

LARA DE SÁ NEVES LOUREIRO

**SOBRECARGA EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS
DEPENDENTES COM VIVÊNCIA COMUNITÁRIA**

JOÃO PESSOA-PB

2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

SOBRECARGA EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS
DEPENDENTES COM VIVÊNCIA COMUNITÁRIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Mestranda: Lara de Sá Neves Loureiro

Orientador: Profa. Dra. Maria das Graças Melo Fernandes
Universidade Federal da Paraíba

JOÃO PESSOA – PB

2011

Fv Loureiro, Lara de Sá Neves.
Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com vivência comunitária./ Lara de Sá Neves Loureiro. – João Pessoa, 2011.
124p. il
Orientadora: Maria das Graças Melo Fernandes
Dissertação (mestrado) – UFPB/CCS
1. Envelhecimento 2. Cuidadores 3. Idosos dependentes.

UFPB/BC

CDU:

LARA DE SÁ NEVES LOUREIRO

**SOBRECARGA EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS
DEPENDENTES COM VIVÊNCIA COMUNITÁRIA**

Aprovada em: _____/_____/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria das Graças Melo Fernandes – UFPB – Orientadora

Prof^a. Dr^a. Sueli Marques – EERP/USP – membro efetivo

Prof^a. Dr^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega – UFPB – membro efetivo

Prof^a. Dr^a. Kátia Nêyla de Freitas Macêdo Costa – UFPB – membro suplente

Prof^a. Dr^a. Marta Miriam da Costa Lopes – UFPB – membro suplente

Aos meus pais, exemplos de amor, dedicação, força e incentivo na busca e apropriação do saber;

Ao meu amor, Fernando Henrique, marido amoroso e amigo, companheiro fiel de todos os momentos;

A todos os cuidadores familiares que desempenham, ainda que anonimamente, papel primordial para a manutenção da vida dos nossos idosos,

Dedico este estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sabedoria suprema, por permanecer sempre ao meu lado;

A toda a minha família, pelos ensinamentos, pelo apoio à educação e por tudo o que representam em minha vida;

À minha mãe, Fátima, mãe amorosa, dedicada, amiga e companheira, sempre presente em todos os momentos da minha vida, minha eterna gratidão;

Ao meu pai, Edson, exemplo de profissionalismo, honestidade, inteligência e competência, minha fonte inspiradora, toda a minha admiração;

Ao meu irmão, Alan, pelo carinho e incentivo;

Ao meu marido, Fernando Henrique, por me proporcionar força, tranquilidade e incentivo, durante toda a trajetória de construção deste estudo, em todos os momentos;

À minha querida sogra, D. Terezinha, e a toda a família Loureiro, pelo carinho e pelo apoio de sempre;

À orientadora, Prof^a Dr^a. Maria das Graças Melo Fernandes, pela excepcional orientação e sabedoria na condução deste trabalho, pela amizade, pelo incentivo, apoio e por todos os ensinamentos adquiridos no decorrer dessa trajetória, seja no âmbito acadêmico, pessoal ou profissional; a ela, minha eterna gratidão e admiração;

À Prof^a Dr^a. Maria Miriam Lima da Nóbrega, pelo auxílio, pela atenção e pelo compartilhamento de seus conhecimentos;

Aos docentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, pelos valiosos ensinamentos;

Às Prof^{as} Dr^{as} Rosalina Partezani e Sueli Marques e demais funcionários e alunos da EERP - USP, pela excelente receptividade na ocasião do estágio de Mestrado sanduíche;

A CAPES pelo auxílio financeiro do projeto PROCAD e do Mestrado Sanduíche;

Ao REUNI/UFPB pela bolsa de estudos concedida no decorrer de toda trajetória do mestrado;

A todos os integrantes do PROCAD, que contribuíram para a realização desta pesquisa, com sugestões e participação na coleta e digitação dos dados;

Às companheiras do Curso de Mestrado, especialmente às amigas do "G7", pela amizade, pelo companheirismo e pelas trocas de conhecimentos;

À colega, Renata Grigório, pela contribuição no tratamento dos dados;

Aos idosos e cuidadores familiares, que nos receberam gentilmente e tornaram possível a concretização deste estudo;

A todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a efetivação desta pesquisa,

Muito obrigada!

