QV dos cuidadores familiares, vez que estes podem sofrer diversas implicações biopsicossociais.

Assumir a responsabilidade de cuidar de pessoas idosas dependentes tem sido colocado por cuidadores familiares como tarefa exaustiva e estressante, devido ao envolvimento afetivo como mudanças na relação entre esses indivíduos que era de reciprocidade para o de dependência, na qual o cuidador, ao desempenhar atividades de cuidado, passa a ter restrições e/ou limitações relacionadas à sua própria vida (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Mesmo diante a dor, dificuldade e preocupações relacionadas ao cuidado, esse ato pode significar para o cuidador crescimento, gratidão, doação, dever, reparação, obrigação, elaboração de conflitos, resgate de omissões, troca, suprir necessidades de carinho ou amor, missão, descobrir potencial e aprendizado (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

A problemática do estudo consiste na possibilidade de sobrecarga de atividades cotidianas referentes ao cuidar de idosos dependentes, uma realidade variável conforme o grau de dependência apresentado pelo idoso. Quando os cuidados são de necessidades diárias, a sobrecarga pode ser ainda maior,

resultando, geralmente, em efeitos negativos à saúde e QV dos cuidadores. A partir dos dados obtidos, espera-se obter diagnóstico da possível problemática, para que intervenções por parte das Estratégias Saúde da Família que abrangem a população sejam realizadas para com os cuidadores familiares de pessoas idosas que apresentem necessidades de cuidado e/ou apoio.

Diante o exposto, surgiu a necessidade de responder às questões norteadoras: Qual a avaliação da QV dos familiares cuidadores de idosos dependentes? Os cuidados prestados aos idosos dependentes no domicílio influenciam na QV dos cuidadores? Qual a associação de características sociodemográficas e sobrecarga de atividades com a QV do cuidador de idosos dependentes? Qual a associação entre apoio social e QV de familiares cuidadores de idosos dependentes no domicílio?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever as características sociodemográficas do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio.

Identificar o quanto os cuidados prestados aos idosos dependentes influenciam na qualidade de vida do familiar cuidador.

Verificar a associação de características sociodemográficas e sobrecarga de atividades cotidianas com a qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes.

Averiguar a associação entre o apoio social e a qualidade de vida de familiares cuidadores de idosos dependentes no domicílio.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O envelhecimento enquanto processo: a perda progressiva da independência e autonomia

Em diversos países do terceiro mundo, inclusive no Brasil, entre os anos 30 e 60 do Século XX, aconteceu declínio da mortalidade, com a fecundidade mantendo-se em níveis elevados. Dado o padrão de diminuição da mortalidade, não houve impacto significativo na estrutura etária proporcional, mas ocorreu com o ritmo de crescimento populacional, fenômeno conhecido, na época, como explosão demográfica (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Nas últimas décadas, o Brasil tem passado por um processo de rápida inversão em sua pirâmide demográfica, com a redução da taxa de fecundidade, crescimento do número de idosos, principalmente, por conta do aumento na expectativa de vida, o que traz, muitas vezes como consequência, o aumento da morbidade e surgimento de DCNT (PEDREIRA, 2009).

O Brasil é considerado um país jovem, entretanto, em pleno processo de envelhecimento populacional. A cada ano, aproximadamente 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, o que acarreta elevação da incidência de doenças crônicas e limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por DCNT e múltiplas, que perduram por anos (VERAS, 2007), o que vem exigindo cuidados permanentes que, na maioria das vezes, são realizados por familiares.

Em 2010, a composição da população brasileira residente por sexo e idade sofreu mudanças significativas, inclusive revela, em relação aos Censos de 1991 e 2000, acentuado estreitamento da base da pirâmide. Paralelamente, verifica-se o alargamento do ápice da pirâmide etária, com aumento expressivo da população de 60 anos e mais, indicando, aumento da longevidade. O aumento da idade média da população é observado em nível nacional, sendo as mais altas idades encontradas nas Regiões Sudeste e Sul do país (IBGE, 2011).

O censo de 2010 apurou que existem 24.236 brasileiros com mais de 100 anos de idade. Destes, 7.247 são homens e 16.989 mulheres. A Bahia é a unidade

de federação a contar com mais brasileiros centenários (3.525), seguido de São Paulo (3.146) e Minas Gerais (2.597) (IBGE, 2010c).

Com a transição demográfica, eleva-se também a expectativa de vida e, paralelamente, o processo de envelhecimento humano apresenta crescimento dos fatores de risco que estão relacionados, principalmente, às DCNT, acentuando os índices de comorbidade que pode comprometer a independência da população idosa e, por sua vez, fazer com que esses indivíduos necessitem de forma constante de cuidadores que realizem cuidados básicos diários (NOVAIS et al., 2011).

O envelhecimento é um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, assim como psicológico e social do desenvolvimento humano. Trata-se de um fenômeno mundial que acontece de forma gradual e irreversível, em que ocorre deterioração das capacidades funcionais do organismo, tornando assim, vários idosos dependentes de cuidados (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

À medida que as pessoas envelhecem, diversas são as AVD que, de maneira imperceptível e progressiva, podem tornar-se difíceis de serem executadas, até o momento em que o indivíduo se encontra dependente de outra pessoa. A pessoa, muitas vezes, além de suas obrigações profissionais, pessoais, conjugais e familiares, se depara com essa nova função, que pode sobrecarregá-lo tanto fisicamente quanto psicologicamente, gerando assim, alterações na sua vida cotidiana (REZENDE, 2008).

Quando o idoso se torna dependente, é perceptível alterações inevitáveis que envolvem afeto, finanças e relações de poder, o que ocasiona um processo de reorganização na família. O fato de ocorrer a perda de independência, ou até mesmo autonomia de uma pessoa idosa, pressupõe que, no domicílio, alguém assumirá as responsabilidades de cuidador, o que não é tarefa fácil no momento da decisão, havendo dificuldade de mobilidade por parte dos envolvidos, de quem assumirá o cuidado para com o idoso dependente (JEDE; SPULDARO, 2009).

Na contemporaneidade, a tendência é o surgimento crescente de pessoas idosas que, apesar de viverem por mais tempo, apresentam associação de várias patologias crônicas. Sabe-se que, o processo de envelhecer, frequentemente, traz consigo doenças e incapacidades e, as doenças crônicas estão diretamente associadas à incapacidade funcional (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

Vários idosos são acometidos por DCNT, o que requer acompanhamento constante (BRASIL, 2007; OMS, 2005). Essas condições crônicas tendem a se

manifestar de forma significativa na idade mais avançada e, geralmente, estão associadas à comorbidades. Podem gerar um processo incapacitante, afetando assim, a funcionalidade dos idosos, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades diárias de forma independente. Normalmente, essas condições tendem a comprometer a QV dos idosos (BRASIL, 2007).

Com o envelhecimento populacional, o perfil epidemiológico das principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento se modifica, vez que a maioria é decorrente de DCNT, enfermidades típicas da 3ª idade que geram custos elevados para os indivíduos, famílias e Estado (OMS, 2005).

À medida que o indivíduo envelhece, maior é a probabilidade de ser acometido por uma doença crônica, podendo-se considerar que envelhecer sem esta é um privilégio. Verifica-se que apenas 22,6% dos indivíduos de 60 anos ou mais de idade informaram não ter doenças. Para aqueles de 75 anos ou mais de idade, esta proporção diminui para 19,7%. Sendo que quase metade, correspondendo a 48,9% dos idosos apresentava mais de uma doença crônica e, no subgrupo de 75 anos ou mais de idade, a proporção atingia mais da metade, representando 54% deles (IBGE, 2010a).

Na trajetória da vida, tratando-se do envelhecimento ativo, os mais velhos não constituem um grupo homogêneo e a diversidade entre eles tende a elevar-se com a idade. Dentre as principais DCNT que acometem os idosos mundialmente, estão as doenças cardiovasculares, como a doença coronariana; hipertensão arterial; acidente vascular cerebral; diabetes *mellitus*; câncer; doença pulmonar obstrutiva crônica; doenças músculo-esqueléticas, como artrite e osteoporose; doenças mentais, principalmente demência e depressão; além da cegueira e diminuição da visão (OMS, 2005).

No Brasil, entre as DCNT que mais acometem os idosos está a hipertensão arterial, a que mais se destaca em todos os subgrupos de idosos, com proporções em torno de 50%. Doenças que aparecem com elevada frequência entre esses indivíduos são as dores de coluna que afetam 35,1% desses indivíduos e artrite ou reumatismo que aparecem em 24,2% (IBGE, 2010a).

Simultaneamente à transição demográfica na contemporaneidade, transforma-se o perfil epidemiológico da população, assim as DCNT se elevam, o que muitas vezes, compromete a autonomia da pessoa idosa, que acaba por

precisar de cuidados permanentes da família e/ou outro cuidador, além de assistência contínua e específica da equipe de saúde para direcionar o cuidado (AGUIAR et al., 2011).

Ao se referir à funcionalidade, está se relaciona às funções e estruturas do corpo, atividades e participação do indivíduo; indica aspectos positivos da interação entre o indivíduo e os fatores ambientais e pessoais. A incapacidade, refere-se às deficiências, limitações da atividade e restrições na participação, o que indica aspectos negativos do indivíduo. Já as limitações são dificuldades que a pessoa pode ter na execução das atividades (OMS, 2004).

A funcionalidade está interligada a fragilidade do indivíduo, vez que a última, constitui-se em uma síndrome multidimensional que envolve interação complexa de fatores biopsicossociais do indivíduo e propicia estado de maior vulnerabilidade, associado a maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos como o declínio funcional. Estima-se que de 10% a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis, o que pode tornar o indivíduo dependente. A dependência envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais, e faz com que a pessoa não seja capaz de realizar as atividades diárias sem a ajuda de outra pessoa (BRASIL, 2007).

Quando se refere à fase da vida após os 60 anos de idade, é visto que ocorrem mudanças fisiológicas nesses indivíduos, as quais podem interferir diretamente na capacidade funcional e em suas AVD, sobretudo se houver simultaneamente acometimento de doença crônica. Quanto mais se vive em anos, maior a probabilidade de o indivíduo necessitar de ajuda para realizar suas atividades, que evolui para exigência de cuidados constantes (AGUIAR et al., 2011).

Apenas com o envelhecimento do organismo é possível perceber que ocorre redução da capacidade funcional do ser humano. As doenças crônicas tendem a acelerar este processo. À medida que os índices de esperança de vida se elevam, há tendência de aumento da incapacidade funcional da população idosa. Verificou-se maior frequência de declaração de incapacidade funcional entre idosos de 75 anos ou mais de idade, o que representou 27,2% desses indivíduos (IBGE, 2010a).

A dependência se traduz por uma ajuda indispensável para a realização das atividades fundamentais de vida. Não se trata apenas da incapacidade que cria a dependência, mas sim a soma da incapacidade com a necessidade. Por outro lado, a dependência não é uma condição permanente. É um processo dinâmico, na qual

sua evolução pode ser modificada e até mesmo prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados (CALDAS, 2003).

3.2 O processo de cuidar em domicílio: o cuidador familiar e o idoso dependente

O cuidador familiar é aquele indivíduo que cuida de uma pessoa da sua própria família, também conhecido como cuidador informal. O cuidador informal pode ser membro um familiar como o conjugue, filho, irmão, ou amigo e vizinho, que mesmo não tendo laços de parentesco, cuida da pessoa, geralmente de maneira voluntária, a exemplo do idoso. O cuidador formal é o profissional que recebeu formação especial para trabalhar como cuidador e realiza o cuidado mediante remuneração. O cuidador principal configura-se como aquele indivíduo que fica responsável por quase todo o trabalho diário com o idoso dependente (BRASIL, 2008a).

Quando o indivíduo se encontra dependente, este precisa de alguém para lhe ajudar e, também, satisfazer suas necessidades básicas. O processo de cuidar da pessoa dependente deve incluir um conjunto de atividades desenvolvidas pela família, comunidade e profissionais de saúde, que devem se direcionar, também, para a identificação das necessidades humanas e o apoio ao cuidador informal (MARQUES; DIXE, 2010).

A situação de cronicidade e longevidade, vista na atualidade, contribui para a elevação do número de idosos com algum tipo de limitação funcional, o que implica em necessidade de cuidados continuados, de longa duração e, muitas vezes, complexos. Estes cuidados, normalmente, são prestados pelas famílias, com ou sem apoio, e no domicílio (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

Dos idosos, mais de 95% residem com as famílias ou em suas próprias casas. No Brasil, pelo fato da família ser o *locus* privilegiado de moradia e cuidado de idosos de todas as classes sociais, é necessário investir em sua competência para abrigá-los com respeito e dignidade. O ambiente familiar, portanto, merece ser foco de atenção em múltiplos sentidos como, por exemplo, em termos de mudança cultural na maneira de conceber a relação com a pessoa idosa, preparação da casa para maior segurança, formação de cuidadores familiares para os idosos

dependentes e proteção do Estado para as famílias que não têm condições de cuidar dos seus idosos (BRASIL, 2006).

Quando o domicílio passa a ser o local do cuidado, o processo de cuidar reflete no cotidiano e dinâmica das famílias ou de pessoas que habitam o mesmo ambiente. Esse cotidiano apresenta dimensões da existência humana que adquire relevância para o estabelecimento de relações antes não vivenciadas, necessitando assim, de adaptações à nova realidade (SENA et al., 2006).

No Brasil, o cuidado realizado no domicílio vem crescendo de maneira gradativa, tornando esse um local privilegiado para o cuidado. O domicílio é um ambiente caracterizado pela preocupação com a integralidade, singularidade do ser humano, valorização intersubjetiva e respeito ao outro. O cuidado neste ambiente é percebido por aqueles que cuidam, como oportunidade de crescimento e realização pessoal, na medida em que permite não só o desenvolvimento de novas habilidades, como também a expressão de sentimentos de solidariedade, amor, respeito, empatia e inserção social dos envolvidos (BRONDANI et al., 2010).

Estudo realizado por Gonçalves et al. (2011) em Portugal evidencia que na contemporaneidade, a experiência de cuidar no âmbito domiciliar tem se tornado cada vez mais frequente. Além disso, enfatiza que as políticas de atenção a pessoa idosa defendem que este local pode ser considerado o melhor para o idoso envelhecer, isto devido à probabilidade de garantir a autonomia e preservar sua identidade e dignidade. Cuidar de idosos com algum tipo de dependência, acometidos por afecções, constitui-se em condição frequente entre as famílias.

Tratando-se da avaliação da dinâmica familiar, sob a óptica dos idosos, com a aplicação do *APGAR* de Família, estudo de Gonçalves et al. (2011) demonstra que a maioria dos idosos vê sua família como unidade de relações de cuidado com boa ou moderada funcionalidade. Além disso, evidencia que as famílias parecem vocacionadas para o cuidado do idoso, isto devido a avaliação favorável da dinâmica familiar.

Nos artigos 229 e 230, da Constituição Federal, está explícito que é dever dos filhos ajudar e amparar os seus pais na velhice, carência ou enfermidade e dever da família, sociedade e Estado amparar as pessoas idosas, assegurando-as participação na comunidade, defesa da dignidade e bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988). A Política Nacional do Idoso, que foi promulgada em 1994 pela Lei nº 8.842 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa

idosa, criando condições de promoção da sua autonomia, integração e participação cidadã (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada por meio da Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, tem a finalidade principal de recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos idosos, direcionando medidas individuais e coletivas de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006).

A realização do cuidado no domicílio é sustentada em relações intersubjetivas, o que requer, desta maneira, de novas modalidades de interlocução, acordos e responsabilização relacionados diretamente sob determinações políticas, econômicas, éticas, sociais e culturais. Neste contexto, surgem necessidades relacionadas às práticas de atenção à saúde já consolidadas e novas práticas que são construídas no cotidiano do cuidado no âmbito domiciliar, isto conforme as demandas que se apresentam neste ambiente (SENA et al., 2006).

A eficiência na prestação de cuidados domiciliares realizados pelos cuidadores implica, por vez, transparência na identificação das próprias necessidades e dificuldades. Além disso, envolve convergência de identificação entre as necessidades do cuidador e dos profissionais de saúde envolvidos, o que muitas vezes, não acontece. Os cuidadores informais e todos envolvidos no cuidado têm, geralmente, dificuldades e necessidades diferentes, e quando estas são identificadas no cuidador, por profissionais de saúde, estes poderão planejar e implementar estratégias eficazes para prevenir agravos a saúde do cuidador (MARQUES; DIXE, 2010).

A realização do cuidado no contexto domiciliar não é uma tarefa fácil. Os cuidadores familiares, ao assumirem a responsabilidade de cuidado neste ambiente, precisam desempenhar, concomitante, diversas outras atividades. A construção de uma rede de solidariedade entre os diferentes membros da família, amigos, vizinhos e serviços de saúde é uma estratégia indispensável e desejada para auxiliar nos cuidados (BRONDANI et al., 2010).

Nesta perspectiva, a colaboração de outras pessoas torna o cuidado domiciliar uma atividade mais leve, assim possibilita melhora da QV de cuidadores, haja vista que diminui sua sobrecarga física, emocional, econômica e social. Dessa forma, a construção de uma rede de solidariedade, pode ser considerada como

estratégia favorável para auxiliar no desenvolvimento das atividades relacionadas ao cuidado no domicílio (BRONDANI et al., 2010).

A família é considerada uma relevante rede informal de apoio às pessoas idosas, além disso, constitui-se como parceira das redes formais de apoio social. Quando o cuidador coabita e cuida de um familiar idoso dependente, isto pode ser um fator desencadeante de modificações no sistema familiar, o que pode levar a uma desorganização e/ou desequilíbrio. Para tanto, é imprescindível ajudar e/ou apoiar estas famílias a conviver com a dependência de seus familiares idosos, ou seja, apoiar a compatibilizar o cuidado a esses indivíduos nas tarefas cotidianas (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Os cuidados direcionados aos idosos são, na maioria das vezes, prestados por filhos, irmãos, cônjuges e até netos que, geralmente, não têm a menor capacitação para cuidar dessas pessoas que, muitas vezes, encontram-se acamadas e totalmente dependentes. A insegurança do cuidador relacionado ao cuidado e a inquietação decorrente da expectativa de como o idoso evoluirá, aliadas ao cansaço físico e psicológico, pode favorecer um clima de tensão entre os componentes familiares e vir a causar alterações na dinâmica do grupo familiar e, por conseguinte, prejudicar o convívio (MONTEZUMA; FREITAS; MONTEIRO, 2008).

Apesar do ônus financeiro que o cuidado familiar pode vir a causar, o cuidador tem suas satisfações (RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006). Tratando-se dos aspectos positivos, o cuidado é relatado por alguns cuidadores como uma atividade que precisa ser realizada com muito amor, atenção, carinho e prazer, sendo influenciada pelo reconhecimento, obrigação e dever relacionados com os bons momentos vivenciados juntamente com o idoso, assim como retribuição de sentimentos acumulados durante a trajetória de vida do idoso com o cuidador (NARDI; OLIVEIRA, 2009).

As características referentes ao cuidador principal parecem estar relacionadas a personalidade de quem cuida, porém tomam mais expressão no processo de cuidado. Desta forma, cuidar também é uma maneira de se auto-realizar, de dar significado ao ato de cuidado (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

No domicílio, geralmente são as mulheres de variadas faixas etárias, especificamente as idosas e de meia-idade que passam a se dedicar ao cuidado do senescente. A estas, caberá o cuidado de pais, conjugues, sogros, ou outros

parentes, exercendo, assim, diversas tarefas. O cuidado é mútuo entre cônjuges e remonta do acordo feito no momento do casamento, no qual são identificados contratos, promessas e marcas de uma época em que a maioria dos casais se manteria junto até a morte. A filha é uma figura socialmente imposta e aceita da obrigatoriedade, de retribuição pelo cuidado recebido (BRAZ; CIOSAK, 2009).

Geralmente são as mulheres que assumem o cuidado, nesse contexto, surge outra variável significativa que é a faixa etária dos cuidadores que pertencem, frequentemente, à mesma geração dos idosos, que são os idosos jovens independentes cuidando de idosos dependentes (CALDAS, 2003).

Estudo realizado por Gonçalves et al. (2011) em Portugal evidenciou que 75% dos cuidadores convivem na mesma residência do idoso cuidado e isto se deve, por vezes, pela facilidade para a realização do cuidado e, principalmente, pelas condições econômicas desfavoráveis das famílias. Além disso, notou-se aumento do cuidador masculino, cuidador idoso cônjuge, inclusão de parentes cuidadores, como sobrinho, neto e irmão.

O indivíduo que apresenta limitação física e financeira é o que mais sofre, tendo que depender da ajuda de outras pessoas, geralmente os familiares, fazendo com que seu poder de decisão fique minimizado, o que dificulta o desenvolvimento de outros vínculos com o meio social. Para oferecer uma vida mais satisfatória, é preciso trabalho em conjunto e articulado entre o Estado, comunidade e a família (BRASIL, 2008b).

Evidências mostram que as doenças causadoras de dependência propiciam gastos crescentes, cujo impacto na economia familiar ainda não é conhecido no Brasil. A necessidade de assistência permanente ao doente gera custo elevado para os familiares, pois, na atualidade, não há sistema de atenção à saúde que prevê oferta suficiente de serviços necessários a uma população portadora de dependências com crescimento exponencial (CALDAS, 2003).

O número de famílias que têm se confrontado com a condição de cuidar de idosos com dependência aumenta de forma progressiva. Frequentemente, a família apresenta-se sem apoio adequado para desenvolver o cuidado e, ainda, vivencia uma variedade de dificuldades ao cuidar do idoso, isso de acordo com a doença, as experiências individuais e os recursos a disposição. O cuidador do idoso trabalha, na maioria das vezes, sobrecarregado, sem orientações nem ajudas por parte de algum

profissional de saúde, provocando assim, impactos negativos aos mesmos, o que pode interferir em sua QV (NARDI; OLIVEIRA, 2008).

O cuidado pode ser considerado uma representação de atitude, preocupação, responsabilidade e envolvimento. No caso de idosos, espera-se que haja alguém capaz de desenvolver ações de ajuda naquilo que esses não podem realizar por si só, assumindo responsabilidades de dar apoio e ajuda para satisfazer suas necessidades, visando a melhoria de sua condição de vida, o que acaba por ser, na maioria das vezes, de responsabilidade de algum familiar (CAMARGO, 2010).

Nesta perspectiva, os idosos e suas famílias merecem mais atenção tanto das autoridades públicas quanto de profissionais da área da saúde. É necessário que sejam efetivadas estratégias de prevenção e proteção que se configurem como medidas que dêem aos cuidadores a possibilidade de planejar e realizar outros interesses, evitando assim, colapso em sua vida pessoal, profissional e social (CAMARGO, 2010).

Diversos são os idosos com algum grau de incapacidade na comunidade, sob o cuidado de algum membro familiar, e isso gera ônus que recai sobre o cuidador, embora dependa, também, de outros fatores associados e pertinentes a ele mesmo e ao idoso dependente (REZENDE, 2008).

Cuidar de alguém é complexo, pois envolve expressão de diversos tipos de sentimentos como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo e irritação. Esses sentimentos podem ser concomitantes e precisam ser compreendidos, fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada. São comuns entre os cuidadores a ansiedade, falta de tempo para si, depressão e outros problemas de saúde que podem estar relacionados às tarefas de cuidar (BRASIL, 2007).

O ato de cuidar implica numa série de exigências que podem prejudicar notavelmente o cuidador familiar, tanto do ponto de vista físico como psicológico. As implicações decorrentes do cuidado a uma pessoa idosa variam de pessoa à pessoa, devido as diferenças e individualidades que há tanto entre os cuidadores, como entre os indivíduos que recebem cuidados. Entretanto, uma característica comum entre os cuidadores é que o cuidado pode levá-los a uma situação de tensão e estresse devido ao cansaço, sentimentos de impotência e culpa (BRASIL, 2008a).

No âmbito domiciliar, cuidar de um familiar dependente acarreta alterações na vida do cuidador. Um dos aspectos afetados é a rede e apoio social, assim como o

déficit de oportunidades de atividades de lazer, muitas vezes, impossibilidade de trabalho extradomiciliar, além de diversas transformações ocorridas nas dinâmicas e cotidiano dos familiares (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Ao se tratar do familiar que coabita e cuida de alguma pessoa idosa com dependência, existem situações sociodemográficas associadas ao contexto familiar como as relações pessoais, renda, escolaridade, idade, sexo, saúde, ocupação do cuidador, personalidade e história de relacionamento que podem ser estressante. Cansaço, insônia, irritabilidade, ansiedade e depressão são condições que, somadas ou intensificadas pelos estressores, levam o cuidador ao esgotamento físico e mental, interferindo por vez, em sua QV (CAMARGO, 2010).

Conforme Jede e Spuldaro (2009) a dependência de um familiar idoso gera impacto na dinâmica, economia e saúde da família que realiza os cuidados. Além disso, o grau de dependência influencia diretamente na vida do idoso e cuidador, pois a depender da exigência diária do cuidado e as dificuldades deparadas para realizar as atividades cotidianas, a necessidade de um cuidador que se disponibilize a auxiliar o idoso em tempo integral é imprescindível.

Em várias circunstâncias, o cuidado é realizado apenas por uma pessoa que, muitas vezes, se encontra com insuficiência de apoio dos familiares, profissionais de saúde, ou de alguma rede de solidariedade. Diante disso, surge a necessidade de elaborar e implementar políticas públicas, sociais e de saúde, voltadas aos cuidadores que realizam o cuidado no domicílio (SENA et al., 2006). Atividades que parecem ser simples para quem as desenvolve, se tornam árduas para quem nunca precisou enfrentá-las. Sendo assim, vários são os impactos causados sobre a família e o ônus, principalmente, para o cuidador (CAMARGO, 2010).

Cuidar de uma pessoa pressupõe um excesso de trabalho e, como consequência, os cuidadores não encontram tempo suficiente para atender às próprias necessidades. É possível que não descansem suficientemente, não tenham tempo para dedicar-se às atividades que lhes dão prazer, que não visitem os amigos e familiares ou, simplesmente, não saiam de casa. Não é estranho que diversos desses indivíduos que cuidam de pessoas idosas sintam-se, em determinados momentos, cansados, tenham mal-estar, solidão e tristeza (BRASIL, 2008a).

Mesmo estando susceptível a diversos agravos a saúde, várias são as representações que o cuidador familiar tem quanto ao ato de cuidar do idoso dependente. Dentre elas estão as questões sentimentais como a de retribuir a esse

indivíduo que hoje necessita de cuidados o que ele já lhe proporcionou no passado. Este sentimento para algumas pessoas é motivo de satisfação e, para outras, apenas uma obrigação que deve ser cumprida, o que pode ocasionar consequências na vida desses indivíduos, como a sobrecarga de atividades (AGICH, 2008).

Alguns filhos sentem que seus pais, de cuidadores que eram, passam a precisar de cuidados, a dinâmica de modificações nesses papéis é completa, pois envolve questões internas de onipotência, culpa, cobrança e relação de poder. O confronto com o envelhecimento aparece na meia idade, fase que os próprios indivíduos estão sobrecarregados de responsabilidades com o trabalho, criação dos filhos e cuidado com os pais idosos. Conflitos ambivalentes e inseguranças vão surgindo e a família sofre o impacto do envelhecimento (PAPALÉO NETTO, 2007).

Estudo realizado por Duca, Thumé e Hallal (2011) na cidade de Pelotas sobre prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos, evidenciou prevalência de 49,5% do cuidado no domicílio, com provável sobrecarga causada aos familiares, isto porque estes são os principais responsáveis pela maioria do cuidado prestado. Essas informações são importantes para o planejamento de ações em saúde destinadas ao idoso e seus familiares que, na maioria das vezes, são os cuidadores principais.

No Brasil, pensando no aumento da demanda de cuidado domiciliar, o Ministério da Saúde (MS) criou a atenção domiciliar, instituída pela Portaria GM/MS nº 2.029, de 24 de agosto de 2011 e substituída pela Portaria GM/MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011, que consiste numa modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes. Esta é caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde. Desta maneira, o domicílio e as relações familiares aí instituídas, que diferem da relação estabelecida entre equipe de saúde e paciente, tendem a humanizar o cuidado (BRASIL, 2011).

No contexto de atenção domiciliar, o Ministério da Saúde criou o Programa Melhor em casa que, desde seu lançamento, em novembro de 2011, está reabilitando pacientes no ambiente domiciliar, garantindo, desta forma, continuidade do tratamento integrado à rede de atenção à saúde. Além disso, o programa possibilita diminuição da internação hospitalar e reduz o tempo de permanência dos usuários internados (BRASIL, 2011).

A Internação Domiciliar (ID), ação pioneira na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), capaz de proporcionar a prestação de serviços de saúde com conforto e segurança aos indivíduos. O Programa envolve um conjunto de atividades prestadas a pessoas clinicamente estáveis e que precisam de cuidados além da modalidade ambulatorial, contudo, que podem ser tratadas no domicílio (SESAB, 2013).

A ID tem como meta primordial humanizar os atendimentos, reduzir a hospitalização desnecessária, a taxa de re-internação e minimizar os riscos de infecção hospitalar. A assistência é prestada por equipes multidisciplinares que atuam na atenção preventiva, terapêutica e reabilitadora. O acesso aos serviços do Programa Internação Domiciliar (PID) somente é possível por meio dos Hospitais de Referência e Unidades de Emergência da SESAB. A ID só poderá ser realizada por indicação médica, com expressa concordância do paciente e família. O serviço é prioritário à idosos com DCNT em estado agudo, patologias que necessitem de cuidados paliativos e incapacidade funcional (SESAB, 2013).

Em 1994 foi criado o Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso (CREASI), vinculado à Superintendência Assistência Integral à Saúde (SAIS) da SESAB. O Centro oferece à comunidade serviço especializado ao idoso frágil e a interlocução com outras instituições com o propósito de fortalecer a discussão sobre as ações setoriais. O CREASI atende o idoso que precisa de assistência especializada na área de geriatria e/ou gerontologia, por meio de avaliação multidimensional, por equipe interdisciplinar, com vistas à manutenção ou recuperação da sua saúde física, mental e funcional, adequando seus *déficits* às novas realidades e mantendo-o ativo e no contexto familiar (CREASI, 2013).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279 de 2010, cria as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, assim como contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS (BRASIL, 2012).

Além de programas de apoio à cuidadores e idosos dependentes no domicílio, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República cria o manual do cuidador da pessoa idosa, considerado um instrumento relevante para

orientar o cuidador institucional, domiciliar e familiar de idosos. Sua utilização pode favorecer melhores cuidados. Esse guia informa os cuidadores, a exemplo, sobre o processo de envelhecimento, responsabilidades, direitos, deveres e desafios ao lidar com a situação de cuidado. Além disso, disponibiliza orientações para a realização dos cuidados e promover a autonomia do idoso (BRASIL, 2008a).

3.3 Qualidade de vida e estratégias preventivas do familiar cuidador para a manutenção da saúde

É indispensável e importante a participação da família no cuidado à pessoa idosa, pois esta é considerada parte imprescindível no sistema de suporte informal a esses indivíduos. Para tanto, os cuidadores precisam de informações sobre como realizar os cuidados, além de esclarecimentos acerca da adaptação com a nova rotina, sendo preciso e relevante também o suporte emocional, com o objetivo de proporcionar melhor QV aos cuidadores e, concomitante, dos idosos cuidados (JEDE; SPULDARO, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é definida como a percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, no tocante à cultura e ao sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1998). Do ponto de vista objetivo, a QV diz respeito à satisfação das necessidades mais necessárias da vida humana como habitação, saúde e lazer, além de elementos materiais que têm como referência noções relativas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Os cuidadores, ao se depararem com funções relacionadas ao cuidado e que, muitas vezes, não tiveram orientações prévias adequadas para a realizarem, nem suporte de instituições de saúde, sofrem alterações nas rotinas e tempo despendido no cuidado, ocasionando assim, impactos na vida desses. Logo, pode-se dizer que tais circunstâncias influenciam diretamente a QV do cuidador familiar principal (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Diante das diversas atividades que os cuidadores familiares precisam realizar frente aos cuidados de algum membro com alguma dependência, estes tornam sujeitos sensíveis, pois ocorrem várias mudanças na dinâmica familiar e de seus próprios papéis exercidos. Ao mensurar o efeito que a responsabilidade de ser

cuidador exerce sobre a QV do cuidador, comparando com a população de maneira geral, esta se mostra diminuída. E, geralmente, os domínios mais afetados, devido ao processo de cuidado, são as demandas físicas e emocionais, pode-se citar a dor como um dos agravos que mais sobressai (NICKEL et al., 2010).

A depender do grau de dependência da pessoa que necessita de cuidados, os impactos biopsicossociais ocasionados aos cuidadores se diferenciam. É preciso uma abordagem específica sobre a QV de cuidadores de indivíduos com total dependência, pois esses apresentaram a QV piorada em relação aos cuidadores de indivíduos nos demais níveis; isto é, quanto maior o grau de dependência da pessoa, pior a QV do cuidador, necessitando também de atenção específica (NICKEL et al., 2010).

As equipes de saúde precisam criar estratégias preventivas com intervenções voltadas para a saúde dos cuidadores, dentre elas, investir e melhorar a estrutura social juntamente com a comunidade, no intuito de discutir questões relacionadas à QV; identificar recursos da comunidade como o suporte social; utilizar de maneira efetiva os instrumentos de avaliação descritos nos cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde para identificar os pacientes dependentes funcionalmente e avaliar seu grau de comprometimento, assim como, identificar a possível sobrecarga do cuidador (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

De acordo com Duca; Thumé e Hallal (2011), programas com o intuito de apoiar o cuidador principal ou mesmo os membros da família, podem ser colocados em prática a partir de atendimentos individuais ou coletivos, com permutas de experiências e transferência de orientações práticas, quanto aos procedimentos de cuidados a serem prestados pelos cuidadores, isto com o intuito de obter efeito positivo sobre a QV e de saúde dessa população.

Mesmo com modificações no modelo tradicional das famílias, o ambiente domiciliar ainda é considerado o primeiro local de realização dos cuidados. A família tem relevante participação de suporte na prestação de cuidados, principalmente aos idosos. Sendo assim, prestar cuidados no domicílio a pessoas dependentes é considerado tarefa complexa que pode desencadear consequências para o cuidador (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Neste contexto, é preciso que os profissionais de saúde identifiquem em que medida se altera a dinâmica da família que coabita e cuida do idoso, para que desta maneira possam identificar as famílias que estão em maior risco de desequilíbrio e

estabelecer mecanismos e programas de apoio que vão ao encontro das mesmas, prevenindo assim, agravos a saúde do cuidador (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Quando existe na família algum membro dependente de cuidados, é preciso avaliação familiar por parte dos profissionais de enfermagem, isto com o objetivo de identificar impactos que uma pessoa dependente ocasiona no sistema familiar. Além disso, precisa investigar a necessidade de apoio de quem cuida, as forças e fragilidades da família. Comumente, a doença de um indivíduo afeta os outros membros familiares. Com isso, faz-se indispensável que os profissionais de saúde visualizem esta realidade e prestem cuidados humanizados e holísticos ao idoso e sua família (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

Quando o cuidador é despreparado para atender às necessidades dos idosos, pode com isso gerar ansiedade, maior desgaste físico e até adoecimento, ocasionando assim, situações de risco para ambos os envolvidos. Por conseguinte, esta realidade exige atenção especial da equipe de enfermagem para planejar estratégias que proporcionem aos cuidadores um cuidado saudável e com equilíbrio para a tríade desse processo de cuidar, que é equipe de saúde, idoso e cuidador familiar (AGUIAR et al., 2011).

É indispensável que os profissionais de saúde, principalmente, os vinculados às Estratégias Saúde da Família (ESF), realizem ações em âmbito particular e continuado, como orientações aos cuidadores de como realizar o cuidado, além de prestarem assistência à saúde, apoio físico, psíquico e emocional, possibilitando, desta maneira, intervenções efetivas na mudança do perfil de saúde e doença dessa população. Para isso, é preciso atuações intersetoriais e com participação da comunidade para planejarem estratégias que busquem melhorar a QV das pessoas dependentes e seus cuidadores (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Ao realizar visita domiciliar, os profissionais de saúde contribuem para humanizar a assistência, pois, desta maneira, possibilitam espaço de envolvimento do familiar na construção de um ambiente favorável à recuperação do idoso. Por isso, a educação em saúde precisa ocorrer de maneira efetiva e participativa quando desenvolvida no domicílio. Para tanto, é imprescindível o apoio ao cuidador familiar de idosos com algum tipo de limitação, que necessite de orientações sobre como proceder ao cuidar em situações mais complexas e orientá-lo na busca de ajuda e/ou apoio (JEDE; SPULDARO, 2009).

Os profissionais de saúde precisam identificar as necessidades e dificuldades das famílias que cuidam de pessoas idosas, como tem ocorrido em Portugal, por meio das Unidades de Saúde Familiar, que foram criados para apoiar e ajudar na tomada de decisão dos cuidados que são prestados não só ao idoso dependente, como também às famílias que são os principais cuidadores. Assim, percebe-se a necessidade de serviços sociais e de saúde que intensifiquem a atenção à saúde preventiva e de apoio social ao binômio idoso e família, como estratégia eficaz na preservação da saúde dos envolvidos (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

A educação em saúde é considerada uma estratégia indispensável para a capacitação de cuidadores, pois esta permite que eles compreendam o processo do envelhecimento, para atuarem de forma preventiva a danos à sua saúde e do idoso, podendo atuar de forma eficiente para intervir de maneira positiva na QV do idoso, assim diminuindo a necessidade de hospitalizações. Além disso, a criação de redes sociais de apoio que identificam as demandas de cada família e fortaleça a atuação do cuidador se faz relevante (AGUIAR et al., 2011).

Embora a Constituição Federal, a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso apontem a família como responsável pelo o atendimento às necessidades do idoso, até o momento o delineamento de um sistema de apoio às famílias e a definição das responsabilidades das instâncias de cuidados formais e informais, na prática, não tem acontecido de maneira eficiente. No Brasil, o sistema de saúde, público ou privado, não se encontra preparado para atender nem a demanda de idosos que aumenta diariamente, nem a de seus familiares. Por sua vez o sistema previdenciário, público ou privado, não prevê maneiras de financiamento para o estabelecimento de redes de apoio às demandas de assistência aos idosos dependentes, com ou sem família (CALDAS, 2003).

O contexto familiar necessita ser foco de atenção em múltiplos sentidos, como a formação de cuidadores familiares para os idosos dependentes, proteção do Estado para as famílias que não têm condições de cuidar dos seus idosos. No que diz respeito ao apoio para o desenvolvimento de cuidados informais, a Política Nacional de Saúde do Idoso prevê parceria entre profissionais de saúde e os indivíduos responsáveis pelos cuidados diretos aos idosos. Para isso, ações estratégicas como a promoção de cursos e capacitações para familiares cuidadores de idosos, assim como a criação e fortalecimento da rede de serviços de apoio às famílias que tem idosos em seus domicílios são necessárias (BRASIL, 1994).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. Rouquayrol; Almeida Filho (2003) argumentam que em estudos transversais, a produção dos dados, o fator e o efeito são observados em um único momento histórico, produzindo “instantâneos” da situação de saúde de uma população, e, a partir daí, pode determinar indicadores globais de saúde para o grupo investigado. É um estudo vantajoso pelo baixo custo e elevado potencial descritivo, servindo de subsídio para o planejamento e capacidade de inferência dos resultados observados para uma população definida. Uma das principais desvantagens é que este estudo se torna inadequado para testar hipóteses causais, por apresentar baixo poder analítico.

O estudo quantitativo caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto nas modalidades de coleta dos dados, quanto no tratamento desses por meio de técnicas estatísticas. Este tipo de abordagem permite a mensuração de opiniões, informações, reações, hábitos e atitudes em um universo, por meio de uma amostra que o represente estatisticamente (TERENCE; FILHO ESCRIVÃO, 2006).

4.2 Local e período do estudo

Realizou-se a pesquisa em residências da área urbana, adstritas nas duas ESF, do município de Manoel Vitorino, Bahia, no período de janeiro a fevereiro de 2013.

Conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, as ESF José Cirilo de Souza e Maria Aparecida Gomes Aguiar, localizadas na zona urbana do município, são responsáveis por 1.141 famílias cadastradas, correspondendo a aproximadamente 7.266 pessoas. Cada equipe é formada por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um atendente, 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e um auxiliar de serviços gerais.

O território de Manoel Vitorino pertencia à Vila Nova do Príncipe e Santana de Caetité e, por desmembramentos, veio a se emancipar de Boa Nova em 1962, da qual foi distrito, primeiro com o nome de Cachoeira de Manoel Roque (1936/37),

alterado para Imbuíra (1838). Sua emancipação ocorreu com a Lei Estadual nº 1.771, de 30 de julho de 1962, composto por dois distritos: a sede e Catingal (IBGE, 2010b). O município conta com uma administração direta da saúde, do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 2013).

O município de Manoel Vitorino está localizado na região Sudoeste da Bahia, possui uma área territorial de 2.254,420 km². A população é composta de 14.387 indivíduos, sendo que na área urbana existem 7.359 pessoas e destas, 871 são idosas. Tratando-se das características de desigualdades sociais e de pobreza da população, esta localidade é composta, predominantemente, por indivíduos com baixo poder aquisitivo (IBGE, 2010b).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do município é de 0,566, ocupando a 4.921^a posição, em relação aos 5.565 municípios do Brasil e, em relação aos 417 outros municípios de Bahia, este ocupa a 312^a posição. O Índice de Gini é de 0,51, sendo a renda per capita de R\$ 226,95, com 26,47% de indivíduos extremamente pobres e 46,92% pobres (PNUD, 2013).

A seleção do município se deu por considerar, principalmente, as características econômicas desfavoráveis da população e baixo IDHM. Neste sentido, há possibilidade do cuidador familiar não ter ajuda de outra pessoa ou de algum profissional de saúde nos cuidados diários para com o idoso dependente. Assim, além dos trabalhos, responsabilidades e compromissos cotidianos que o cuidador tem que exercer para manter sua própria sobrevivência, ele ainda precisa cuidar de uma pessoa que lhe exige cuidados diários. Isso pode se tornar um fator de risco à sua própria saúde, ocasionando-lhes problemas biopsicossociais e, interferir diretamente na sua saúde e QV, além de comprometer a qualidade do cuidado a ser prestado ao idoso.

4.3 População da pesquisa

Os participantes do estudo foram cuidadores familiares de idosos com dependência cognitiva e/ou funcional, residentes em áreas adstritas das ESF, situada na zona urbana do município de Manoel Vitorino-BA.

A família considerada para este estudo configura-se em um grupo de pessoas que estão unidas por um vínculo, nem sempre caracterizadas por

descendência/ascendência sanguínea. Como sistema, a família assume a função psicossocial de proteger seus membros e favorecer a adaptação à cultura existente. Ela se organiza a partir de demandas, interações e comunicações que ocorrem em seu interior e exterior, criando sua identidade e forma de agir, partindo de ideologias, crenças e histórias (ALMEIDA, 2011).

Para a busca dos participantes, previamente fez-se necessário identificar os idosos com 60 anos ou mais cadastrados e atendidos nas ESF, sendo necessário realizar-se a busca nas Fichas A, de cada uma das micro-áreas das ESF. A Ficha A é um instrumento do Sistema de Informação da Atenção Básica, utilizada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para cadastramento e acompanhamento das famílias visitadas (BRASIL, 2003). A ESF I tem 10 micro-áreas e a II 10, totalizando 20, sendo cada uma coberta por um Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Após identificar que as ESF têm 871 idosos cadastrados, realizou-se visita domiciliar, juntamente com os ACS, para verificar os idosos que apresentam algum tipo de dependência de cuidados. Para isso, aplicou-se ao familiar que declarou ser cuidador o instrumento para avaliar a dependência funcional do idoso.

Os critérios de inclusão adotados foram: cuidador familiar de idoso que apresente dependência cognitiva e/ou funcional; que coabite o mesmo domicílio; que tenha idade igual ou superior a 18 anos; que seja o cuidador principal do idoso; cadastrado em uma das ESF. Os indivíduos que, após três visitas em dias e horários distintos, não foram encontrados para a entrevista, foram excluídos.

4.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

Inicialmente, aplicou-se os instrumentos de pesquisa para no mínimo 10% de cuidadores de idosos referente ao pré-teste (piloto), em uma ESF, no município de Jequié-BA, que serviu de identificação da possível problemática, além de analisar se a metodologia contemplaria os objetivos do estudo. Posteriormente ao pré-teste, foram feitos os ajustes necessários, e se procedeu à aplicação dos instrumentos de coleta de dados, aos participantes da pesquisa.

A *priori*, os cuidadores foram entrevistados a partir da aplicação do instrumento de coleta de dados para avaliar o grau de dependência dos idosos identificados, sendo aplicada a escala *Index* de Independência nas Atividades

Básicas de Vida Diária (ABVD) de Katz, instrumento desenvolvido por Sidney de Katz (Anexo A), para avaliar a independência funcional no desempenho das ABVD em seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) (BRASIL, 2007).

O escore do Katz varia entre 0 e 6 pontos, na qual 1 ponto é atribuído a cada resposta “Sim”. Com base na escala, o indivíduo será classificado como - 0: independente em todas as seis funções; 1: dependente em uma função; 2: dependente em duas funções; 3: dependente em três funções; 4: dependente em quatro funções; 5: dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções (LINO et al., 2008).

Em seguida, após identificação dos idosos dependentes, foram pesquisados os cuidadores. Inicialmente, utilizou-se um formulário semiestruturado elaborado pelos autores para verificar as características sociodemográficas e de saúde do cuidador familiar (Apêndice A). Este instrumento registrou dados como, idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade, renda mensal, número de pessoas que coabitam com o idoso, relação de parentesco, tempo que o familiar cuida do idoso, presença de patologias e/ou incapacidades.

Para averiguar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador em relação aos cuidados prestados ao idoso, utilizou a escala *Zarit Burden Interview* (ZBI) (Anexo B). O instrumento é composto por 22 itens que avalia a condição de saúde, o bem-estar psicológico, finanças e vida social. A escala de respostas varia de 0 a 4, de acordo com presença ou intensidade de uma resposta afirmativa (0=nunca, 1=raramente, 2=algumas vezes, 3=frequentemente e 4=sempre). A exceção é o último item, em que o entrevistado é questionado se está se sentindo sobrecarregado exercendo a função de cuidador, as respostas são: (0 = nem um pouco, 1 = um pouco, 2 = moderadamente, 3 = muito, 4 = extremamente) (SCAZUFCA, 2002).

O escore da escala ZBI varia de 0 a 88, sendo que quanto maior a pontuação, maior é a sobrecarga. Escore de 0 – 21 para ausência de sobrecarga; 21 a 40 – sobrecarga moderada; 41 – 60 – sobrecarga moderada a severa; 61 a 88 – sobrecarga severa (SCAZUFCA, 2002).

A qualidade de vida dos cuidadores de idosos foi avaliada pelo questionário do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)* (Anexo C), que contém 26 questões, duas gerais (qualidade de vida geral e satisfação com a saúde) e 24

englobadas nos domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. As duas questões gerais são calculadas em conjunto para gerar um único escore independente dos outros escores dos domínios, o que se denomina de Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV) (FLECK et al., 2000).

4.5 Processamento, apresentação e análise dos dados

Os dados foram tabulados e organizados no programa *Microsoft Office Excel* 2007 e, posteriormente, transferidos e processados no *programa Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Optou-se pela análise estatística descritiva, utilizando-se média, mediana, variação e desvio padrão (dp). Adicionalmente, realizou-se a correlação de *Spearman* entre os domínios do *WHOQOL-bref* e variáveis quantitativas do cuidador e idoso, considerando o coeficiente de classificação segundo a magnitude, proposto em estudo de Oliveira et al. (2011): $<0,3$ (fraca), $\geq 0,3$ a $< 0,5$ (moderada) e $\geq 0,5$ (forte).

Também foi considerado o modelo de regressão linear múltipla final (*stepwise forward*) tendo como variáveis dependentes os escores do IGQV e do domínio Relações Sociais e, como variáveis independentes, as características sociodemográficas do cuidador e idoso, assim como, o escore da escala ZBI. Elegeu-se o escore do IGQV e do domínio Relações Sociais como variáveis dependentes, por considerá-las indicadores abrangentes e adequados aos objetivos do estudo, conforme proposto respectivamente por Amendola; Oliveira; Alvarenga (2008; 2011). O nível de significância adotado para o estudo foi de 5% (i.e., $p < 0,05$).

4.6 Ética na pesquisa

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o protocolo nº 128.580/2012 e CAAE: 08643612.6.0000.0055, para contemplar as exigências da Resolução Nº196/1996, no momento, atualizada pela Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, tendo os participantes assinados o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em forma de dois artigos, elaborados conforme as normas dos periódicos selecionados para a submissão. O manuscrito 1 será submetido à *Revista Texto & Contexto Enfermagem* (Anexo E) e o Manuscrito 2 à *Revista da Escola de Enfermagem da USP* (Anexo F) para apreciação e parecer.

5.1 Manuscrito 1

QUALIDADE DE VIDA DE FAMILIARES CUIDADORES DE IDOSOS DEPENDENTES NO DOMICÍLIO*

QUALITY OF LIFE OF RELATIVES CAREGIVERS OF ELDERLY DEPENDENTS AT HOME

CALIDAD DE VIDA DE FAMILIARES CUIDADORES DE ANCIANOS DEPENDIENTES EN CASA

Karla Ferraz dos Anjos. Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil.

Rita Narriman Silva de Oliveira Boery. Enfermeira, Professora Pós Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Departamento de Saúde. Jequié (BA), Brasil.

Rafael Pereira. Fisioterapeuta, Professor Doutor, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Departamento de Saúde. Jequié (BA), Brasil.

Autor responsável pela troca de correspondência

Karla Ferraz dos Anjos

Rua Mato Grosso, nº 60, Bairro Brasil. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. CEP: 45051-485.

Tel: (73) 9146-3912. E-mail: karla.ferraz@hotmail.com

*Artigo integrante da dissertação de Mestrado intitulada: Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio de autoria de Karla Ferraz dos Anjos.

RESUMO

Objetivou-se verificar a associação de características sociodemográficas e sobrecarga de atividades com a qualidade de vida (QV) do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio. Estudo epidemiológico, transversal, realizado com 58 cuidadores familiares de idosos, cadastrados em Estratégias Saúde da Família, de um município do interior do Estado da Bahia. Os dados foram coletados a partir dos instrumentos de Katz, sociodemográfico, *Zarit Burden Interview*, WHOQOL-bref e analisados pela estatística descritiva, de correlação e regressão linear múltipla. A escala Zarit associou-se negativamente com todos os domínios do WHOQOL-bref, corroborando este achado, o modelo de regressão múltipla aplicado identificou que a escala Zarit isoladamente é capaz de prever os impactos do cuidar sobre a QV dos cuidadores estudados. Há evidência da necessidade de ampliação do suporte social e de saúde aos cuidadores, na tentativa de minimizar a sobrecarga, melhorando a QV desses indivíduos.

DESCRITORES: Cuidadores. Familiar. Idoso. Qualidade de vida. Apoio social.

ABSTRACT

It was aimed to verify the association of socio-demographic characteristics and overload activities with the quality of life (QOL) of relatives caregivers of elderly dependents at home. Epidemiological, transversal study, conducted with 58 relatives caregivers of elderly, registered in Family Health Strategies, a municipality in the State of Bahia. The data were collected from the instruments of Katz, socio-demographic, *Zarit Burden Interview*, WHOQOL-bref and analyzed by descriptive statistics, of correlation and multiple linear regression. The Zarit scale was negatively associated with all areas of the WHOQOL-bref domain, corroborating this finding, the multiple regression model applied identified that the Zarit scale alone is able to predict the impact of caring on QOL of caregivers studied. There is evidence of the need for expansion of the social and health support to caregivers, in an attempt to minimize the overload, improving the QOL of these individuals.

DESCRIPTORS: Caregivers. Relatives. Elderly. Quality of Life. Social Support.

RESUMEN

Dirigido a comprobar la asociación de las características socio-demográficas y sobrecarga de actividades con la calidad de vida (CDV) de familiares cuidadores de ancianos dependientes en casa. Estudio epidemiológico, transversal, realizado con 58 cuidadores familiares de personas mayores, registrado en Estrategias de Salud de la Familia, de un municipio en el estado de Bahía. Los datos fueron recogidos de los instrumentos de Katz, sociodemográfico, *Zarit Burden Interview*, WHOQOL-bref y analizados mediante estadística descriptiva, de correlación y regresión lineal múltiple. La escala Zarit asociada negativamente con todas las áreas del WHOQOL-bref, corroborando este hallazgo, el modelo de regresión múltiple aplicado identificó que la escala Zarit sola es capaz de predecir el impacto del cuidado sobre la CDV de los cuidadores estudiados. Hay evidencia de la necesidad de expansión de la ayuda social y de la salud a los cuidadores, en un intento de minimizar la sobrecarga, mejorando la CDV de estos individuos.

DESCRIPTORES: Cuidadores. Familiares. Ancianos. Calidad de Vida. Apoyo Social.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio, objeto deste estudo, perfaz a discussão entre a associação de características sociodemográficas, a sobrecarga de atividades e a essa QV. O estudo desta associação pode evidenciar os aspectos mais relevantes da atividade do cuidar que impactam na QV do cuidador.

A família, quase sempre, é encarregada do cuidado voluntário às pessoas idosas dependentes no domicílio e, desse modo, constitui-se em rede informal de apoio, sendo parceira das redes formais de apoio social, formadas por profissionais com capacitação especial para oferecer cuidados ao idoso dependente. O cuidador familiar de idosos assume, então, a responsabilidade de oferecer cuidados àqueles que necessitam, porém este cuidar pode impactar significativamente a QV dos cuidadores.

As leis brasileiras de proteção à pessoa idosa, baseadas na Constituição Federal – a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, reafirmam que é dever da família e obrigação da comunidade, sociedade e Estado amparar as pessoas idosas, assegurando-as participação na comunidade, defesa da dignidade e bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida.¹⁻²

Estudo realizado em Portugal³ evidencia que, na contemporaneidade, a experiência de cuidar no domicílio tem se tornado cada vez mais frequente entre as

famílias. Em consonância com essa tendência, as políticas de atenção à pessoa idosa defendem que este local pode ser considerado o melhor para o idoso, isto devido à probabilidade de garantir autonomia e preservar sua dignidade e identidade. Esta realidade ocorre, também, no cenário brasileiro, haja vista que são os familiares que mais se responsabilizam por este cuidado.

É no contexto familiar que o idoso tem o seu mais efetivo meio de sustentação e pertencimento, e onde o apoio efetivo e de saúde faz-se indispensável e pertinente. Assim, é na família que recai a busca inicial para a figura de um cuidador.⁴

Com a queda da mortalidade e envelhecimento da população, principalmente, a partir da década de 60, houve aumento da morbidade com conseqüente aumento do número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), levando a dependência de parte dessa população. No Brasil⁵ estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica, além disso, destes, em torno de 10% com sobreposição de afecções concomitantes. Logo, a situação de cronicidade e longevidade contemporânea de brasileiros contribuem para o aumento da população idosa com limitações funcionais, exigindo a necessidade de cuidados diários constantes.

A dependência é um estado em que se encontram diversas pessoas que, por razões relacionadas à falta ou perda de autonomia física e/ou psíquica, requer assistência e/ou ajuda de outra pessoa para realizar suas Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD). Atualmente, essa situação de fragilidade é um problema que gera várias implicações psicossociais, econômicas, políticas e financeiras, tanto para os indivíduos dependentes, como para os que têm que dispor de tempo para ajudar a cuidar da pessoa.⁶

No Brasil, principalmente, devido a fatores socioeconômicos das famílias, o papel de cuidador, considerado como agente fundamental no processo de cuidado e reabilitação, é gerado no próprio domicílio, situação que, por vezes, acaba provocando mudanças na família, sobrecarregando, muitas vezes, o cuidador.⁷ Assim, os cuidados prestados a idosos dependentes ocorrem geralmente no domicílio, ficando sob responsabilidade de algum familiar e, em certas ocasiões, chega a ser uma atividade desgastante e fator de risco à saúde do cuidador, principalmente, devido à possibilidade de sobrecarga de atividades cotidianas referentes ao cuidar.

Assumir a responsabilidade de cuidar de pessoas idosas dependentes tem sido apontada por cuidadores familiares como tarefa exaustiva e estressante, pois o cuidador passa a ter restrições e/ou limitações relacionadas à sua própria vida,⁸ o que pode impactar sua QV. Mesmo diante da dor, dificuldade e preocupações relacionadas ao cuidado, esse ato pode significar para o cuidador crescimento, gratidão, amor, dever, obrigação⁹.

Neste contexto, estudo¹⁰ verificou a associação entre a percepção subjetiva da QV de cuidadores familiares de pacientes dependentes e as características sociodemográficas, de saúde, grau de sobrecarga percebida e grau de independência funcional do paciente, identificando que o grau de sobrecarga correlaciona-se negativamente com a percepção de QV e ainda que em conjunto, o grau de sobrecarga, a presença de companheiro e a presença de doença no cuidador são os fatores que melhor explicam a percepção de QV medido pelo índice geral de qualidade de vida (IGQV).

Importante notar que o estudo¹⁰ incluiu pacientes atendidos pelo Programa Saúde da Família na zona sul da capital paulista, o que não permite estender suas conclusões a cuidadores residentes em outras regiões do país, principalmente as regiões com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), uma vez que o estado de São Paulo¹¹ tem um elevado IDH. Tal afirmação é embasada na definição de QV que, segundo a Organização Mundial de Saúde,¹² é a percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, no tocante à cultura e ao sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Desta forma, estudos que verifiquem a associação entre a percepção subjetiva da QV de cuidadores familiares de pacientes dependentes e as características sociodemográficas, de saúde, grau de sobrecarga percebida e grau de independência funcional do paciente em regiões com baixo IDH são necessários para que se conheça a natureza desta relação em diferentes contextos sociais, principalmente no Brasil, onde ainda não há políticas específicas direcionadas ao cuidador, logo, torna-se relevante identificar os fatores associados ao processo de cuidar e sua influência na QV dos mesmos.

Este estudo tem como objetivo, verificar a associação de características sociodemográficas e sobrecarga de atividades com a qualidade de vida do familiar

cuidador de idosos dependentes no domicílio em um município no interior do estado da Bahia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, de delineamento transversal, realizado em residências da área urbana, adstritas nas duas Estratégias Saúde da Família (ESF), de um município do interior do Estado da Bahia, região Nordeste do Brasil, com área territorial de 2.254,420 km². A população é composta de 14.387 indivíduos, sendo que na área urbana existem 7.359 pessoas e destas, 871 são idosas. Tratando-se das características de desigualdades sociais e de pobreza da população, este município é composto, predominantemente, por indivíduos com baixo poder aquisitivo.¹³

As ESF contam com duas equipes, 14 microáreas, 871 idosos com 60 anos ou mais, cadastrados. A partir deste levantamento, realizou-se visita domiciliar, juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para identificar os idosos com dependência funcional, conforme a escala de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) de Katz.¹⁴

Os participantes do estudo foram 58 cuidadores familiares de idosos. Os critérios de inclusão foram: cuidador familiar de idoso que apresente dependência funcional e esteja cadastrado em uma das ESF; coabite o mesmo domicílio; tenha idade igual ou superior a 18 anos; seja o cuidador principal.