A grande virada é a tomada de consciência da nossa obrigação com o crescimento do nosso coração, da nossa intelectualidade e do nosso espírito. É a sensatez de fazer de toda e qualquer oportunidade que a realidade nos ofereça um ótimo e belo motivo para aprender mais.

J Luiz Tejon

RESUMO

LOUREIRO, Lara de Sá Neves. **Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com vivência comunitária.** 2011. 124f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Atenção em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introdução: O envelhecimento da população, um fenômeno que vem crescendo significativamente, tem resultado no aumento do número de idosos com prejuízos em sua capacidade funcional. Isso ocasiona implicações para o sistema de cuidado em saúde e para a família, pois prover cuidados diários para o idoso dependente constitui uma ação complexa e desafiadora para esses sistemas, especialmente para os cuidadores familiares que, devido à demanda e à provisão de cuidados com o idoso, podem expressar sobrecarga física e emocional. Apesar disso, em nosso contexto, os estudos sobre esse fenômeno são escassos, o que torna este estudo sobremaneira relevante. **Objetivos:** Esta pesquisa, de natureza epidemiológica, descritiva e transversal, teve como objetivos estimar a prevalência de sobrecarga entre os cuidadores familiares de idosos dependentes que residem no município de João Pessoa-PB e identificar possíveis associações entre a sobrecarga nos cuidadores com características dos idosos, os próprios cuidadores e a situação de cuidado. **Metodologia:** A população estudada compõe-se de 240 idosos, de sessenta anos e mais, residentes em João Pessoa-PB. Da amostra, participaram 52 idosos com incapacidade física e/ou cognitiva e seus cuidadores familiares (21,6% da população investigada). Para a coleta dos dados, foi utilizado um instrumento estruturado, contemplando questões fechadas relativas às variáveis do estudo e às medidas específicas para avaliar, respectivamente, a capacidade cognitiva e física dos idosos e a sobrecarga entre os cuidadores: miniexame do estado mental, índice de Katz e *Burden Interview Scale*. **Resultados:** 84,6% dos cuidadores familiares dos idosos dependentes evidenciaram sobrecarga. Dentre eles, 72,7% expressaram sobrecarga entre moderada e leve, e 27,3%, entre moderada e severa. No concernente às características dos idosos que se relacionaram com maiores médias de sobrecarga entre os cuidadores familiares, destacam-se: os que estão na faixa etária de 70 a 74 anos, do sexo masculino, casados, com baixa renda e baixa escolaridade, que utilizavam os serviços de saúde do SUS, viviam em arranjos familiares multigeracionais, com déficit cognitivo, referiram maior número de comorbidades e apresentaram um nível mais alto de dependência para as atividades básicas de vida diária. Quanto às características do próprio cuidador familiar, que se associaram a níveis mais altos de sobrecarga, evidenciaram-se: cuidadores que eram cônjuges do receptor do cuidado, com idade avançada, do sexo feminino, com baixa escolaridade, que não dispunham da ajuda de cuidadores secundários, tinham déficit de conhecimento a respeito da necessidade e das formas de cuidado requeridas pelo idoso, assim como provisão de cuidado por longo período de tempo. Em relação às implicações da situação de cuidado, constataram-se correlações estatisticamente significativas entre a sobrecarga e a falta de ajuda para o cuidado com o idoso, em atividades referentes à higienização corporal e oral, à medicação e ao lazer. **Conclusão:** Os resultados do estudo permitem inferir que a sobrecarga dos cuidadores familiares constitui um fenômeno multifacetado e multideterminado que, como tal, requer um olhar diferenciado do sistema de cuidado em saúde de natureza formal, de modo que ele não continue escamoteado no cenário familiar, sem o devido enfrentamento do sistema de ação social de natureza pública.

Palavras-chave: Cuidadores. Familiares. Sobrecarga. Idoso.