Para classificar as pessoas idosas como independentes ou dependentes, aplicou-se aos cuidadores, por meio de entrevista, a escala de Katz, instrumento desenvolvido por Sidney de Katz, para avaliar a independência funcional no desempenho das ABVD em seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação).¹⁴ O escore utilizado varia de zero a seis pontos, na qual um ponto é atribuído a cada resposta “Sim”, sendo o indivíduo classificado como: independente em todas as funções ou dependente em uma, duas, três, quatro, cinco ou seis funções.¹⁵

Após a identificação dos idosos dependentes foram pesquisados os seus cuidadores. Inicialmente, aplicou-se um formulário semiestruturado para verificar as características sociodemográficas e de saúde do cuidador. Em seguida, para averiguar a sobrecarga do cuidador em relação aos cuidados prestados ao idoso, a

escala de *Zarit Burden Interview* (ZBI), que é um instrumento composto por 22 itens para avaliar áreas respondentes à saúde, vida social e pessoal, bem-estar psicológico, finanças e relações pessoais.¹⁶

Cada item da escala ZBI, do tipo *Likert* de cinco pontos, é pontuada de 0 a 4, que medem a frequência, de acordo a presença e intensidade de uma resposta (0=nunca; 4= sempre). No último item, o participante é questionado acerca da sobrecarga ao exercer a função de cuidador (0 = nada; 4 = extremamente). O escore da escala varia entre 0 e 88, sendo que quanto maior a pontuação, maior a sobrecarga.¹⁶ O escore adotado foi o utilizado em estudo,¹⁷ a saber: 0 – 21 ausência de sobrecarga; 22 a 40 – sobrecarga moderada; 41 – 60 – sobrecarga moderada a severa; e 61 a 88 – sobrecarga severa.

A QV dos cuidadores foi avaliada a partir da aplicação do questionário do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O instrumento contém 26 questões, duas gerais de QV e 24 compostas por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As duas questões gerais foram calculadas em conjunto para gerar único escore independente dos outros relacionados aos domínios, no qual se denomina IGQV.¹⁸

Os dados foram processados no *software Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 21.0. Optou-se pela análise estatística descritiva, utilizando-se média e desvio padrão (dp). Adicionalmente, realizou-se a correlação de *Spearman* entre os domínios do *WHOQOL-bref* e variáveis quantitativas do cuidador e idoso, assim como o modelo de regressão linear múltiplo (*stepwise forward*) tendo como variável dependente o escore do IGQV e, como variáveis independentes, as características sociodemográficas do paciente e cuidador e o escore de sobrecarga. Para este estudo, elegeu-se apenas o escore do IGQV, por considerá-lo um indicador mais abrangente e adequado aos objetivos do estudo, conforme proposto por estudo.¹⁰ O nível de significância adotado foi de 5% (i.e., $p < 0,05$).

Para verificar a correlação entre os domínios do *WHOQOL-bref* e variáveis do cuidador e idoso, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Spearman* com a classificação segundo a magnitude:¹⁹ $< 0,3$ (fraca), $\geq 0,3$ a $< 0,5$ (moderada) e $\geq 0,5$ (forte).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, *campus* de Jequié, Bahia, sob o protocolo nº 128.580/2012 e CAAE: 08643612.6.0000.0055.

RESULTADOS

Dos idosos que recebiam cuidados, 65,5% eram do sexo feminino, com média de 79,86 anos de idade ($dp=11,5$). As doenças mais descritas foram hipertensão (48,3%) e acidente vascular cerebral (15,5%). A partir da escala de Katz identificou-se que 44,9% dos idosos eram dependentes entre três e cinco funções e 19% se classificaram como totalmente dependentes, com média da escala de 4,55 ($dp=1,89$).

Quanto ao perfil sociodemográfico dos cuidadores verificou-se que a maioria era do sexo feminino (84,5%), filhos (77,6%), raça/cor parda (65,5%), com união estável (60,3%), média de idade 47,41 anos ($dp\pm 16,8$). Ainda com relação aos cuidadores, a maior parte declarou ter ensino fundamental incompleto (44,9%), estar desempregada (82,8%), ter renda de menos de um salário mínimo (67,4%), dedicar mais de 18 horas por dia ao cuidado (82,9%), tempo como cuidador acima de seis anos (53,4%), referiu ter alguma doença (87,9%) e receber ajuda de outras pessoas para cuidar do idoso (60,3%), conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Características dos cuidadores familiares do estudo qualidade de vida de familiares cuidadores de idosos dependentes no domicílio. Manoel Vitorino/ BA, 2013.

Variável	Cuidadores (n=58)
Sexo (%)	
Feminino	84,5
Masculino	15,5
Idade (%)	
Média	47,41
Desvio padrão	16,8
Mínimo	18
Máximo	80
Cor de pele (%)	
Branca	25,9
Parda	65,5
Preta	8,6
Estado civil (%)	
Casado / união consensual	60,3
Solteiro	34,5
Viúvo	5,2

Continuação da Tabela 1:

Variável	Cuidadores (n=58)
Escolaridade (%)	
Analfabeto	22,4
Ensino fundamental incompleto	44,9
Ensino fundamental completo	8,6
Ensino médio incompleto/completo	17,3
Superior incompleto/completo ou mais	6,8
Número de horas/dia dedicadas ao cuidado (%)	
Até 8	5,1
De 9 a 18	12,0
Mais de 18 horas/dia ou integral	82,9
Há quanto tempo cuida (em anos) (%)	
Até 1 ano	10,4
De 2 a 5 anos	36,2
De 6 e 10 anos	32,6
Acima de 10 anos	20,8
Renda mensal (salários mínimos)* (%)	
Sem renda	36,2
Menor que 1	31,2
Igual a 1	24,0
Maior que 1	8,6
Parentesco com relação ao paciente (%)	
Filho (a)	77,6
Cônjuge	15,5
Pai/mãe	6,9
Trabalho (%)	
Exerce atividade remunerada	17,2
Dona de casa/desempregado	55,2
Nunca exerceu trabalho remunerado	27,6
Presença de doença (%)	
Sim	87,9
Não	12,1
Recebe ajuda (%)	
Sim	60,3
Não	39,7

(*) Salário Mínimo = R\$ 620,00

Em relação às doenças referidas pelos cuidadores, verificou-se predominância do diagnóstico de lombalgia (63,8%), seguido de hipertensão (41,4%) e varizes em membros inferiores (37,9%), sendo que 51,7% dos cuidadores faziam uso de alguma medicação.

No *WHOQOL-bref*, o IGQV teve média de 55,6 (dp=9,8). Os domínios que apresentaram maiores escores foram o físico (média de 54,8; mediana 53,5; dp=15,5) e psicológico (média de 54,8; mediana 58,3; dp=15,5). As relações sociais (média de 54,8; mediana 50; dp=15,5) e ambiente (média de 41,4; mediana 42; dp=13,9) apresentaram os menores escores.

Os dados da Tabela 2 mostram as correlações entre os domínios do *WHOQOL-bref* e variáveis do cuidador e idoso. A escala *Zarit* teve correlação

negativa significativa de magnitude forte com o IGQV e os domínios físico, psicológico e ambiente, além de correlação fraca, porém significativa, com o domínio relações sociais. O domínio físico teve correlação fraca com a idade do cuidador, bem como o psicológico e relações sociais com a escala Katz.

Tabela 2 – Coeficientes de correlação de *Spearman* (r_{sp}) entre os domínios do *WHOQOL-bref* e demais variáveis do estudo qualidade de vida de familiares cuidadores de idosos dependentes no domicílio. Manoel Vitorino- BA, 2013.

Domínios <i>WHOQOL-bref</i>	Idade do idoso	Idade Cuidador	Renda per Capita	Nº de pessoas que mora no domicílio	Tempo como Cuidador	Horas dedicadas ao cuidar	<i>Zarit</i>	Katz
	r_{sp} (P)	r_{sp} (P)	r_{sp} (P)	r_{sp} (P)	r_{sp} (P)	r_{sp} (P)	r_{sp} (P)	r_{sp} (P)
IGQV	0,137 (0,305)	0,001 (0,993)	0,141 (0,292)	-0,051 (0,703)	-0,013 (0,922)	0,026 (0,845)	-0,605** (0,000)	-0,196 (0,140)
Físico	0,065 (0,627)	-0,260 (0,049)	-0,092 (0,491)	0,018 (0,894)	-0,082 (0,539)	0,005 (0,973)	-0,513** (0,000)	-0,221 (0,095)
Psicológico	-0,117 (0,384)	-0,126 (0,344)	0,096 (0,473)	-0,072 (0,594)	0,066 (0,621)	0,030 (0,821)	-0,507** (0,000)	-0,298 (0,023)
Relações sociais	-0,081 (0,545)	0,023 (0,862)	-0,024 (0,860)	-0,179 (0,179)	-0,246 (0,062)	0,111 (0,405)	-0,283 (0,031)	-0,287 (0,029)
Meio ambiente	0,254 (0,054)	0,208 (0,117)	0,228 (0,085)	0,030 (0,823)	0,132 (0,325)	0,108 (0,418)	-0,521** (0,000)	-0,057 (0,671)

(*) correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

(**) correlação estatisticamente significativa ($p < 0,01$)

A escala de avaliação da sobrecarga (i.e., escala de *Zarit*) variou de 22 a 72, (media de 47 e $dp=12,3$). A sobrecarga moderada a severa foi apresentada por 51,7% dos cuidadores, seguida de 29,3% de sobrecarga moderada e 19% sobrecarga severa.

Ao aplicar o modelo de regressão linear múltipla (*stepwise forward*), verifica-se que apenas a escala *Zarit* permaneceu ao final do modelo, indicando que esta variável, isoladamente, foi capaz de explicar a percepção de QV medido pelo IGQV, permitindo afirmar que quanto maior a sobrecarga de trabalho do cuidador, pior é sua percepção de QV (Tabela 3).

Tabela 3 – Modelo de regressão linear múltiplo final para o IGQV do estudo qualidade de vida de familiares cuidadores de idosos dependentes no domicílio. Manoel Vitorino- BA, 2013.

	Coeficiente de regressão β	p
<i>Zarit</i>	-0,783	0,002
r^2 ajustado = 0,577; p (modelo) = 0,0001		

DISCUSSÃO

Este estudo analisou a associação de características sociodemográficas e sobrecarga de atividades com a QV do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio, no interior de um município do estado da Bahia, Manoel Vitorino. Os resultados aqui obtidos corroboram com o estudo¹⁰ realizado em regiões de alto IDH, porém, a diferença no contexto social onde as amostras deste estudo e de estudo¹⁰ podem ter influenciado a natureza da relação entre as variáveis estudadas.

O predomínio de cuidadores do sexo feminino, tendo filhos, com união estável corrobora com os achados de estudos prévios de âmbito nacional^{10,20-21} e internacional.^{3,19,22} Tal achado reforça o papel social da mulher que historicamente é determinado com a função de provedora de cuidados,^{20,23} visto como natural pela mulher e pela sociedade, pois está inscrito socialmente no papel de mãe. Cuidar dos familiares idosos, portanto, é mais um dos papéis que a mulher assume na esfera doméstica.

A participação do sexo masculino como cuidador é importante,^{3,10,20-22} tendo como exemplo, o estudo realizado em Portugal⁵ que destaca o aumento do cuidador masculino. Neste estudo, cuidadores do sexo masculino representaram apenas 15,5% da população estudada, indicando que, apesar de ser minoria, estes também contribuem como cuidador principal.

Estudos já destacavam que a elevada idade entre os cuidadores principais^{3,10,19,21} pode estar associada ao fato de que, muitas vezes, este é um cônjuge^{21,24} ou mesmo um filho(a). Os resultados aqui obtidos mostram uma média de idade de 47 anos, com cuidadores correspondendo predominantemente a filhos (77,6%), seguido pelo cônjuge (15,5%), o que justifica a variação de idade entre 18 e 80 anos. A idade avançada dos cuidadores é motivo de preocupação, pois pode influenciar diretamente o risco de sobrecarga para o cuidador.

A variável raça/cor não tem sido reportado em estudos relacionados a cuidadores familiares.^{3,10,19-22} Estudo sobre o perfil de cuidadores de idosos reporta esta variável e identificou que a maior parte dos cuidadores declarou a cor da pele branca, o que pode ter relação com a região sudeste do Brasil, local onde realizou a pesquisa.²⁵ Diferente deste estudo, na qual identificou que a maioria dos cuidadores declarou ser negra (parda/preta), raça predominante no nordeste brasileiro.

Tal como em outros estudos,^{10,19-21} a população aqui estudada apresenta baixo nível de escolaridade, sendo que 67,3% são analfabetos ou possuem ensino fundamental incompleto, o que representa porcentagem maior que observado em estudos^{5,9,25} realizados em regiões do Brasil com alto IDH.

A escolaridade reduzida pode contribuir para o papel do cuidador ser atribuído aos familiares, visto que a inserção no mercado de trabalho formal é mais difícil para aqueles indivíduos com baixa escolaridade. Assim, é mais provável que essas pessoas se dediquem aos serviços domésticos e à tarefa de cuidado do familiar dependente, como extensão dessa atividade.¹⁰

Como observado em estudos, a maior parte dos cuidadores estava desempregado,^{10,21-22} embora identifiquem percentual representativo de cuidadores familiares trabalhando fora do domicílio.^{3,10,21-22} Evidenciou-se, neste estudo, que 17,2% dos cuidadores exerciam atividades remuneradas adicionais às realizadas no domicílio e a do cuidar do idoso, o que pode influenciar negativamente na sobrecarga e QV desses cuidadores.

A atividade do cuidado, muitas vezes, insta os cuidadores a reduzir a jornada de trabalho ou mesmo deixar o trabalho remunerado, principalmente quando a situação do idoso exige dedicação exclusiva.²¹ O percentual de cuidadores desempregados, identificado neste estudo, pode estar associado a este fato, vez que 74,2% deles referiram ter trabalhado fora do domicílio e, no momento, dedicavam-se exclusivamente, às atividades domésticas e sem remuneração.

O estudo¹⁰ sobre QV de cuidadores de idosos dependentes mostrou renda per capita média inferior a um salário mínimo entre os cuidadores estudados. Semelhantemente, o presente estudo mostrou que o maior percentual de cuidadores não tem renda, seguido dos que recebem até um salário mínimo. O que pode ser justificado não só pelo tempo que precisa dedicar ao cuidar do seu familiar idoso, como também, pelas características socioeconômicas da região estudada, que não dispõe de muitas oportunidades de trabalho.

Elevado percentual dos cuidadores relatou a presença de pelo menos uma doença, o que corrobora com estudos anteriores.^{3,10} O diagnóstico de lombalgia foi o mais comum, acometendo 63,8% dos cuidadores, seguido do diagnóstico de hipertensão (41,4%) e varizes (37,9%), todas condições patológicas que podem ser relacionadas à sobrecarga física. Não obstante, hipertensão arterial^{10,21} e afecções de coluna¹⁹ estão entre as doenças mais citadas em estudos anteriores.

Vários cuidadores percebem sua saúde como regular e tende a piorar devido ao processo de cuidar do idoso, necessitando, eles próprios, de cuidados de saúde.³ A partir da comparação do estado de saúde atual com a de cinco anos anteriores, o estudo²¹ obteve que quase metade da amostra informou ter piorado de saúde. O que pode estar relacionado à prática de cuidar do idoso em contexto domiciliar, por favorecer o aparecimento de limitações na vida do cuidador, com consequentes riscos à sua saúde.

Observa-se que 89,6% dos cuidadores estudados se dedicam a esta atividade a mais de um ano, sendo que 20,8% se dedicam a mais de 10 anos. Desta forma, o tempo dedicado ao cuidado na população aqui estudada foi maior que o obtido na amostra do estudo¹⁰ realizado na zona sul da capital paulista com cuidadores de idosos dependentes. O número de horas dedicado ao cuidado foi avaliado neste estudo, sendo constatado que 82,9% dos cuidadores se dedicam de forma integral ao cuidado do familiar, o que corrobora estudos prévios.^{19,21}

Isoladamente, o tempo dedicado ao cuidado (em anos) e o número de horas dedicado ao cuidado não foram significativamente correlacionados com os domínios do *WHOQOL-bref*. No entanto, é possível supor que, em conjunto, estes fatores podem contribuir para uma pior QV, visto que as circunstâncias de cuidado podem impor consequências negativas à vida e à saúde do cuidador do idoso, com vivência de situação de estresse, desgaste, cansaço e falta de tempo para lazer e de se cuidar.

Contudo, apesar de desgastante, a atividade de cuidar de um familiar também apresenta sentimentos positivos de sensação confortadora, como dever cumprido e dignificação de suas vidas. Neste contexto, é essencial considerar o binômio cuidador e idoso dependente, pois exige atenção especial de cuidados e saúde por parte dos serviços de saúde.²¹

Conforme a escala *Zarit*, a população aqui estudada apresenta maior sobrecarga que observado em outros estudos.^{10,19} Tal fato pode estar relacionado ao grande tempo (em anos) e horas dedicadas ao cuidado, além de fatores socioeconômicos e culturais das diferentes localidades onde os estudos foram conduzidos.

Interessante observar que o nível de sobrecarga, obtido pela escala de *Zarit*, foi negativamente correlacionada com todos os domínios do *WHOQOL-bref* e com o IGQV, obtendo-se coeficientes de correlação maiores que os observados em estudo

anterior.¹⁰ A forte associação entre o nível de sobrecarga e a percepção de QV aqui observada pode justificar o fato de a escala de *Zarit* ter sido a única variável explicativa a permanecer no modelo de regressão linear múltiplo (*stepwise forward*) aqui aplicado, permitindo afirmar que, quanto maior a sobrecarga, menor é o IGQV.¹⁰ Este resultado corrobora em parte o resultado de outra pesquisa¹⁰ realizada com cuidadores de idosos, onde a escala de *Zarit* foi incluída no modelo final de regressão como variável explicativa, juntamente com as variáveis, presença de companheiro e presença de doença no cuidador.

Como exposto, a associação mais forte entre escala de *Zarit* e os domínios do *WHOQOL-bref*, especialmente o IGQV ($r_{sp}=0,60$ obtido neste estudo, contra $r_{sp}=0,35$ obtido em estudo¹⁰), podem justificar a divergência no resultado do modelo de regressão aplicado. Não obstante, o maior tempo (em anos) e horas dedicadas ao cuidado observado em nossa amostra, também podem ter contribuído para a diferença nos resultados do modelo de regressão, por representar maior tempo (em anos e horas) de exposição à sobrecarga.

A QV do cuidador, avaliada pelo *WHOQOL-bref*, apresentou-se em nível mediano, como observado em estudos prévios.^{3,21} O *déficit* de oportunidades sociais externas do cuidador e o afetado estado de saúde do idoso parecem convergir para um resultado regular dessa QV.³

Corroborando com estudos, os domínios meio ambiente e relações sociais apresentaram os menores escores,^{3,10} o que pode estar associado à readaptação familiar frente a dependência funcional do idoso em diversos graus, além da redução de oportunidades de lazer, devido o tempo despedido ao cuidar. Adicionalmente, as escassas opções de lazer, o menor poder aquisitivo e precariedade nas condições de moradia e deslocamento urbano, característicos das regiões de baixo IDH, podem ter contribuído sobremaneira para a baixa percepção de QV no tocante ao meio ambiente e relações sociais.

Com o aumento da expectativa de vida e, conseqüente, crescimento da quantidade de idosos, incrementa, também, o número de pessoas que assume o cuidado de um familiar idoso dependente funcional. As tarefas do cuidado demandam recursos econômicos, tempo, (re)organização familiar e pessoal que geram uma sobrecarga a qual pode repercutir negativamente no cuidador. Um recurso que pode amenizar esses impactos é a existência de redes de apoio social,

dentro das quais os familiares encontrem ajuda para satisfazer suas necessidades nas situações cotidianas.²²

O cuidador de idosos tem reduzido apoio,²¹ e contam quase que, exclusivamente, com a rede de apoio informal familiar^{10,22} e de outras estruturas da comunidade. Apesar dos problemas e insuficiência das fontes de apoio, os cuidadores têm desenvolvido estratégias e habilidades para lidar com as dificuldades enfrentadas.²²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo evidenciaram que as características dos cuidadores familiares de idosos dependentes não diferem muito, tanto no âmbito nacional, quanto internacional, independentemente dos aspectos regionais ou culturais, verificando que a maioria é mulher, filha ou cônjuge do idoso, casada, de meia idade, reduzida escolaridade e baixa condição econômica.

Fatores como a sobrecarga de trabalho, estão associados negativamente à percepção de QV dos cuidadores, conforme foi visto a partir da análise do *WHOQOL-bref*, sendo os domínios, relações sociais e meio ambiente, os que mais influenciaram, o que pode ser agravado pelas condições socioeconômicas e culturais de regiões de baixo IDH.

Fica, portanto, explicitada a necessidade de ações de saúde e apoio social à cuidadores familiares, além de implantação de políticas públicas direcionadas para esses indivíduos, com vistas na promoção à saúde e prevenção de agravos, bem como, na possibilidade de minimizar a sobrecarga de trabalho, relacionada ao processo de cuidar.

Mediante a realidade brasileira não haver políticas específicas direcionadas ao cuidador, é imprescindível que os profissionais de saúde, em especial, os que atuam em Estratégias Saúde da Família, planejem ações e forneçam subsídios capazes de contribuir positivamente para a QV desses cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e da outras providencias. Diário Oficial da União. 1994.
2. Brasil. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF. 2006.
3. Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011 May-Jun; 19(3): 458-66.
4. Braz E, Ciosak SI. O tornar-se cuidadora na senescência. *Esc Anna Nery*. 2009 Abr-Jun; 13(2): 372-7.
5. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS; Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm*. 2006 Out-Dez; 15(4): 570-7.
6. Araújo I, Paúl C, Martins M. Living older in the family context: dependency in self-care. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Agost; 45(4):866-71.
7. Nickel R. Correlação entre a qualidade de vida de cuidadores familiares e os níveis de independência funcional dos cuidados. *Cogitare Enferm*. 2010 Abr-Jun; 15(2):225-30.
8. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Bras Enferm*. 2009 Jan-Fev; 62(1): 57-63.
9. Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. *Cad Saúde Pública*. 2006 Agost; 22(8):1629-38.

10. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Abr-Jun; 17(2): 266-72.
11. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Ranking do IDH dos Municípios do Brasil. 2013.
12. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine.* 46(12):1569-85, 1998.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo: informações das cidades. 2010.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): MS; Saúde, 2007.
15. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública.* 2008 Jan; 24(1):103-112.
16. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002 Març; 24(1):12-7.
17. Ferreira F, Pinto A, Laranjeira A, Pinto AC, Lopes A, Viana A et al. Validação da escala de *Zarit*: sobrecarga do cuidador em cuidados paliativos domiciliários, para população portuguesa. *Cadernos de Saúde* 2010. 3(2):13-9.
18. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da

qualidade de vida "*WHOQOL-bref*". Rev Saúde Pública 2000 Març-Abr; 34(2):178-83.

19. Oliveira DC, Carvalho GSF, Stella F, Higa CMH, D'Elboux MJ. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. Texto Contexto Enferm. 2011 Abr-Jun; 20(2): 234-40.

20. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, Vendruscolo TRP, Fabrício-Whebe SCC, Marques S et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. Acta Paul Enferm. 2012 Out-Nov; 25(5): 768-74.

21. Pimenta GMF, Costa MASM, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Profile of the caregiver of dependent elderly family members in a home environment in the city of Porto, Portugal. Rev Esc Enferm USP. 2009 Set; 43(3):606-11.

22. Guedea MTD, Damacena FA, Carbajal MMM, Marcobich PO, Hernández GA, Lizárraga LV et al. Social support needs of mexican elders family caregivers. Psicol Soc. 2009 Mai-Agost. 21 (2): 242-249.

23. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública. 2003 Mai-Jun; 19(3): 773-81.

24. Pacheco MJC, Pacheco MPC, Botelho MOM, Amaral PR, Pacheco RJC. Elderly caring for elderly. Gerokomos. 2007 Set; 18(3):25-32.

25. Gaioli CCLO, Furegato ARF, Santos JLF. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. Texto Contexto Enferm. 2012 jan-març; 21(1):150-7.

5.2 Manuscrito 2

APOIO SOCIAL E QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES*

SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE OF RELATIVE CAREGIVERS OF DEPENDENT ELDERLIES

APOYO SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES DE MAYORES DEPENDIENTES

1. Karla Ferraz dos Anjos. Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil.

2. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery. Enfermeira, Professora Pós Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Departamento de Saúde. Jequié (BA), Brasil.

3. Rafael Pereira. Fisioterapeuta, Professor Doutor, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Departamento de Saúde. Jequié (BA), Brasil.

Autor responsável pela troca de correspondência

Karla Ferraz dos Anjos

Rua Mato Grosso, nº 60, Bairro Brasil. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. CEP: 45051-485.

Tel: (73) 9146-3912. E-mail: karla.ferraz@hotmail.com

*Artigo integrante da dissertação de Mestrado intitulada: Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio de autoria de Karla Ferraz dos Anjos.

RESUMO

Objetivo: averiguar a associação entre o apoio social e a qualidade de vida de familiares cuidadores de idosos dependentes no domicílio. **Método:** estudo quantitativo e transversal, realizado com 58 cuidadores familiares de idosos dependentes, cadastrados em Estratégia Saúde da Família. Foram coletados dados a partir dos instrumentos de Katz, sociodemográfico, *ZaritBurden Interview*, *WHOQOL-bref* e analisados por meio da estatística descritiva, de regressão linear múltipla. **Resultados:** maioria dos cuidadores foram mulheres, cuidava em tempo integral e apresentava sobrecarga moderada a severa. O menor escore da qualidade de vida (QV) foi no domínio ambiente. A maioria dos cuidadores está satisfeita com as Relações Sociais e apoio social recebido. Verifica-se que o *Zarite* tempo de cuidado correlacionaram com o domínio Relações Sociais. **Conclusão:** orientações e apoio social formal e informal aos cuidadores são importantes para prevenir implicações à saúde, sobrecarga e desgaste biopsicossocial, proporcionando assim, condições favoráveis à QV desses cuidadores.

DESCRITORES: Cuidadores. Família. Idoso. Qualidade de vida. Apoio social.

ABSTRACT

Objective: investigating the association between social support and quality of life of family caregivers of elderly dependents at home. **Method:** a quantitative and transverse study, held with 58 family caregivers of dependent elderly, registered in the Family Health Strategy. The data were collected from the instruments of Katz, Zarit Burden Interview, socio-demographic, WHOQOL-bref and analyzed through descriptive statistics, of multiple linear regression. **Results:** most caregivers were women, looked after in full-time and had moderate to severe overload. The lowest score of quality of life (QOL) was in the domain environment. Most caregivers are satisfied with social relations and social support received. It turns out that the Zarit and time of care correlated with the domain Social Relationships. **Conclusion:** guidelines and formal and informal social support to caregivers are important to prevent the health implications, overload and biopsychosocial strain; thus, favorable conditions for the QOL of those caregivers.

DESCRITORES: Caregivers. Family. Elderly. Quality of life. Social support.

RESUMEN

Objetivo: para investigar la asociación entre el apoyo social y la calidad de vida de los cuidadores familiares de mayores dependientes en el hogar. **Método:** estudio cuantitativo y transversal, realizado con 58 familiares cuidadores de ancianos dependientes, registrados en la Estrategia de Salud de la Familia. Los datos fueron recogidos de los instrumentos de Katz, socio-demográficos, *ZaritBurden Interview*, WHOQOL-bref y analizados mediante estadística descriptiva, regresión lineal múltiple. **Resultados:** la mayoría de los cuidadores fue mujeres, cuidaba a tiempo completo y tuvo de moderada a severa sobrecarga. La puntuación más baja de la calidad de vida (CDV) estaba en el dominio campo. La mayoría de los cuidadores

está satisfeita com as relações sociais e o apoio social recebido. Resulta que o Zarity o tempo de cuidado correlacionan com o domínioRelações Sociais. **Conclusión:** as directrices y apoio social formal e informal a los cuidadores son importantes para prevenir las implicaciones a la salud, sobrecarga y biopsicosocial desgaste, por lo tanto, condiciones favorables para la CDV de los cuidadores.

DESCRIPTORES: Cuidadores. Familia. Personas de edad avanzada. Calidad de vida. Apoyo social.

INTRODUÇÃO

Estudo sobre a associação entre o apoio social e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes, discute essas duas variáveis, com vistas a demonstrar a realidade vivida por esses cuidadores, no seu cotidiano.

O processo de envelhecimento se caracteriza por uma série de alterações que repercutem em âmbito físico, psíquico e social do ser humano⁽¹⁾. Desta forma, pressupõe-se que o idoso perca capacidades de maneira progressiva, favorecendo assim limitações ao indivíduo, sejam pelo surgimento de doenças crônicas não transmissíveis e suas consequências, ou pelas perdas cognitivas e funcionais do avançar da idade, o que vem requerendo cuidados domiciliares e modificação no cotidiano de várias famílias⁽²⁾.

As alterações provenientes da terceira idade conduzem vários idosos a necessitar de alguém para auxiliá-los na execução de atividades cotidianas. Dessa necessidade surge a figura do cuidador de idosos, que em diversas situações passam sob um olhar desatento e sem capacitação, resultando assim em desgaste tanto para a pessoa cuidada quanto para o cuidador⁽³⁾.

A família torna-se o apoio fundamental do cuidado aos idosos⁽⁴⁾ e, constitui-se em rede informal de apoio às pessoas idosas, vez que realiza o cuidado voluntariamente, sendo parceira das redes formais de apoio social, que são constituídas por profissionais com formação especial para oferecer cuidados a estes indivíduos. Neste contexto, o cuidador familiar é o indivíduo que realiza o cuidado ao idoso de sua própria família.

O cuidado familiar tem suas satisfações, porém também é trabalho⁽¹⁾. Dispensar cuidado a um indivíduo dependente envolve empenho biopsicossocial considerável, além do ônus financeiro que recai, comumente, sobre as famílias

cuidadoras^(1,4). A existência de estratégias como a redes de apoio social pode reduzir implicações negativas relacionadas ao ato de cuidar, dentro das quais os familiares encontrem auxílio e ajuda para satisfazerem suas necessidades em situações diárias e/ou de crise⁽⁴⁾.

O apoio social abrange a estrutura da rede de relacionamentos sociais e a adequação de sua função, sobretudo o grau de satisfação da pessoa com o apoio que recebe. Sua existência tem sido fortemente associada com desfechos positivos⁽⁵⁾ e relacionada à dimensão estrutural e institucional ligada ao indivíduo⁽⁶⁾.

Além disso, o apoio social compreende recursos fornecidos por outras pessoas como: 1) o emocional, que envolve manifestações de amor e afeição; 2) o instrumental, que se refere aos auxílios, provimento de necessidades materiais, ajuda para trabalhos práticos e financeiros; 3) de informação que podem ser utilizadas para lidar com problemas e sua resolubilidade; 4) e de interação social positiva, que compreende a disponibilidade de pessoas com quem é possível se divertir e relaxar. Neste contexto, o apoio social é uma das variáveis intervenientes na qualidade de vida (QV) do cuidador familiar e da pessoa dependente, ao conceder liberdade ao familiar em retomar a sua rotina de vida⁽⁷⁾.

Estudo sobre a influência do apoio social na QV do cuidador familiar de pessoas com dependência identificou que o fato dos cuidadores receberem algum tipo de apoio de amigos e familiares se associou a uma melhor satisfação com os relacionamentos interpessoais. Além disso, os cuidadores que estão menos satisfeitos com as suas relações sociais apresenta maior percepção de sobrecarga⁽⁶⁾.

Este fato pode estar associado com a avaliação subjetiva do cuidador com relação a definição de QV, que segundo a Organização Mundial de Saúde, é a percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, concernente à cultura e ao sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁽⁸⁾.

Vale ressaltar que o estudo⁽⁶⁾ incluiu cuidadores familiares de pacientes atendidos pela Estratégia de Saúde da Família, situada na zona sul da capital paulista, o que não permite estender suas conclusões a cuidadores residentes em outras regiões do país, principalmente, as regiões com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), uma vez que o estado de São Paulo tem um elevado IDH⁽⁹⁾.

Este estudo objetivou averiguar a associação entre o apoio social e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio.

MÉTODO

Estudo transversal e quantitativo, realizado em residências da área urbana, adstritas em duas Estratégias Saúde da Família (ESF), de um município situado no interior da Bahia, Manoel Vitorino. Os participantes do estudo foram todos os cuidadores familiares de idosos com dependência cognitiva e/ou funcional, atendidos pelas ESF, no período de janeiro a fevereiro de 2013.

A família considerada para este estudo foram as pessoas com vínculos, nem sempre caracterizadas por laços consanguíneos, mas que se identificaram como cuidadores familiares, isto por estarem assumindo a responsabilidade de cuidar do idoso no domicílio, de maneira não remunerada, além do próprio envolvimento interpessoal.

Os participantes do estudo foram 58 cuidadores familiares de idosos dependentes que atenderam aos critérios de inclusão: cuidador familiar de idoso que apresente dependência cognitiva e/ou funcional; que coabite o mesmo domicílio; tenha idade igual ou superior a 18 anos; seja o cuidador principal do idoso; e seja cadastrado em uma das ESF.

O município de Manoel Vitorino, onde estão localizadas as ESF, encontra-se na região Sudoeste da Bahia, possui uma área territorial de 2.254,42 km². A população é composta de 14.387 indivíduos, sendo que na área urbana existem 7.359 pessoas e destas, 871 são idosas⁽¹⁰⁾. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) do município é de 0,566, ocupando a 4.921^a posição, em relação aos 5.565 municípios do Brasil e, em relação aos 417 outros municípios de Bahia, este ocupa a 312^a posição. O Índice de Gini é de 0,51, sendo a renda per capita de R\$ 226,95, com 26,47% de indivíduos extremamente pobres e 46,92% pobres⁽⁹⁾.

As ESF contam com duas equipes, 14 microáreas, 871 idosos com 60 anos ou mais, cadastrados. A partir deste levantamento, realizou-se visita domiciliar, lócus do idoso, juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde, para identificar os idosos com dependência funcional. Neste contexto, por meio da entrevista, aplicou-se aos cuidadores a Escala de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) de Katz, instrumento desenvolvido por Sidney Katz, para avaliar a

independência funcional no desempenho das ABVD em seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação)⁽¹¹⁾.

O índice de Katz varia entre 0 e 6 pontos, na qual 1 ponto é atribuído a cada resposta “Sim”, sendo o indivíduo classificado como: independente em todas as seis funções; ou dependente em uma, duas, três, quatro, cinco, ou seis funções (dependente em todas as funções)⁽¹²⁾.

Para identificar as características sociodemográficas e de saúde do cuidador familiar, aplicou-se um formulário semiestruturado elaborado pelos autores. Em seguida, a escala *Zarit Burden Interview* (ZBI), para mensurar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador em relação aos cuidados prestados ao idoso. O instrumento é composto por 22 itens que avaliam a condição de saúde, bem-estar psicológico, finanças e vida social⁽¹³⁾.

A escala de respostas do ZBI varia de 0 a 4, sendo: (0=nunca, 1=raramente, 2=algumas vezes, 3=frequentemente e 4=sempre). A exceção é o último item, em que o pesquisado é questionado se está se sentindo sobrecarregado devido exercer a função de cuidador: (0 = nem um pouco, 1 = um pouco, 2 = moderadamente, 3 = muito, 4 = extremamente). O escore da escala varia de 0 a 88, sendo que quanto maior a pontuação, maior é a sobrecarga⁽¹³⁾.

A QV dos cuidadores foi avaliada pelo questionário do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*, que contém 26 questões, duas gerais (qualidade de vida geral e satisfação com a saúde) e 24 englobadas nos domínios, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As duas questões gerais são calculadas em conjunto para gerar um único escore independente dos outros escores dos domínios, o qual se denomina de Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV)⁽¹⁴⁾.

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Os dados foram explorados a partir da estatística descritiva do IGQV e dos domínios do *WHOQOL-bref*, utilizando-se média, mediana, variação, desvio padrão (dp).

Além disso, realizou-se a correlação de *Spearman* entre os domínios do *WHOQOL-bref* e variáveis quantitativas do cuidador e idoso, assim como, o modelo de regressão linear múltiplo (*stepwise forward*) tendo como variável dependente o escore do domínio Relações Sociais e, como variáveis independentes, as características sociodemográficas do cuidador e do idoso, bem como o escore de

sobrecarga (ZBI). Para este estudo elegeu-se o escore do domínio relações sociais, por considerá-lo um indicador abrangente e adequado ao objetivo do estudo, conforme proposto em estudo⁽⁶⁾. O nível de significância adotado para este estudo foi de 5% (i.e., $p < 0,05$).

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, *campus* de Jequié, Bahia, sob o protocolo nº 128.580/2012 e CAAE: 08643612.6.0000.0055.

RESULTADOS

Ao caracterizar os idosos dependentes que recebiam os cuidados, estes eram majoritariamente do sexo feminino (65,5%), idade superior a 72 anos (76,1%) e média de 79,8 ($\pm 11,5$) anos. A doença mais mencionada foi a hipertensão arterial (48,3%). A partir da classificação conforme a escala de Katz identificou-se que 36,2% dos idosos eram dependentes em 1-3 funções, 44,8% de 3-6 funções, e 19% em 6-7 funções (totalmente dependentes de cuidados), com mediana da escala de 5,0 ($\pm 1,85$).

Em se tratando dos cuidadores, a maioria era do sexo feminino (84,5%), com idade média de 47,41 ($\pm 16,8$) e variação de 18 a 80 anos. Quanto ao parentesco, 77,6% eram filhas, seguidas de 15,5% conjugue. Em relação à raça/cor, 74,1% se auto declararam não branca (parda/preta), 60,3% eram casados ou em união consensual. Quanto à escolaridade, 22,4% eram analfabetos e 53,5% tinham ensino fundamental incompleto e/ou completo.

A média de tempo como cuidador foi de 7,4 anos, sendo identificado que 68,8% se dedicam ao cuidar dos idosos entre dois e 10 anos, e 20,8% se dedicaram por tempo superior a 10 anos. Concernente às horas dedicadas ao cuidar, 88% cuidavam de 13 a 24 horas diárias, com média de 21,9 h ($\pm 4,9$).

Dos cuidadores, 36,2% referiram não ter renda individual, 31,2% recebiam menos de um salário mínimo e 24% tinham renda igual a um salário. No que tange à ocupação, 55,2% estavam desempregados e 27,6% nunca exerceu trabalho remunerado.

O arranjo familiar indicou que 25,9% dos cuidadores vivem somente com o idoso, 56,8% entre três e cinco pessoas no mesmo domicílio (conjugue, filho, neto,

nora/genro), sendo maior parte variando de duas a oito indivíduos, com mediana de 3,0 ($\pm 2,3$).

Observou-se que 87,9% dos cuidadores autorrelataram comprometimento com a saúde, com pelo menos uma doença. Destes, 25,9% apresentavam até três doenças associadas e 20,6% quatro ou mais, sendo que, 51,7% faziam uso de alguma medicação diária. Dentre as doenças, as mais citadas foram lombalgia (63,8%) e hipertensão arterial (41,4%).

De forma unânime, os cuidadores nunca frequentaram algum curso para ajudá-los a desenvolver os cuidados diários aos idosos. Dentre os cuidadores, 60,3% informaram receber apoio de outras pessoas para cuidar do idoso, citando principalmente os membros familiares: filho do idoso (24,1%), filho do cuidador (17,2%), assim como vizinho (8,6%); e 39,7% não recebem apoio social informal. Ressalta-se que o apoio social recebido citado foi relacionado ao cuidado direto do idoso. Quanto ao apoio social formal, os cuidadores declaram não receber.

Para averiguar a associação entre apoio social e QV de cuidadores de idosos que residem em uma região de baixo IDH selecionou variáveis sociodemográficas, do domínio relações sociais do *WHOQOL-bref* que engloba questões relativas a relações pessoais e suporte (apoio social), como apresenta também em estudo⁽⁶⁾, assim como questões que compõe a escala de *Zarit*⁽¹³⁾ referente ao relacionamento com os membros familiares e amigos, e se o cuidador sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter que cuidar do idoso dependente. Diante as variáveis elegidas, buscou-se associá-las para identificar a influência na QV dos cuidadores.

Ao avaliar a sobrecarga a partir da escala de *Zarit*, observou-se que todos os cuidadores apresentam algum nível de sobrecarga, sendo que 51,7% classificaram em sobrecarga moderada a severa, 29,3% sobrecarga moderada e 19% sobrecarga severa, com variação da escala de 22-72 e média de 47 ($\pm 12,3$). A escala *Zarit* teve correlação negativa com todos os domínios do *WHOQOL-bref*.