SUMMARY

LOUREIRO, Lara de Sá Neves. Overload in family caregivers of dependent elderly with community life. 2011. 124f. Dissertation (Masters in Nursing in Health Care) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Introduction: The aging of population, a phenomenon that has been growing significantly, has led to increasing numbers of elderly patients with damage in their functional capacity. This leads to implications for the health care system and family, because to provide day care for dependent elderly people is a complex and challenging action for these systems, especially to caregivers, due to demand and the provision of care to the elderly, they can express physical and emotional overload. Nevertheless, in our context, studies about this phenomenon are scarce, therefore making this study highly relevant. **Objectives:** This epidemiological, descriptive and transversal research have as primary objective to estimate the prevalence of burden among family caregivers of elderly who live in the city of João Pessoa and identify possible associations between the burden on caregivers with characteristics of the elderly, the caregivers themselves and the caregiving situation. **Methodology:** The population studied in the research was of 240 elderly, aged sixty years and older living in Joao Pessoa-PB. Of the sample, 52 elderly with physical and / or cognitive disabilities and their family caregivers were involved (21.6% of the population investigated). To gather the data, a structured instrument was used, focusing on closed questions concerning the study variables, and specific measures to assess, respectively, cognitive and physical ability of elderly and burden among caregivers: mental State Examination, Katz index and Burden Interview Scale. **Results:** 84.6% of family caregivers of dependent elderly showed overhead. Among them, 72,7% expressed a overload rate between moderate to mild, and 27,3%, moderate to severe. Regarding the elderly who had higher average of overhead we can highlight: those aged 70 to 74 years, male, married, low income and low education, who used the health services of the SUS, lived in multigenerational family structures, with cognitive impairment, reported a higher number of comorbidities and showed a higher level of dependency for basic activities of daily living. In relation to the characteristics of family caregivers that were associated with higher levels of overload, we can highlight: caregivers who were spouses of the care receiver, with advanced age, female, low education, who did not have the help of a secondary caregiver, they had a deficit of knowledge about the need and the forms of care required by elderly and provision of care for long periods of time. Regarding the implications of the caregiving situation, we found significant correlations between the overload and the lack of help to care for the elderly in activities related to the body and oral hygiene, medication and recreation. **Conclusion:** The results allow us to come in to a conclusion that the burden of family caregivers is a multifaceted and multidimensional phenomenon that requires a different view of the health care system, so they cannot continue concealed in familiar scenario without appropriate and necessary social actions from the public services.

Keywords: Caregivers. Family. Overload. Elderly.

RESUMEN

LOUREIRO, Lara de Sá Neves. Sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos dependientes con vivencia comunitaria. 2011. 124f. Disertación (Maestría en Enfermería en Atención a la Salud) – Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa.

Introducción: El envejecimiento de la población, un fenómeno que viene creciendo significativamente, ha provocado un aumento del número de ancianos con problemas en su capacidad funcional. Ello provoca implicaciones para el sistema de cuidado en la salud y para la familia, pues proporcionar cuidados diarios al anciano dependiente constituye una acción compleja y desafiadora para esos sistemas, especialmente para los cuidadores familiares que, debido a la demanda y a la provisión de cuidados hacia el anciano, pueden manifestar sobrecarga física y emocional. A pesar de ello, en nuestro contexto, los estudios sobre ese fenómeno son escasos, lo que torna este estudio especialmente relevante.

Objetivos: Esta pesquisa, de naturaleza epidemiológica, descriptiva y transversal, tiene como objetivos estimar la prevalencia de la sobrecarga entre los cuidadores familiares de ancianos dependientes que residen en el municipio de João Pessoa-PB e identificar posibles asociaciones entre la sobrecarga en los cuidadores con las características de los ancianos, los propios cuidadores y la situación de cuidado. **Metodología:** La población estudiada se compone de 240 ancianos, de sesenta años en adelante, residentes en João Pessoa-PB. De la muestra estudiada, participaron 52 ancianos con incapacidad física y/o cognitiva y sus cuidadores familiares (21,6% de la población investigada). Para la recogida de datos, fue utilizado un instrumento estructurado, contemplando cuestiones cerradas relativas a las variables de estudio y a las medidas específicas para evaluar, respectivamente, la capacidad cognitiva y física de los ancianos y la sobrecarga entre los cuidadores: mini-examen del estado mental, índice de Katz e *Burden Interview Scale*. **Resultados:** un 84,6% de los cuidadores familiares de los ancianos dependientes evidenciaron sobrecarga. De entre ellos, un 72,7% expresó una sobrecarga entre moderada y leve, y un 27,3% entre moderada y severa. En lo relativo a las características de los ancianos que se relacionaron con mayores medias de sobrecarga entre los cuidadores familiares, se destacan: los que están en una franja de edad situada entre los 70 y 74 años, de sexo masculino, casados, con baja renta y baja escolaridad, que utilizaban los servicios de salud del SUS, vivían en zonas familiares multigeneracionales, con déficit cognitivo, denotaron mayor número de comorbilidades y presentaron un nivel más alto de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. En cuanto a las características del propio cuidador familiar, que se asociaron a niveles mayores de sobrecarga, se evidenció: los cuidadores eran cónyuges del receptor del cuidado, con edad avanzada, del sexo femenino, con baja escolaridad, que no disponían de ayuda de cuidadores secundarios, tenían déficit de conocimiento al respecto de la necesidad y de las formas de cuidado requeridas por el anciano, así como la provisión de cuidado por largo periodo de tiempo. Con relación a las implicaciones de la situación de cuidado, se constataron correlaciones estadísticamente significativas entre la sobrecarga y la falta de ayuda para el cuidado hacia el anciano, en actividades referentes a la higienización corporal y oral, la medicación y el ocio. **Conclusión:** los resultados del estudio permiten inferir que la sobrecarga de los cuidadores familiares constituye un fenómeno multifacético y multideterminado que, como tal, requiere una mirada diferenciada del sistema de cuidado de salud de naturaleza formal, de modo que él no continúe escamoteado en el escenario familiar, sin la debida confrontación del sistema de acción social de naturaleza pública.

Palabras clave: Cuidadores. Familiares. Sobrecarga. Anciano.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Pirâmide etária da população, por sexo, do Brasil e da América Latina e Caribe 1950 a 2050	24
Figura 2 - População de crianças, de adultos jovens e de idosos do Brasil - 1940/2050	25
Figura 3 - Mapa do município de João Pessoa-PB	42
Figura 4 - Mapa da delimitação dos setores censitários de 2007 do município de João Pessoa - PB (os setores destacados em vermelho são aqueles onde habita a população investigada). João Pessoa-PB, 2011	44

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1 –	Evolução populacional no município de João Pessoa – PB	42
Tabela 1 –	Distribuição da população de idosos do município de João Pessoa, estado da Paraíba, por faixa etária e sexo, conforme dados do Censo Demográfico do IBGE - 2007.....	43
Tabela 2 –	Distribuição dos idosos dependentes participantes do estudo, segundo a faixa etária, o estado civil, os serviços de saúde que utilizam e a relação de parentesco com o cuidador familiar, considerando-se os diferenciais por sexo – João Pessoa-PB, 2011.....	51
Tabela 3 –	Distribuição dos idosos dependentes investigados, conforme sexo e arranjo familiar - João Pessoa-PB, 2011.....	52
Tabela 4 –	Distribuição dos idosos dependentes, segundo escolaridade, sua renda mensal e da família e tipo de renda, relacionada ao sexo. João Pessoa-PB, 2011.....	53
Tabela 5 –	Distribuição dos problemas de saúde dos idosos, autorreferidos ou informados pelos seus cuidadores familiares, relacionados ao sexo - João Pessoa-PB. 2011	54
Tabela 6 –	Distribuição dos idosos, conforme nível de dependência nas funções ou atividades básicas da vida diária propostas pelo Índice de Katz - João Pessoa-PB. 2011.....	56
Tabela 7 –	Associação entre a incapacidade funcional do idoso para realizar as atividades da vida diária e a morbidade referida - João Pessoa-PB, 2011.....	57
Tabela 8 –	Distribuição das características dos cuidadores familiares de idosos dependentes quanto ao nível de conhecimento sobre saúde/doença e a necessidade de cuidar do idoso, instrução para o cuidado e tempo de envolvimento no papel de cuidador - João Pessoa-PB, 2011.....	59