A Tabela 1 apresenta os escores dos domínios do *WHOQOL-bref*, evidenciando que o domínio físico mostrou a maior média 54,8 ($\pm 15,5$), enquanto o ambiente 41,4 ($\pm 13,9$) apresentou menor. Adicionalmente, foi observada média de 55,1 ($\pm 19,8$) no IGQV.

Tabela 1 - Estatística descritiva do Índice Geral de Qualidade de Vida e dos domínios do *WHOQOL-bref* do estudo apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. Manoel Vitorino, Bahia, Brasil, 2013.

Domínios	Média (dp)	Mediana	Varição observada
IGQV	55,1 (19,8)	50,0	0,0 - 87,5
Físico	54,8 (15,5)	53,5	10,7 - 85,7
Psicológico	54,5 (14,9)	58,3	12,5 - 83,3
Relações sociais	50,4 (17,2)	50,0	8,3 - 83,3
Meio ambiente	41,4 (13,9)	42,1	6,2 - 68,7

Em relação ao domínio Relações Sociais do *WHOQOL-bref*, foi evidenciado que 64,4% dos cuidadores informaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos. Ao relacionar o apoio social informal recebido, 60,3% dos cuidadores apresentaram melhores escores no domínio físico e piores escores no domínio meio ambiente. Tratando-se do suporte e apoio social, 41,4% dos cuidadores informaram satisfação. Quanto à recreação/lazer e a espiritualidade/religião/crenças pessoais 14,4% e 66,5%, respectivamente, referiram estar satisfeitos.

A tabela 2 apresenta o modelo de regressão linear múltipla final, e mostra as variáveis independentes, estatisticamente relacionadas com o domínio Relações Sociais, que também envolve questões relacionadas ao apoio social. Observa-se que a escala de *Zarit* e o tempo de cuidado permaneceu ao final do modelo, indicando que as duas variáveis isoladamente foram capazes de explicar a percepção de QV mensurado pelas Relações Sociais, permitindo afirmar que quanto maior a sobrecarga de atividades do cuidador e tempo dedicado ao cuidar do idoso, pior é sua percepção de QV, o que pode estar associado com o *déficit* de apoio social formal e informal.

Tabela 2 – Modelo de regressão linear múltipla final para o domínio Relações Sociais do estudo apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. Manoel Vitorino, Bahia, Brasil, 2013.

Variável	Coefficiente de regressão β	P
<i>Zarit</i>	-0,296	0,020
Tempo de cuidado (meses)	-0,269	0,034

r^2 ajustado = 0,127; p (modelo) = 0,0001

DISCUSSÃO

Quanto às características dos cuidadores de idosos de Manoel Vitorino, mesmo diante algumas peculiaridades próprias do município, a exemplo, de dificuldades cotidianas vivenciadas por estes indivíduos quanto ao acesso aos serviços de saúde, o baixo IDH, reduzida escolaridade e elevado índice de desemprego, estas não se difere muito de estudos realizados em diferentes contextos regionais, culturais e sociais. Neste contexto, parece consenso na literatura nacional^(6,15) e internacional^(4,16) que o perfil predominante de cuidadores de idosos envolve mulheres, filhas ou esposas, casadas ou em união consensual e com baixa escolaridade.

Tal constatação parece estar relacionada ao fato de que, quando um membro familiar adoece, geralmente a mulher assume a responsabilidade de cuidar, atividade vista como natural e inscrito socialmente no papel de mãe⁽¹⁷⁾. Dificilmente o homem se responsabiliza pelos cuidados diretos, contribuindo apenas secundariamente⁽¹⁸⁾. Entretanto, verifica-se que, apesar de minoritária, a participação masculina, no cuidar dos idosos existe^(4,19).

A idade dos cuidadores é uma variável relevante, uma vez que, frequentemente, o cuidador pertence à mesma geração dos indivíduos cuidados. São idosos independentes cuidando de pessoas idosas dependentes^(17,19). Essa situação, muitas vezes, decorre da função de cuidador ser atribuída aos cônjuges⁽²⁾. Diferentemente, os resultados de Manoel Vitorino mostraram que, em sua maioria, os cuidadores eram filhos dos idosos cuidados e apenas 15,5% cônjuges. A média de idade identificada ($47,41 \pm 16,8$ anos) corrobora com a média de idade dos cuidadores observada em outros estudos^(15, 20).

Os cuidadores idosos são chamados “vítimas ocultas”, vez que em várias situações, além de conviver com o isolamento, solidão, sobrecarga de atividades e responsabilidades de cuidar e dificuldades financeiras, ainda lidam com o seu processo de envelhecer. Estas questões podem desencadear situações estressantes e problemas de saúde nesses indivíduos⁽²¹⁾, pois, no decorrer dos anos, sentem não ter a mesma aptidão para algumas atividades como antes, gerando preocupações e angústia tanto em relação ao futuro da pessoa que cuida, quanto do próprio futuro⁽²⁾.

A variável raça/cor tem sido pouco referida em estudos nacionais^(6,18) e internacionais^(16,19) envolvendo cuidadores. Um estudo com cuidadores de idosos realizado em Ribeirão Preto/SP⁽²²⁾ identificou que a maior parte dos cuidadores autodeclararam a cor da pele branca, o que pode estar associado com a região Sudeste do Brasil, local onde a pesquisa foi realizada. Ao contrário, os resultados deste estudo identificaram que maioria dos cuidadores era da cor parda, podendo esse achado estar relacionado à miscigenação característica da região Nordeste do país, onde a pesquisa foi realizada.

Estudo realizado no Chile verificou que a maioria dos cuidadores dedica mais de cinco anos ao cuidado, cuidam de forma integral e recebem apoio social para essa atividade⁽¹⁹⁾. Esses resultados convergem com os resultados deste estudo, identificando a necessidade do cuidador disponibilizar períodos longos para cuidar do idoso. Essa dedicação de maneira contínua e, em tempos prolongados, pode expor em risco a saúde do cuidador, principalmente devido os estressores relacionados ao ato de cuidar.

Em relação ao arranjo domiciliar, verifica-se média de 3,7 pessoas residindo com o idoso, variando de dois a oito indivíduos. Foi encontrada correlação positiva entre o número de pessoas que moram no mesmo lócus e o domínio Relações Sociais. Neste contexto, verifica-se que o número de pessoas que residem no mesmo domicílio parece significar também uma melhor rede de apoio, visto que quanto mais pessoas próximas, maior a probabilidade de ajuda e revezamento do cuidado, entretanto, não é garantia de que os cuidadores receberão ajuda⁽⁶⁾.

Entre os cuidadores, parte significativa é carente economicamente, declara não ter renda^(19,20) e, geralmente, são donas de casa⁽²³⁾. Dos que declararam ter renda per capita, a média é inferior a um salário mínimo⁽¹⁵⁾. Este fato pode estar relacionado ao tempo necessário para se dedicar ao cuidado do idoso, vez que vários familiares precisam abdicar de outras atividades extras domésticas e pessoais, para cuidar do seu familiar. Assim como às características do município, vez que maioria da população é considerada pobre ou se encontra em extrema pobreza. Neste estudo, verificou-se que entre os cuidadores, maior parte declarou ter somente a renda da bolsa família para se manter.

Como observado, a maior parte dos cuidadores declara ser acometido por alguma doença crônica ou aguda, percebe sua saúde como regular ou ruim e com presença de sobrecarga intensa ou leve⁽¹⁹⁾. Estudo constatou uma pior condição de

saúde em pessoas que se dedicavam ao cuidado informal a familiares, quando comparado a pessoas que não realizavam tal atividade, postulando então que esta deterioração da saúde pode estar associada com a maior carga de trabalho desses indivíduos⁽²⁰⁾, vez que além dos múltiplos papéis sociais que os cuidadores têm para desempenhar, a exemplo, mãe, esposa, trabalhadora, filha, cuidadora⁽⁴⁾, tem-se acrescida a estes, o de cuidar de um idoso dependente e, muitas vezes, sem apoio formal ou informal.

É reportado em estudo que diversos cuidadores apresentam sinais e sintomas psicossomáticos ou de doenças crônicas, dentre eles, a dor na coluna vertebral, hipertensão arterial, hérnia de disco e osteoporose. Mais preocupante é o fato de que parte significativa dos cuidadores refere agravamento de problemas de saúde após assumirem a atividade de cuidador⁽²⁴⁾.

Os resultados mostram que o apoio social formal (i.e., proveniente de redes estruturadas de apoio) é inexistente na população estudada, existindo apenas apoio social informal, viabilizado por familiares. Esta preocupante ausência de apoio social formal, corrobora resultados de outros estudos^(15,18,23). O caráter informal deste tipo de apoio (i.e., apoio familiar) pode não ser suficiente, pois geralmente ocorre de forma momentânea, configurando ações pontuais nos momentos de necessidade e emergência, não sendo, portanto, uma distribuição da prestação de cuidados⁽²⁾.

Estudo identificou que cuidar de um idoso com doença crônica é uma atividade desgastante e, quando assumida apenas por um familiar se torna ainda mais estressante, o que pode causar frustrações e perdas sociais pelo tempo dedicado nesta atividade. Esse desgaste pode ser maior se associado à falta de ajuda, no sentido de divisão de responsabilidades com outros membros da família, e não com a função de cuidar propriamente dita⁽¹⁸⁾.

É relevante os cuidadores receberem apoio em diversas dimensões, a exemplo, o psicológico para atenuar o mal-estar emocional, o de recursos financeiros e materiais para cuidarem do seu familiar idoso, ajuda para realizar atividades diárias, domésticas e de cuidado, receber maior informação sobre a doença e orientação para realizar o cuidado⁽⁴⁾.

As funções atribuídas ao cuidador, muitas vezes sem a orientação adequada, suporte de instituições de saúde, modificações das rotinas e tempo despendido para o cuidado ocasionam impactos negativos na QV do cuidador familiar principal⁽¹⁵⁾. Outros fatores estão relacionados com a sobrecarga de trabalho, podendo

influenciar na QV, como a realização de outra atividade laboral e, quando o cuidador, além do idoso cuida de crianças (filhos)⁽¹⁹⁾.

O ato de cuidar de idosos acometidos por doenças crônicas pode ocasionar sobrecarga, bem como situações de estresse que poderá causar transtornos para o cuidador, assim como para idoso e seus familiares. Tal fato varia conforme o grau de autonomia que os idosos apresentam, necessitando assim mais ou menos da ajuda do cuidador⁽¹⁸⁾.

Constata-se que o apoio social que o cuidador tem para satisfazer as necessidades práticas, de informação e emocionais das tarefas relacionadas ao cuidar podem influenciar seu bem-estar, vez que, a percepção de ajuda pode reduzir as tensões associadas à atividade de cuidar, possibilitando manter o equilíbrio de saúde do cuidador⁽⁴⁾.

Estudo sobre a influência do apoio social na QV de cuidadores familiares evidenciou que os cuidadores do sexo feminino com menores escores de sobrecarga e aqueles que recebiam ajuda de alguém para realizar o cuidado ao idoso alcançaram os maiores escores no domínio Relações Sociais do WHOQOL-bref⁽⁶⁾. Neste estudo identificou que quanto maior a sobrecarga do cuidador e tempo (meses) dedicado ao cuidar do idoso, pior a percepção da QV em todos os domínios do *WHOQOL-bref* e, especialmente, no domínio meio ambiente, o que pode estar associado com o *déficit* de apoio social formal e informal recebido.

Estudo realizado na zona sul da capital paulista mostrou que a escala de *Zarit* apresentou correlação estatisticamente significativa inversamente proporcional ao escore médio nas Relações Sociais, indicando que uma maior sobrecarga de trabalho impacta negativamente no domínio relações sociais da QV⁽⁶⁾. Outro estudo realizado em Portugal identificou que a QV está negativamente relacionada com a sobrecarga e morbidade, e positivamente com a satisfação com os amigos. Além disso, a dimensão ambiental está positivamente correlacionada com o suporte social⁽²⁵⁾.

Na avaliação da QV de cuidadores, estudo transversal identificou que o IGQV teve média de 54,6, sendo que os domínios Físico e Relações Sociais apresentaram os maiores escores, enquanto o domínio Meio Ambiente apresentou o menor. Em relação a escala *Zarit*, esta teve média de 32,1 pontos, o que indica que os cuidadores não referiram altos índices de sobrecarga⁽⁶⁾. Esses resultados assemelham em parte com os deste estudo, como os domínios físico e ambiental.

Quanto à sobrecarga, há divergência, vez que nossos resultados evidenciaram que, entre os cuidadores, a maior parte apresentou níveis de sobrecarga moderada a severa.

Em um estudo realizado com cuidadores foi observado que o ato de cuidar de um familiar dependente acarreta alterações nos âmbitos biopsicossocial do cuidador⁽⁶⁾. Um dos aspectos afetados é a rede e apoio social, sobretudo devido o déficit de oportunidades de lazer e de possibilidade de trabalho extradomiciliar. Se, por um lado, o cuidador é privado do convívio de parte de sua rede, por outro, o círculo interno de relações íntimas pode ser fortalecido, ou seja, cuidar de um familiar pode ser mais significativo e recompensador do que as perdas sociais ocasionadas pela sobrecarga e isolamento que o cuidado pode acarretar ao cuidador⁽⁶⁾.

Outro estudo realizado em uma cidade do interior do Estado de São Paulo apontou que cuidar de um idoso com doença crônica pode representar ameaça e resultar em estresse. O sucesso para lidar com esta situação dependerá do *coping*, processo utilizado para controlar demandas relacionadas ao indivíduo e ambiente. O estresse maior está associado à falta de apoio social por parte dos familiares e a não distribuição das responsabilidades. Estimular o envolvimento da família e fornecer orientações básicas, que possam reduzir as dificuldades do processo de cuidar, poderá contribuir para o bem-estar dos cuidadores, assim como de sua qualidade de vida⁽¹⁸⁾.

Considera-se que a realização de cuidados informais por familiares é uma função social, que atua como fator determinante e pode gerar desigualdades de saúde. Políticas para complementar o cuidado formal e informal, e distribuir de forma uniforme as cargas de atendimento em rede familiar, pode minimizar implicações negativas sobre o bem-estar de cuidadores⁽²⁰⁾. Isto porque, em sua maioria, os cuidadores não recebem capacitação para ajudar nos cuidados diários ao idoso, somente informações médicas sobre a doença⁽²³⁾. As orientações por parte da equipe de saúde são indispensáveis e relevantes para apoiar os cuidadores, assim como favorecer melhor qualidade do cuidar ao idoso, como também a QV do binômio, idoso e cuidador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Evidenciou-se que, em sua maioria, os cuidadores familiares de idosos dependentes eram mulheres, carentes economicamente, com baixo nível de escolaridade, se dedicavam ao cuidar em tempo integral e apresentaram sobrecarga moderada a severa.

O menor escore da QV foi no domínio meio ambiente, sendo que maioria dos cuidadores está satisfeito com as relações sociais. A sobrecarga e o tempo dedicado ao cuidar do idoso foram relevantes fatores preditores de satisfação com as relações sociais, havendo uma relação inversa entre estas variáveis. Essa influência pode estar associado com o *déficit* de apoio social informal e, sobretudo, formal recebido.

Neste contexto, as orientações e apoio social formal e informal são importantes para prevenir implicações a saúde, sobrecarga e desgaste biopsicossocial de cuidadores, proporcionando assim, condições favoráveis à qualidade de vida desses indivíduos. Estes dados fornecem subsídios à equipe de saúde no planejamento e implementação de estratégias em saúde voltadas para as demandas específicas do idoso dependente e seu cuidador.

Devido às limitações deste estudo quanto a não utilização de um instrumento específico para avaliar o apoio social, assim como não ter explorado mais sobre o tipo de apoio social recebido, sugere-se a condução de novos estudos que possam aprofundar o conhecimento sobre o tema, podendo de forma ampla e detalhada identificar a influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador.

AGRADECIMENTOS

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), pela concessão da bolsa de mestrado acadêmico.

REFERÊNCIAS

1. Rodrigues SLA, Watanabe HAW, Derntl AM. A saúde de idosos que cuidam de idosos. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(4):493-500.

2. Pedreira LC, Oliveira MAS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Rev Bras Enferm.* 2012; 65(5):730-36. DOI: 10.1590/S0034-71672012000500003.
3. Garbin CAS, Sumida DH, Moimaz SAS, et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(6):2941-8. DOI: 10.1590/S1413-81232010000600032.
4. Guedea MTD, Damacena FA, Carbajal MMM, et al. Social support needs of mexican elders family caregivers. *Psicol Soc.* 2009; 21(2):242-9. DOI: 10.1590/S0102-71822009000200011.
5. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11(3): 753-64. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300023.
6. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(4):884-9. DOI: 10.1590/S0080-62342011000400013.
7. Bocchi SCM, Angelo M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2008; 16(1). DOI: 10.1590/S0104-11692008000100003
8. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine.* 1998. 46(12):1569-85.
9. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2013.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Acesso a informações Cidades@ Bahia. 2010.

11. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2007.
12. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). Cad Saúde Pública. 2008; 24(1):103-12. DOI:10.1590/S0102-311X2008000100010.
13. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. Rev Bras Psiquiatr. 2002; 24(1):12-7. DOI: 10.1590/S1516-44462002000100006.
14. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "*WHOQOL-bref*". Rev Saúde Pública. 2000; 34(2):178-83. DOI: 10.1590/S0034-89102000000200012.
15. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(2): 266-72. DOI:10.1590/S0104-07072008000200007.
16. Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, et al. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. Rev Latino-Am Enfermagem. 2011; 19(3): 458-66. DOI: 10.1590/S0104-11692011000300003.
17. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3): 773-81. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300009.
18. Simonetti JP, Ferreira JC. Estratégias de *coping* desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1):19-25. DOI: 10.1590/S0080-62342008000100003.
19. Lavoiz EE, Villarreal VM, Jaque RL, et al. Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en

control en el consultorio "José Durán Trujillo", San Carlos, Chile *Theoria*. Universidad del Bío Bío Chile. 2009. 18(1):69-79

20. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, et al. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit*. 2008. 22(5):443-50.

21. Diogo MJDE, Ceolim MF, Cintra FA. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio. *Rev Esc Enferm USP*. 2005; 39(1):234-45.

22. Gaioli CCLO, Furegato ARF, Santos JLF. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto Contexto Enferm*. 2012; 21(1):150-7. DOI:10.1590/S0104-07072012000100017.

23. Córdoba AMC, Latorre FJG, Mariño AMB. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychol av discip*. 2012. 6(1):35-45.

24. Fernandes MGM, Garcia TR. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(4). DOI: 10.1590/S0080-62342009000400012.

25. Pereira MG, Carvalho H. Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicol*. 2012; 20(2):369-83. DOI: 10.9788/TP2012.2-07.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram que os cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio, em sua maioria, eram mulheres, filhas, casadas, com baixa condição econômica, reduzida escolaridade, dedicavam-se ao cuidado em tempo integral, apresentavam alguma doença e recebiam ajuda para cuidar do idoso, principalmente de membros familiares. Neste contexto, verifica-se que se tratando do perfil dos cuidadores, este não se diferencia muito, tanto no âmbito nacional quanto internacional, independentemente de aspectos regionais e/ou culturais.

Ao avaliar a escala *Zarit*, observou-se que todos os cuidadores apresentam algum nível de sobrecarga, sendo que maior parte classificaram em sobrecarga moderada a severa. Verificou-se que a *Zarit* associou-se negativamente com todos os domínios do *WHOQOL-bref*, o que foi possível identificar que a escala de sobrecarga é capaz de prever os impactos do cuidar sobre a QV dos cuidadores estudados, permitindo afirmar que quanto maior a sobrecarga de trabalho do cuidador, pior é sua percepção de QV. Evidenciou-se também que o tempo de cuidado é importante fator preditor de satisfação com as Relações Sociais e, conseqüentemente, da percepção de QV.

No *WHOQOL-bref*, o domínio Físico foi o que apresentou maior escore e o domínio Meio Ambiente menor. A partir da análise deste instrumento, identificou que fatores como a sobrecarga de atividades, dependência do idoso e idade do cuidador se correlacionam negativamente à percepção de QV dos cuidadores.