Tabela 9 –	Distribuição das respostas dos cuidadores familiares de idosos dependentes frente às questões da Escala de Sobrecarga de Zarit – João Pessoa-PB, 2011	61
Tabela 10 –	Distribuição das médias de sobrecarga dos cuidadores familiares relacionadas ao arranjo familiar dos idosos - João Pessoa-PB, 2011.....	63
Tabela 11 –	Associação entre incapacidade funcional para as ABVD dos idosos dependentes e a sobrecarga dos cuidadores familiares, segundo associação com sobrecarga e as categorias ordinais da Escala de Sobrecarga de Zarti - João Pessoa-PB, 2011.....	64
Tabela 12 –	Distribuição das características dos cuidadores familiares de idosos dependentes, quanto ao nível de conhecimento sobre a saúde/doença e a necessidade de cuidar do idoso, instrução para o cuidado e tempo de envolvimento no papel de cuidador, segundo a média de sobrecarga - João Pessoa-PB, 2011	65
Tabela 13 –	Distribuição relativa ao suporte ou ajuda na provisão de cuidado aos idosos dependentes, associação com sobrecarga entre os cuidadores familiares - João Pessoa-PB, 2011	66

SUMÁRIO

PREÂMBULO	16
1. INTRODUÇÃO	19
1.1 O envelhecimento populacional	20
1.2 Transição demográfica e epidemiológica	22
1.3 O envelhecimento e suas implicações para a funcionalidade do idoso	26
1.4 O envelhecimento com dependência e os sistemas de cuidado	30
1.5 A sobrecarga do cuidador	32
1.6 Relevância do estudo	35
2. OBJETIVOS	38
2.1 Objetivo Geral	39
2.2 Objetivos Específicos	39
3. MATERIAL E MÉTODOS	40
3.1 Delineamento da pesquisa	41
3.2 Cenário do estudo	41
3.3 População e amostra	43
3.4 Critérios de inclusão	44
3.5 Coleta de dados	45
3.6 Variáveis e instrumentos de medidas	45
3.6.1 Miniexame do estado mental (MEEM)	46
3.6.2 O Índice de Katz	46
3.6.3 Escala <i>Burden Interview</i>	47
3.7 Análise dos dados	48
3.8 Procedimentos éticos	48
4. RESULTADOS.....	50
4.1Características sociodemográficas dos idosos dependentes.....	51
4.2Condições de saúde dos idosos.....	54
4.3 Desempenho cognitivo dos idosos dependentes participantes do estudo.....	55
4.4 Capacidade funcional dos idosos para a realização das atividades básicas da vida diária.....	55
4.5 Características dos cuidadores familiares dos idosos dependentes	58
Sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos dependentes residentes no município de João Pessoa-PB.....	60

4.6.1 Associação da sobrecarga dos cuidadores familiares com características dos idosos dependentes.....	62
4.6.2 Associação entre sobrecarga, características dos cuidadores e suporte na provisão de cuidados	64
5. DISCUSSÃO.....	67
5.1 Características sociodemográficas dos idosos dependentes.....	68
5.2 Condições de saúde dos idosos.....	72
5.3 Desempenho cognitivo dos idosos dependentes participantes do estudo.....	75
5.4 Capacidade funcional dos idosos para a realização das atividades básicas da vida	78
5.5 Características dos cuidadores familiares dos idosos dependentes.....	80
5.6 Sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos dependentes residentes no município de João Pessoa-PB.....	85
5.6.1 Associação da sobrecarga dos cuidadores familiares com características dos idosos dependentes.....	86
5.6.2 Associação entre sobrecarga, características dos cuidadores e suporte na provisão de cuidados.....	90
6. CONCLUSÕES	94
REFERÊNCIAS	98
APÊNDICES E ANEXOS	113

Preâmbulo

PREÂMBULO

Quanto aos eventos aproximativos da pesquisadora com a temática, a preocupação e o interesse com o cuidado do ser humano orientou, desde cedo, minha escolha pela Enfermagem como profissão, considerada como a arte de cuidar e a ciência cuja essência é o cuidado com o ser [humano](#), de forma integral, individualmente, na [família](#) ou em [comunidade](#).

No percurso de minha trajetória acadêmica no Curso de Graduação em Enfermagem, especialmente em experiências vivenciadas em atividades teórico-práticas curriculares e extracurriculares, a preocupação com o cuidado do ser humano, sobretudo, com o idoso, voltava-se, essencialmente, para o enfoque da assistência em relação à atenção secundária de saúde, tendo como cenário principal o ambiente hospitalar, que, na maioria das vezes, restringe-se a áreas específicas, particularmente as unidades de terapia intensiva.

Não obstante, nos períodos letivos do final do Curso de Graduação, tive oportunidade de desenvolver pesquisas relacionadas à temática, que envolviam o cuidado com o idoso em atenção primária de saúde, o que culminou com o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso e a monografia requerida pelo Curso de Especialização em Saúde Pública.

Essa qualificação profissional favoreceu minha inserção no campo da Saúde Coletiva, como enfermeira assistencial em uma unidade de saúde da família do município de João Pessoa - Paraíba. A partir dessa experiência, minha relação profissional tornou-se mais próxima das pessoas envolvidas no cuidado com o idoso, incluindo a avaliação de sua demanda de cuidado e a provisão de assistência ao binômio cuidador/idoso em seus domicílios e na comunidade.

Os aspectos peculiares evidenciados pelos idosos que vivem na comunidade - especialmente por aqueles com comprometimento da capacidade funcional - e as implicações de tal vivência para suas famílias direcionaram minha atenção para a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre esse assunto de sobremaneira relevante na atualidade, quando se verificam o aumento do número da população mais idosa e as modificações nos arranjos familiares e, conseqüentemente, na capacidade cuidativa da família, acrescida da carência de recursos e de políticas públicas para fazerem frente às necessidades dos idosos em questão.

A tarefa de cuidar de um familiar dependente expõe o indivíduo a uma série de situações adversas e implica mudanças no estilo de vida do cuidador. Considerando esse aspecto, no percurso ora exposto, tive a oportunidade de verificar, empiricamente, a existência da sobrecarga do cuidador de idosos dependentes, especialmente, de cuidadores familiares.

Nesse contexto, com vistas a aprofundar a temática, que tende a se tornar um problema de saúde pública, o presente estudo tem como proposta central investigar a sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes comunitários do município de João Pessoa - PB. Quanto à forma de abordagem do problema, optei pela abordagem quantitativa, devido às especificidades do objeto. Porém, por causa de sua multidimensionalidade, o fenômeno em análise requer várias formas de investigação. Assim sendo, esta pesquisa constitui uma entre muitas possibilidades de se apreenderem os acontecimentos e apresentá-los para a comunidade científica e para a sociedade.

Do ponto de vista estrutural, o estudo é composto por seis capítulos. No capítulo introdutório, procedeu-se à contextualização da temática, situando-a no cenário da discussão acadêmica, o que resultou na delimitação do problema e das questões de pesquisa. No capítulo dois, foram delimitados os objetivos da investigação; o capítulo três traz uma descrição do cenário do estudo e os procedimentos metodológicos, incluindo o processo de seleção dos participantes (amostragem e aspectos éticos), os procedimentos e instrumentos de coleta de dados e, por fim, os caminhos percorridos para a análise do material empírico. Os capítulos quatro e cinco apresentam, respectivamente, os resultados do estudo e a discussão deles. Já no capítulo seis, apresentam-se alguns elementos conclusivos, proporcionando uma síntese dos resultados oriundos da investigação.

1 Intrtrodução

1. INTRODUÇÃO

1.1 O envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno relativamente novo em todo o mundo. Apenas a partir do Século XX, indicadores como a expectativa de vida demarcam o aumento da longevidade da população, estabelecendo uma conquista triunfal para a humanidade. O crescimento do número de idosos é, substancialmente, reflexo do aumento da expectativa de vida, decorrente, essencialmente, da diminuição da taxa de fecundidade e de mortalidade em todos os países (VERAS, 2009). Devido a isso, as pessoas idosas começaram a ter maior representatividade, tanto em números relativos quanto absolutos, e um número cada vez maior passou a sobreviver, em média, mais tempo e com idades mais avançadas (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Para os estudiosos da área da Gerontologia, o processo de envelhecer pode ser entendido de diversas formas, uma vez que envolve um conjunto de fatores, tais como condições sociais, culturais, econômicas e físicas, assim como características individuais. A Organização Mundial de Saúde (OMS) adota a perspectiva cronológica para definir idoso como aquele indivíduo com sessenta anos ou mais, nos países em desenvolvimento, ou aquele com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos, no contexto dos países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984). Considerando essa perspectiva, no âmbito deste estudo, foi considerado indivíduo idoso aquele com sessenta anos ou mais.