O número de pessoas residindo no mesmo domicílio com o idoso pode ter influenciado a satisfação de parte significativa dos cuidadores com as relações sociais e suporte social, vez que vários cuidadores afirmaram receber ajuda de algum familiar para realizar os cuidados diários aos idosos. Entretanto, a inexistência do apoio social formal, assim como o *déficit* de apoio social informal pode ter influenciado na percepção de QV dos cuidadores.

O apoio social formal e informal à cuidadores familiares de idosos dependentes, assim como a implantação de políticas públicas direcionadas para esses indivíduos são relevantes com vistas à promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como, na possibilidade de minimizar a sobrecarga de trabalho

relacionada ao processo de cuidar e desgaste biopsicossocial, proporcionando assim, condições favoráveis à QV desses cuidadores.

No Brasil não existem políticas públicas específicas direcionadas ao cuidador de idosos dependentes de cuidados, para tanto, é imprescindível que os profissionais de saúde, em especial, os que atuam em Estratégias de Saúde Família, planejem ações e forneçam apoio social capaz de contribuir positivamente para a QV dos cuidadores.

Este estudo apresenta limitações quanto a não utilização de um instrumento específico para avaliar o apoio social aos cuidadores, além disso, a reduzida escolaridade dos cuidadores tornou o *WHOQOL-bref* um instrumento complexo, quanto à compreensão.

Dessa forma, sugere-se a realização de outros estudos, que abordem esta temática em diferentes contextos regionais e culturais, utilizando metodologias diversificadas, com abordagens quantitativas e qualitativas que possam aprofundar o conhecimento, complementar as discussões existentes e identificar fatores que influenciam na percepção de qualidade de vida e apoio social dos cuidadores.

REFERÊNCIAS

AGICH, George J. **Dependência e autonomia na velhice**: um modelo ético para o cuidado de longo prazo. São Paulo: Loyola, 2008.

AGUIAR, Elizabeth Souza Silva de et al. Representações sociais do cuidar de idosos para cuidadores: revisão integrativa. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 485-90, jul/set. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a25.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2012.

ALMEIDA, Ana Paula Decnop de. Quando o vínculo é doença: a influência da dinâmica familiar na modalidade de aprendizagem do sujeito. **Rev Psicopedagogia**, São Paulo, v. 28, n. 86, p. 201-13, maio/ago. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-84862011000200011&script=sci_arttext> Acesso em: 27 jul. 2013.

AMENDOLA, Fernanda; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; ALVARENGA, Márcia Regina Martins. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 266-72, abr/jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000200007&lang=pt&tlng=>>. Acesso em: 29 maio 2012.

_____. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 884-9, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400013>. Acesso em: 23 abr 2013.

ARAÚJO, Isabel; PAÚL, Constança; MARTINS, Manuela. Living older in the family context: dependency in self-care. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, Ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400011&lang=pt&tlng=>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

BRAZ, Elizabeth; CIOSAK, Suely Itsuko. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 372-7, abr/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200019&lang=pt&lng=>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Capítulo VII da família, da criança, do adolescente, do jovem e do idoso**. Diário oficial da União de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 25 ago. 2011.

_____. **Política Nacional do Idoso** - Lei nº 8.842, de janeiro de 1994. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 1994. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/politica-nacional-do-idoso/politica-nacional-do-idoso>>. Acesso em: 22 març. 2013.

_____. **SIAB**: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1543_M.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2013.

_____. **Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2012.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos. **Cuidar melhor e evitar a violência**: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Brasília. 2008a. Disponível em:

<http://www.ciape.org.br/manual_cuidador.pdf>. Acesso em: 10 set. 2011.

_____. **Guia prático do cuidador**. Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Normas e Manuais Técnicos, Série A, 64 p. Brasília: Ministério da Saúde. 2008b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 10 set. 2012.

_____. **Melhor em Casa**: a segurança do hospital no conforto do seu lar. Manual de Instrução. 2011. p. 1-31. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_melhor_casa_seguranca_hospital.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2013.

_____. **As Redes de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php>. Acesso em: 25 dez 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. Consulta Estabelecimento - Módulo Básico. 2013. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ambulatorial.asp?VCo_Unidade=2920406252192>. Acesso em: 20 out 2013.

BRONDANI, Cecília Maria et al. Caregivers and strategies for home care patients. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 504-10, Jul/Set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a12v19n3.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2012.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-81, jun.

2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300009&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 jan. 2013.

CAMARGO, Renata Cristina Virgolin Ferreira de. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. **Rev Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 6. n. 2, p. 231-54, maio/ago. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38715>>. Acesso em: 2 set. 2011.

CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300005&script=sci_arttext>. Acesso em: 2 fev. 2013.

CREASI - Centro de Referência Estadual de Atenção a Saúde do Idoso. Secretaria da Saúde. **Atenção especializada na área de geriatria e/ou gerontologia**. 2013. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=306&catid=8&Itemid=49>. Acesso em: 25 dez 2013.

DUCA, Giovâni Firpo Del; THUMÉ, Elaine; HALLAL, Pedro Curi. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n.1, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100013&tlnq=>>. Acesso em: 2 jun. 2012.

FERNANDES, Maria das Graças Melo; GARCIA, Telma Ribeiro. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 1, jan/fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009>. Acesso em: 22 març. 2012.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "*WHOQOL-bref*". **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000200012&script=sci_arttext> Acesso em: 17 jul. 2012.

GIACOMIN, Karla C.; UCHOA, Elizabeth; LIMA-COSTA, Maria Fernanda F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1509-18, set/out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/24.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2013.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.4, out/dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400004&lng=pt>. Acesso em: 25 maio 2012.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase et al. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, Maio/Jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=en&ORIGINALLANG=en#title>. Acesso em: 20 ago. 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos & Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro. 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2012.

_____. Censo 2010. **Acesso a informações Cidades@ Bahia**. 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ba>>. Acesso em: 16 jul. 2012.

_____. **Sinopse dos Resultados do Censo 2010**. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. 2010c. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

_____. Censo Demográfico 2010. **Características da população e dos domicílios**: características do universo. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2012.

JEDE, Marina; SPULDARO, Mariana. Cuidado do idoso dependente no contexto familiar: uma revisão de literatura. **RBCEH, Passo Fundo**, Rio Grande do Sul, v. 6, n. 3, p. 413-21, set/dez. 2009. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/375/822>>. Acesso em: 05 maio 2012.

LINO, Valéria Teresa Saraiva et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-12, jan. 2008.

MARQUES, Rita Margarida Dourado; DIXE, Maria dos Anjos Coelho Rodrigues. Cuidar em casa: conhecimentos e dificuldades do cuidador do doente dependente. **CuidArte Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 66-73, jul/dez. 2010. Disponível em: <<http://www.fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/CuidArte%20Enfermagem%20v.%204%20n.%202%20jul.dez%202010.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, jan/jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 9 nov 2012.

MONTEZUMA, Camila Araújo; FREITAS, Maria Célia de; MONTEIRO, Ana Ruth Macedo. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 10. n. 2, p. 395-404, jul/dez. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8041/5818>>. Acesso em: 27 ago 2011.

NARDI, Edileuza de Fátima Rosina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 47-53, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/5263>>. Acesso em: 16 set. 2011.

NARDI, Edileuza de Fátima Rosina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Felix de. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. **Ciênc Cuid Saúde**, Maringá, v. 8, n. 3, p. 428-35, jul/set. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9025>>. Acesso em: 27 jan. 2013.

NICKEL, Renato et al. Correlação entre a qualidade de vida de cuidadores familiares e os níveis de independência funcional dos cuidados. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 15, n. 2, p. 225-30, abr/jun. 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17851/11646>>. Acesso em: 2 jul 2012.

NOVAIS, Nauana Nascimento et al. Fatores relacionais intrafamiliares na qualidade de vida e saúde de cuidadores de idosos mais idosos - um enfoque sistêmico. **Rev Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 23-37, jun. 2011. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6484>>. Acesso em: 6 out 2013.

OLIVEIRA, Débora Cristina et al. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 234-40, abr/jun. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200003>. Acesso em: 18 jul. 2013.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. 60p. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: <http://www.afrid.faei.ufu.br/sites/afrid.faei.ufu.br/files/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2012.

_____. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Trad. Amélia Leitão. 2004. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 19 dez 2012.

PACHECO, Maria João Costa et al. Anciano que cuida a anciano. **Gerokomos**, Madrid, v.18, n. 3, p. 25-32, Set. 2007. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300003>. Acesso em: 2 fev 2013.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

PEDREIRA, Larissa Chaves. **Modos de ser do idoso com sequela de acidente vascular cerebral**: cuidado familiar. 2009. 110 f. Tese (Doutorado) Salvador, Universidade Federal da Bahia. 2009.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. 2013.

REZENDE, Talita Cristina Barbosa. **Impacto do ato de cuidar na vida de cuidadores primários de idosos dependentes**. 2008. 98f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) - Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. 2008.

RODRIGUES, Sérgio Leandro Aquilas; WATANABE, Helena Akemi Wada; DERNTL, Alice Moreira. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 493-500. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a06.pdf>>. Acesso em: 1 fev 2013.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2003.

SALGUEIRO, Hugo; LOPES, Manuel. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Rev Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 26-32, mar. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14579/8485>> Acesso em: 23 jun. 2012.

SCAZUFCA, Márcia. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 24, n. 1, Mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 16 set 2012.

SENA, Roseni Rosângela de et al. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 11, n. 2, p. 124-32, maio/ago. 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/6854/4868>>. Acesso em: 30 jun. 2012.

SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Internação domiciliar**. Secretaria de Saúde. 2013. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=338&catid=12&Itemid=53>. Acesso em: 25 dez 2013.

SILVEIRA, Teresinha Mello da; CALDAS, Célia Pereira, CARNEIRO, Terezinha Féres. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo

sobre cuidadores familiares principais. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1629-38, ago. 2006.

TERENCE, Ana Cláudia Fernandes; FILHO ESCRIVÃO, Edmundo. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais**. XXVI ENEGEP. Fortaleza. 2006.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, Burlington, v. 46, n. 12, p. 1569-85, 1998. Disponível em: <http://www.psychology.hku.hk/ftbcstudies/refbase/docs/thewhoqolgroup/1998/71_TheWHOQOLGroup1998.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2012.

VERAS, Renato. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-6, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2007001000020&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 set. 2013.

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio

Formulário sociodemográfico Registro: _____

Data: ____/____/____ Hora de início: ____:____ Hora de término: ____:____

1. Sexo: 1() Feminino 2() Masculino.

2. Idade: _____ anos

3. Situação conjugal:

1() Solteiro/a 2() Casado(a) 3() União Estável
 4() Divorciado(a)/separado/desquitado(a) 5() Viúvo/a

4. Escolaridade:

1() sem escolaridade – analfabeto 2() não concluiu o 1º grau 3() concluiu o 1º grau
 4() não concluiu o 2º grau 5() concluiu o 2º grau 6() superior incompleto
 7() superior completo 8()

Outro (especificar): _____.

4.1- *Quantos anos de estudo o Srº (a) tem:* _____ anos.

5. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele?

1() Branca 2() Amarela (oriental) 3() Parda
 4() Origem indígena 5() Preta 9() Não sabe

6. Qual a renda mensal? _____

7. Ocupação profissional:

1() **Exerce (trabalha fora)** 2() **Exerceu trabalho renumerado**

*** Você possui diagnóstico médico para as doenças listadas abaixo:**

8. Diabetes 1() Sim 2() Não

9. Pressão alta 1() Sim 2() Não

10. Doença cardíaca 1() Sim 2() Não

11. Câncer 1() Sim 2() Não

12. Lombalgia 1() Sim 2() Não

13. Varizes 1 () Sim 2 () Não

14. Depressão 1 () Sim 2 () Não

15. Doença dos rins 1 () Sim 2 () Não

16. Outras _____

17. Faz uso de algum medicamento diariamente?

1 () Sim 2 () Não

Se sim, qual(s)? _____.

18. Parentesco com o idoso? _____

19. Há quanto tempo cuida deste idoso: _____ anos _____ meses

20. Horas diárias dedicadas ao cuidado: _____

21. Participou de algum curso para ser cuidador?

1 () Sim 2 () Não

22. Qual a diagnóstico médico do paciente que cuida?

_____.

23. Idade do idoso _____ anos

24. Sexo do idoso _____

25. Renda do idoso: _____. Aposentado? 1 () Sim 2 () Não.

26. O idoso teve hospitalizado no último ano? 1 () Sim 2 () Não.

Se sim, qual(s) o motivo(s)? _____.

27. Quantas pessoas residem no domicílio? _____

28. Recebe ajuda de alguém para cuidar do idoso?

1 () Sim 2 () Não

Se sim, de quem? _____.

APÊNDICE B
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

Prezado Senhor (a),

Eu, Karla Ferraz dos Anjos, mestranda do programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em Jequié, Bahia, juntamente com a professora Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, estamos realizando a pesquisa com o título “*Qualidade de Vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio*”. Estamos convidando o (a) senhor (a) para participar da nossa pesquisa. Trata-se de uma pesquisa importante, pois surge como forma de conhecer se os cuidados realizados diariamente pelos cuidadores de idosos dependentes estão interferindo em sua qualidade de vida. A pesquisa tem como objetivo analisar a qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio. Ao concordar com a participação na pesquisa o (a) senhor (a) deverá estar à disposição para responder aos questionamentos, por meio de entrevista. Durante a aplicação do instrumento de coleta de dados, existe o risco de alguma pergunta lhe causar desconforto ou incômodo, ficando-o a vontade para deixar de responder as perguntas que lhe causar incômodo. Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo. Nós guardaremos os registros de cada pessoa, e somente os pesquisadores terão acesso às informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada. Este estudo proporcionará informações aos profissionais de saúde para um planejamento de ações e prestação de uma assistência de qualidade para os cuidadores e idosos no processo do cuidar domiciliar. Se houver algum constrangimento decorrente do estudo, o senhor (a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento. Se o senhor (a) quiser ou precisar de mais informações sobre este estudo poderá entrar em contato com Karla Ferraz dos Anjos e a professora Rita Narriman Silva de Oliveira Boery, no endereço da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Bairro Jequezinho, Jequié, Bahia, pelo telefone: (73) 3528-9738 (Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde) ou pelo telefone dos autores (77) 8801-2316 / 3426-2802. Ou ainda pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), no mesmo local indicado anteriormente ou pelo telefone: (73) 3528-9727 / 3525-6683.

Se o senhor (a) aceita a participar livremente deste estudo, por favor assine comigo este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Agradecemos a atenção.

Assinatura do Participante _____

Nome da pessoa ou responsável legal _____

Assinatura do Pesquisador _____



Polegar direito

_____, _____ de _____ de 2013

ANEXO A
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes
no domicílio

Index de Independência nas Atividades da Vida Diária

Registro: _____ Data: ____/____/____ Hora de início: ____:____ Hora de término: ____:____

ÁREA DE FUNCIONAMENTO	Independente/ Dependente
Tomar banho (leito, banheiro ou chuveiro) <input type="checkbox"/> Não recebe ajuda/assistência (entra e sai do banheiro sozinho, se essa for o modo habitual de tomar banho). <input type="checkbox"/> Recebe ajuda no banho somente para uma parte do corpo (como, as costas ou uma perna). <input type="checkbox"/> Recebe ajuda no banho para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.	 (I) (I) (D)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) <input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente, sem ajuda. <input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. <input type="checkbox"/> Recebe ajuda para pegar as roupas ou para vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa.	 (I) (I) (D)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) <input type="checkbox"/> Vai ao banheiro ou local equivalente, higieniza-se e se veste após as eliminações, sem ajuda (pode usar objetos de apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o por si mesmo de manhã). <input type="checkbox"/> Recebe ajuda para ir ao banheiro, ou para higienizar-se, ou para vestir-se após urinar ou defecar, ou para usar o urinol ou comadre à noite. <input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro ou equivalente para urinar ou defecar.	 (I) (D) (D)
Transferência <input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador). <input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com ajuda. <input type="checkbox"/> Não sai da cama.	 (I) (D) (D)
Continência <input type="checkbox"/> Controla inteiramente a micção e a evacuação. <input type="checkbox"/> Tem "acidentes" ocasionais (*acidentes = perdas urinárias ou fecais) <input type="checkbox"/> Necessita de supervisão para controlar a urina e fezes; utiliza cateter ou é incontinente.	 (I) (D) (D)
Alimentação <input type="checkbox"/> Alimenta-se sem ajuda. <input type="checkbox"/> Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão. <input type="checkbox"/> Recebe ajuda para se alimentar, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de catéteres ou fluidos intravenosos.	 (I) (I) (D)
Tipo de classificação	_____ Index de AVDs (Katz)

ANEXO B
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes
no domicílio

Zarit Burden Interview (ZBI)

Registro: _____

Data: ____/____/____

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que refletem como as pessoas, algumas vezes, podem se sentir quando cuidam de outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o Sr./Sra se sente em relação ao que está sendo perguntado, usando nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou sempre para indicar a frequência com que se sente daquela maneira. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor, responda as questões abaixo, pensando com que frequência o Sr./Sra. se sentiu desta forma nos últimos 30 dias em relação ao seu familiar.

0 - Nunca	1 - Raramente	2 - Algumas vezes	3 - Frequentemente	4 – Sempre
------------------	----------------------	--------------------------	---------------------------	-------------------

	0	1	2	3	4
1. O Sr(a) sente que (NOME DO IDOSO _____) pede mais ajuda do que realmente necessita?					
2. O Sr(a) sente que por causa do tempo que gasta com (_____) não tem tempo suficiente para si mesmo?					
3. O Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de (_____), e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O Sr(a) se sente envergonhado(a) com o comportamento de (_____)?					
5. O Sr(a) se sente irritado(a) quando (_____) está por perto?					
6. O Sr(a) sente que (_____) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O Sr(a) sente receio/teme pelo futuro de (_____)?					
8. O Sr(a) sente que (_____) depende do Sr(a)?					
9. O Sr(a) se sente tenso(a) quando (_____) está por perto?					
10. O Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com (_____)?					
11. O Sr(a) sente que não tem tanta privacidade como gostaria por causa de (_____)?					
12. O Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar (_____)?					
13. O Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de (_____)?					

0 - Nunca	1 - Raramente	2 - Algumas vezes	3 - Frequentemente	4 – Sempre
-----------	---------------	-------------------	--------------------	------------

14. O Sr(a) sente que (_____) espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a), como se fosse a única pessoa de quem ele(a) possa depender?					
15. O Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de (_____), levando-se em conta suas outras despesas?					
16. O Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de (_____) por muito mais tempo?					
17. O Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida, desde a doença de (_____)?					
18. O Sr(a) gostaria simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de (_____)?					
19. O Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por (_____)?					
20. O Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por (_____) ?					
21. O Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de (_____)?					
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de (_____)?					

ANEXO C
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes
no domicílio

Questionário WHOQOL-bref

Registro: _____

Data: ____/____/____ Hora de início: ____:____

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas **nas últimas duas semanas**.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____.

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____.

Você tem algum comentário sobre o questionário? _____.

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes
no domicílio

Parecer Consubstanciado do CEP/UESB

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB/BA</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA								
Título da Pesquisa: Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no contexto domiciliar								
Pesquisador: Karla Ferraz dos Anjos								
Área Temática:								
Versão: 2								
CAAE: 08643612.6.0000.0055								
Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB								
DADOS DO PARECER								
Número do Parecer: 128.580								
Data da Relatoria: 29/10/2012								
Apresentação do Projeto:								
<p>Estudo sobre a Qualidade de Vida (QV) do familiar cuidador de idosos dependentes, no contexto domiciliar, que pretende encontrar subsídios para instrumentalizar profissionais de saúde, na condução do processo de cuidar em domicílios. Com o envelhecimento populacional, as pessoas tendem a estar mais fragilizadas e susceptíveis à doenças e agravos, tornando-as dependentes de cuidados, os quais são prestados, na maioria das vezes, no próprio domicílio, por algum familiar. A sobrecarga das atividades cotidianas, acrescida do cuidar do idoso, pode desencadear um esgotamento físico e mental no cuidador, prejudicando, desse modo, a sua qualidade de vida. Os objetivos deste estudo, são: Geral: analisar a qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes, no contexto domiciliar. E os específicos: descrever as características do familiar cuidador de idosos dependentes, no contexto domiciliar; conhecer como os cuidados prestados aos idosos dependentes interferem na qualidade de vida do familiar cuidador. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa será realizada no município de Manoel Vitorino, Bahia, em residências da área urbana, adstritas em Estratégias Saúde da Família (ESF) e ocorrerá no período de dezembro de 2012 a janeiro de 2013 em todas as ESF, representando assim o censo. A população consistirá de familiares cuidadores de idosos dependentes. Os dados serão tratados pelo Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 10.0 for Windows e, em seguida, será realizada a análise descritiva e a correlação das</p>								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n</td> <td style="border: none;">CEP: 45.206-510</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bairro: Jequezinho</td> <td style="border: none;">Município: JEQUIE</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">UF: BA</td> <td style="border: none;">Telefone: (73)3525-6683</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Fax: (73)3528-9727</td> <td style="border: none;">E-mail: cepuesb.jq@gmail.com</td> </tr> </table>	Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n	CEP: 45.206-510	Bairro: Jequezinho	Município: JEQUIE	UF: BA	Telefone: (73)3525-6683	Fax: (73)3528-9727	E-mail: cepuesb.jq@gmail.com
Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n	CEP: 45.206-510							
Bairro: Jequezinho	Município: JEQUIE							
UF: BA	Telefone: (73)3525-6683							
Fax: (73)3528-9727	E-mail: cepuesb.jq@gmail.com							

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



variáveis quantitativas. A pesquisa ocorrerá posteriormente à aprovação do CEP/UESB, para contemplar as exigências da Resolução No196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde

Objetivo da Pesquisa:

Geral: analisar a qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes, no contexto domiciliar. E os específicos: descrever as características do familiar cuidador de idosos dependentes, no contexto domiciliar; conhecer como os cuidados prestados aos idosos dependentes interferem na qualidade de vida do familiar cuidador.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos para os sujeitos do estudo, mas poderá ocorrer desconforto ao responderem aos questionamentos, conforme mencionado pelas pesquisadoras no projeto no item riscos. A pesquisa possui relevância social, pois poderá contribuir para a geração de subsídios com vistas a melhorar a qualidade de vida de cuidadores de idosos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa aborda uma temática extremamente relevante e seus resultados poderão contribuir para a melhoria da qualidade de vida do idoso e do cuidador através do cuidado em saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pesquisadoras apresentaram toda a documentação necessária à submissão do projeto ao CEP-UESB.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3525-6683

Fax: (73)3528-9727

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado pelo CEP/UESB.

JEQUIE, 23 de Outubro de 2012

Ana Angélica Leal Barbosa

Assinador por:

Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3525-6683 Fax: (73)3528-9727 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

ANEXO E
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes
no domicílio

Normas da Revista Texto & Contexto Enfermagem

***Text & Context Nursing* | Texto & Contexto Enfermería – ISSN 0104-0707**

Preparo dos Manuscritos

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da Revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço de 1,5cm, configurados em papel A4 e com numeração nas páginas. A margem esquerda e superior será de 3cm e a margem direita e inferior de 2cm. Letra Times New Roman 12, utilizando Editor Word for Windows 98 ou Editores que sejam compatíveis. Página de identificação: a) título do manuscrito (conciso, mas informativo) em português, inglês e espanhol; b) nome completo de cada autor, com seu(s) título(s) acadêmico(s) mais elevado(s) e afiliação institucional; c) o(s) nome(s) do(s) departamento(s) e da instituição(ões) a(os) qual(is) o trabalho deve ser atribuído; d) nome, endereço completo, telefone/fax e endereço eletrônico do autor responsável pela correspondência relacionada ao manuscrito.

Resumo e Descritores: o resumo deve ser apresentado na primeira página, em português, inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com limite de 150 palavras, em espaço simples. Deve indicar o(s) objetivo(s) do estudo, o método, principais resultados e conclusões. Abaixo do resumo, incluir 3 a 5 descritores nos três idiomas. Para determiná-las consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME e disponível na internet no site: <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*. Quando o artigo tiver enfoque interdisciplinar, usar descritores, universalmente, aceitos nas diferentes áreas ou disciplinas envolvidas.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**

Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**

Segundo subtítulo = ***A cura pela prece***

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem conter um título breve e serem numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a 5 no conjunto. Exceto tabelas e quadros, todas as ilustrações devem ser designadas como figuras. As tabelas devem apresentar dado numérico como informação central, não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser

colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na seqüência *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Os quadros devem apresentar as informações na forma discursiva. Se houver ilustrações extraídas de outra fonte, publicada ou não publicada, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para utilização das mesmas. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e fonte sempre que for extraída de obra publicada (as fontes têm que estar na referência). Além das ilustrações estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária a uma publicação. As fotos coloridas serão publicadas a critério do Conselho Diretor. Se forem utilizadas fotos, as pessoas não poderão ser identificadas, ou então, deverão vir acompanhadas de permissão, por escrito, das pessoas fotografadas. Todas as figuras e/ou fotos, além de estarem devidamente inseridas na seqüência do texto, deverão ser encaminhadas em separado com a qualidade necessária à publicação. As imagens deverão ser enviadas no formato jpeg ou tiff, resolução de 300 dpi, tamanho 23x16 cm e em grayscale. Imagens fora dessas especificações não poderão ser utilizadas.

Citações no texto: as citações indiretas deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de 2 ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (1, 2, 3, 4, 5), deverão estar em sobrescrito separados por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

As citações diretas (transcrição textual) devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independente do número de linhas. Exemplo: “[...] o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos”.^{1:30-31}

As citações de pesquisa qualitativa (verbatim) serão colocadas em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade [...](e7)*;

Citações no texto para artigos na categoria Revisão da Literatura. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção “e”; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão “et al”.

Exemplos:

Segundo Oliveira et al⁹ ou Segundo Oliveira et al⁹ (2004), entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.

Entende-se a rede como a transgressão de fronteiras, a abertura de conexões, a multiplicidade, a flexibilidade, a transparência, a interdependência e o acesso de todos a informação.⁹

Notas de rodapé: o texto deverá conter no máximo três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

Referências: as referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com os Requisitos Uniformes do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE*). Exemplos:

Livro

Gerschman S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004.

padrão

Capítulo de livro

Melo ECP, Cunha FTS, Tonini T. Políticas de saúde pública. In: Figueredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar em saúde pública. São Caetano do Sul (SP): Yends; 2005. p.47-72.

Livro com organizador, editor ou compilador

Elsen I, Marcon SS, Santos MR, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá (PR): EDUEM; 2002.

Livro com edição

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2001.

Trabalho apresentado em congresso

Lima ACC, Kujawa H. Educação popular e saúde no fortalecimento do controle social. In: Anais do 7o Congresso Nacional da Rede Unida, 2006 Jul 15-18; Curitiba, Brasil. Curitiba (PR): Rede Unida; 2006. Oficina 26.

Entidade coletiva

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF): MS; 2005.

Documentos legais

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.

Brasil. Lei No 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986. Seção 1.

Tese/Dissertação

Azambuja EP. É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?: um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2007.

Artigo de jornal

Zavarise E. Servidores da UFSC fazem movimento em defesa do HU. Diário Catarinense, 2007 Jun 28; Geral 36.

Artigo de periódico com até 6 autores

Kreutz I, Gaiva MAM, Azevedo RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. Texto Contexto Enferm. 2006 Jan-Mar; 15(1):89-97.

Artigo de periódico com mais de 6 autores

Azambuja EP, Fernandes GFM, Kerber NPC, Silveira RS, Silva AL, Gonçalves LHT, et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um Programa de Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Jan-Mar; 16(1):71-9.

Material audiovisual

Lessmann JC, Guedes JAD, entrevistadoras. Lúcia Hisako Takase Gonçalves entrevista concedida ao acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem

GEHCE/UFSC [fita cassete 60 min]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. GEHCE; 2006 jul 23.

Mapa

Santos RO, Moura ACSN. Santa Catarina: físico [mapa]. Florianópolis (SC): DCL; 2002.

Dicionários e referências similares

Ferreira ABH. Novo dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. Florianópolis (SC): Ed. Positivo; 2004.

Homepage/web

site

Ministério da Saúde [página na Internet]. Brasília (DF): MS; 2007 [atualizado 2007 Maio 04; acesso em 2007 Jun 28]. Disponível em: www.saude.gov.br

Material eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Pós-graduação em Enfermagem; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. Rev Eletr Enferm [online]. 2004[acesso em 2006 Out 01]; 6(1). Disponível em: http://www.fen.ufg.br/Revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do “Ensino do Processo de Enfermagem” para o docente Improving palliative care for cancer [tese na Internet]. Ribeirão Preto (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>.

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar o site: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português consultar o site: <http://www.ibict.br> e em outras línguas, se necessário, consultar o International Nursing Index, Index Medicus ou o site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

Veja os modelos abaixo:

Modelo Transferência de Direitos Autorais

Modelo Solicitação de Publicação

Modelo de Declaração de Conflito de Interesses

ANEXO F
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes
no domicílio

Normas da Revista da Escola de Enfermagem da USP

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Os artigos podem ser redigidos em português, inglês e espanhol e devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, na íntegra ou parcialmente, tanto no que se refere ao texto, como às figuras ou tabelas. Artigos que apresentarem semelhanças com outros já publicados serão excluídos do processo de avaliação em qualquer fase.

Por ocasião do aceite do artigo para a publicação, quando redigidos em inglês ou espanhol por autores procedentes de países (ou radicados em) de língua portuguesa, será solicitada uma cópia em português da versão final.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão enviar uma cópia da aprovação emitida por um Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A **REEUSP** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos derivados de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e pelo ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no *site* do ICMJE (www.icmje.org). O número de identificação deve ser registrado no final do resumo.

Os autores dos textos são por eles inteiramente responsáveis, devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais, conforme **modelo anexo**. A Revista condena vigorosamente o plágio e o autoplágio. Os autores devem se certificar de que o conteúdo é inédito e original. Ideias já publicadas devem ser citadas corretamente, em conformidade com as normas.

A REEUSP possui uma edição *on line* no idioma inglês. Quando o trabalho for aprovado para publicação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as orientações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

Categorias de artigos aceitos pela Revista

Artigo original: trabalho de pesquisa com resultados inéditos, com metodologia rigorosa, resultados claramente expostos, discussão adensada e que agregue valor à ciência de Enfermagem. Limitado a 15 páginas.

Estudo teórico: análise de construtos teóricos da ciência de enfermagem ou áreas correlatas, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.

Artigo de revisão

Revisão integrativa: método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área ou tema específicos, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento. São necessários padrões elevados de rigor metodológico e clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. Limitada a 20 páginas.

Revisão sistemática: método de pesquisa amplo, conduzido por meio da síntese rigorosa de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, com o objetivo de responder claramente a uma questão específica e de relevância para a enfermagem ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados, que poderão ou não incluir metanálise ou metassíntese. Limitada a 20 páginas.

Relato de experiência profissional: estudo de caso contendo análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos com estratégias de intervenção ou evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.

Carta ao editor: destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na Revista, expressando ou não concordância sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

Descrição dos procedimentos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado pela Secretaria quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas **Instruções aos Autores**, sendo devolvido para adequação, em caso de não atendimento às normas. Se aprovado nessa fase, o artigo é encaminhado para a Editora Científica que, com a colaboração das Editoras Associadas, dará início à avaliação do conteúdo do ponto de vista científico e da contribuição ao desenvolvimento da ciência de Enfermagem. O artigo é então encaminhado para dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade e opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho Editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial.

Eventuais **conflitos de interesse** devem ser esclarecidos.

Forma e preparação dos artigos

O texto deve ser digitado na ortografia oficial em folhas de papel tamanho A4, com espaço entrelinhas de 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, e margens superior, inferior e laterais de 2,5 cm.

A **Página de título** deve conter:

título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nomes completos e sem abreviações dos autores, numerados em algarismos arábicos, com a titulação universitária máxima de cada autor e as Instituições às quais pertencem; indicação do nome do autor responsável, seu endereço para correspondência, telefone para contato e e-mail. O uso de endereço residencial deve ser evitado, pois ficará disponível na *Internet*; quando o artigo for extraído de tese ou dissertação, indicar por asterisco, em nota de rodapé o título, o ano e a instituição onde foi apresentada;

Resumo: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, o método, os resultados e a conclusão.

Descritores: devem ser indicados de três a seis descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (descritores), inglês (descriptors) e espanhol (descriptores), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME, ou MeSH (Medical Subject Headings), elaborado pela NLM (*National Library of Medicine*).

Texto

O corpo do texto do artigo deverá conter parágrafos distintos com: **Introdução, Método, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.**

Introdução: deve ser breve, definir o problema estudado, destacando a sua importância, e as lacunas do conhecimento.

Método: os métodos empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa. É necessário inserir o número do protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e informar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados: devem ser apresentados de forma clara e objetiva, descrevendo somente os dados encontrados, sem interpretações ou comentários. Podem ser acompanhados por tabelas, quadros e figuras, para facilitar a compreensão. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas ilustrações.

Discussão: deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando aspectos novos e relevantes observados no estudo e discutindo as concordâncias e as divergências com outras pesquisas já publicadas.

Conclusão: deve corresponder aos objetivos ou às hipóteses do estudo, fundamentada nos resultados e na discussão, coerente com o título, a proposição e o método adotados. As limitações do estudo também devem ser destacadas.

Referências:

No texto, as citações devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último número, separados por hífen, ex.: ⁽¹⁻⁴⁾; quando intercalados, deverão ser separados por vírgula, ex.: ^(1-2,4).

As referências dos documentos impressos e eletrônicos devem ser apresentadas de acordo com o Estilo "Vancouver", elaborado pelo ICMJE, disponível no endereço eletrônico (<http://www.icmje.org>) e os títulos dos periódicos abreviados de acordo com a *List of Journals Indexed for MEDLINE* (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Incluir as referências estritamente pertinentes ao assunto abordado, atualizadas (5 anos), de abrangência nacional e internacional. Evitar a inclusão de número excessivo de referências na mesma citação. A lista apresentada no final do artigo deve ser numerada de acordo com a

sequência em que os autores foram citados no texto. O número de referências não deve ultrapassar a **30**. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Os artigos publicados na Revista da Escola de Enfermagem da USP devem ser citados preferencialmente no idioma inglês, na versão *on line*, a partir de 2009.

Depoimentos: frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem ser citados entre aspas, em itálico, com sua identificação codificada a critério do autor e entre parênteses.

Ilustrações: tabelas, quadros e figuras, no máximo de cinco, obrigatoriamente, devem estar inseridas no corpo do texto do artigo.

Fotos e Imagens – serão publicadas exclusivamente em P&B, com resolução final de 300 dpi.

Agradecimentos: a pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados; fontes de financiamento de instituições públicas ou privadas que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata deverão enviá-la à Secretaria da Revista por *e-mail*.

Exemplos de Referências

PERIÓDICOS

Artigo padrão

Allen G. Evidence for practice. AORN J. 2010;92(2):236-41.

Artigo com mais de três autores

MacNeela P, Clinton G, Place C, et al. Psychosocial care in mental health nursing: a think aloud study. J Adv Nurs. 2010;66(6):1297-307.

Artigo cujo autor é uma organização

American Diabetes Association. Diabetes update. Nursing. 2003;Suppl:19-20,24.

Artigo com múltiplas organizações como autores

American Dietetic Association; Dietitians of Canada. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: nutrition and women's health. J Am Diet Assoc. 2004;104(6):984-1001.

Artigo de autoria pessoal e organizacional

Orchard TJ, Temprosa M, Goldberg R; Diabetes Prevention Program Research Group. The effect of metformin and intensive lifestyle intervention on the metabolic syndrome: the Diabetes Prevention Program randomized trial. Ann Intern Med. 2005;142(8):611-9.

Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, et al. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. J Neurosurg. 2005;102(3):489-94.

Oliveira MF, Arcêncio RA, Ruffino-Netto A, et al. The front door of the Ribeirão Preto Health System for diagnosing tuberculosis. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(4):898-904.

Artigo sem indicação de autoria

Understanding and treating cancer-related fatigue. J Support Oncol. 2006;4(2):72.

Artigo publicado em um volume com suplemento

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP. Rev Saúde Pública. 2009;43 Supl 1:8-15.

Artigo publicado em um fascículo com suplemento

Crawford M, Mullan J, Vanderveen T. Technology and safe medication administration. J Infus Nurs. 2005;28(2 Suppl):37-41.

Artigo em um volume publicado em partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. Int J Psychoanal. 2002;83 Pt 2:491-5.

Artigo em um fascículo publicado em partes

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. J Vasc Interv Radiol. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

Artigo publicado em fascículo sem volume

Tom Dwyer AMC. A pesquisa da sociabilidade on-line: três gerações de estudos. Rev USP. 2012;(92):100-13.

Artigo publicado em um número especial

Silva MS, Kimura M, Stelmach R, et al. Quality of life and spiritual well-being in chronic obstructive pulmonary disease patients. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(n.esp):1187-92.

Artigo sem indicação de fascículo e volume

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. HRSA Careaction. 2002 Jun:1-6.

Artigo com paginação em algarismos romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. Bioethics. 2002;16(2):iii-v.

Artigo com publicação de errata

Altizer L. Strains and sprains. Orthop Nurs. 2003;22(6):404-11. Erratum in: Orthop Nurs. 2004;23(1):38.

Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)

Wangensteen S, Johansson IS, Björkström ME, et al. Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. J Adv Nurs. 2010 Apr 1. [Epub ahead of print]

Artigo no prelo (*in press*)

Guedes RN, Fonseca RMGS, Egry EY. Limits and possibilities for evaluating the family health strategy to gender violence. Rev Esc Enferm USP. 2012;47(2). In press

Artigo provido de DOI

Eduardo LP, Egry EY. Brazilian Child and Adolescent Statute: workers' views about their practice. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(1):18-24.
DOI: 10.1590/S0080-62342010000100003.

LIVROS**Livro padrão com autor pessoal**

Marquis BL, Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Eyre HJ, Lange DP, Morris LB. Informed decisions: the complete book of câncer diagnosis, treatment, and recovery. 2nd ed. Atlanta: American Cancer Society; c2005.

Organizador, editor, coordenador como autor

Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

Instituição como autor

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília; 2009.

Capítulo de livro cujo autor é o mesmo da obra

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

Capítulo de livro cujo autor é um colaborador

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Ed. Maio; 2004. p. 59-73.

Documentos legais (adaptados) Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS**Artigo de periódico**

Costa FA, Silva DLA, Rocha VM. The neurological state and cognition of patients after a stroke. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [cited 2011 Nov 28];45(5):1083-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a08.pdf

Artigo de periódico provido de DOI

Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 2010 jul. 10]; 63(3):366-70. Disponível em: [//www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3pdf) DOI 10.1590/S0034-71672010000300003.

Livro na íntegra

Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS. Harrison's online [Internet]. 16th ed. Columbus (OH): McGraw-Hill; c2006 [cited 2006 Nov 20]. Available from: <http://www.accessmedicine.com/resourceTOC.aspx?resourceID=4>

Capítulo de livro

Loizzo F, Menthonnex E, Menthonnex P, et al. A regulação das saídas das unidades móveis de cuidados intensivos na França (SMUR) e no Brasil (UTIM). In: Martinez-Almoyna M, Nitschke CAS, organizadores. Manual de regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU [Internet]. Florianópolis; c1999 [citado 2008 nov. 7]. Disponível em: neu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgencia.pdf

Documentos legais (adaptados)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 27 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2009 mar. 25]. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento *Citing Medicine*, adaptado pela NLM para as suas bases de dados e atualmente utilizado pelo *Uniform Requirements* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/?depth=2>).

Observação: Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos que não sejam mantidos permanentemente em *sites*, não devem fazer parte da lista de referências.

A partir de 1º de outubro de 2012, a REEUSP instituiu taxa de submissão e de publicação (http://www.ee.usp.br/reeusp/index.php?p=area&are_id=56).

O artigo deve ser encaminhado *on line* (<http://mc04.manuscriptcentral.com/reeusp-scielo>), acompanhado de carta ao Editor informando os motivos pelos quais a REEUSP foi selecionada para submissão. Adicionalmente, devem ser destacados os avanços e as contribuições do texto frente as publicações recentes já veiculadas sobre a temática.

REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP 05403-000 – São Paulo - SP – BRASIL
E-mail: nursingscholar@usp.br