Apesar da existência de inúmeras definições de envelhecimento, sua dinâmica e sua natureza ainda são motivos de controvérsias, especialmente a dimensão temporal do seu início. Para Papaléo Netto (2002), o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, um *continuum*, que começa na concepção e termina com a morte. Guimarães (1999), entretanto, considera que o envelhecimento sucede a fase de maturidade do indivíduo, quando seu organismo apresenta um processo progressivo de perdas orgânicas. Há, ainda, outros estudiosos que acreditam que somente nos anos tardios da vida é que o envelhecer tem o seu início.

O processo de envelhecimento, nem sempre, é vivenciado da mesma forma por todos, portanto, é uma experiência única para cada indivíduo. Todavia, de acordo com Eliopoulos (2005), vários fatores podem influenciar tal processo. Do ponto de vista biológico, destacam-se: a hereditariedade, a nutrição, o estado de saúde, o ambiente, a atividade e o estresse. No concernente à dimensão psicossocial do envelhecimento, a autora destaca o comportamento e os sentimentos da pessoa durante o seu ciclo de vida e sua forma de

interação com a sociedade. Nesse sentido, o entendimento a respeito do fenômeno envelhecimento não deve se limitar à idade cronológica, embora ela tenha sido adotada de forma quase que exclusiva nas discussões sobre a definição do ser idoso. Assim, é oportuno considerar, também, outras condições associadas ao envelhecimento, sobretudo, aquelas relacionadas aos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e culturais do indivíduo.

Em conformidade com Silva (2009), biologicamente, o envelhecimento inicia-se no nascimento, e não apenas aos sessenta anos de idade. Socialmente, a velhice varia de acordo com o momento histórico e cultural; intelectualmente, diz-se que alguém está envelhecendo quando suas faculdades cognitivas começam a falhar e apresenta dificuldades de memória, atenção, orientação e concentração; economicamente, a pessoa torna-se velha ao se aposentar e deixa de ser produtiva para a sociedade; funcionalmente, quando o indivíduo perde sua independência e necessita de ajuda para desempenhar suas atividades básicas de vida diária; e cronologicamente, o indivíduo é idoso quando faz 60 ou 65 anos de idade, a depender do seu contexto geográfico de vivência.

Ao contrário do que acontece em outras fases da vida, o envelhecimento não tem um marcador biofisiológico de seu início. Tal aspecto dificulta a definição de uma idade biológica para o envelhecimento (FARINATI, 2008). Entretanto, além do conceito de idade cronológica, é necessário assinalar os conceitos de idade funcional, de idade psicológica e de idade social do indivíduo para se entender bem mais o processo de envelhecimento.

Assim, de acordo com Papaléo Netto (2007), a idade funcional diz respeito ao grau de conservação do nível de capacidade adaptativa em comparação com a idade cronológica. A idade psicológica, por sua vez, tem sido relacionada com o senso subjetivo de idade. Já a idade social tem relação com a avaliação da capacidade de adequação de um indivíduo ao desempenho de papéis e comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, em um dado momento da história de cada sociedade.

Do ponto de vista histórico, levando em consideração as diferentes formas de inclusão ou exclusão de idosos das relações sociais, nas diferentes épocas e sociedades, Zalman e Miller (1996) ressaltam que a representação do processo de envelhecimento baseava-se nos direitos e nos deveres determinados pelos valores de cada cultura. Nesse contexto, o papel ou *status* do idoso era determinado pelos valores culturais, sociais e econômicos impostos pela sociedade de origem.

Silva (2003) refere que a apropriação do saber e do poder, em algumas sociedades antigas, estava associada à presença da dominação social exercida pelos idosos, em que eles eram considerados transmissores de cultura, guardiões do saber de outras gerações e impunham respeito pelo conhecimento que detinham. O trabalho era fonte de respeito, e

quando o idoso não podia mais prestá-lo, devido a alguma incapacidade física ou orgânica, compensava sua comunidade compartilhando experiências adquiridas no decorrer da vida.

A autora ora mencionada ressalta, ainda, que, ao longo da trajetória de organização e estruturação das sociedades, verifica-se que as pessoas idosas estiveram sempre presentes, embora com diferentes representações, tendo em vista aspectos culturais, sociais e econômicos de cada sociedade. A velhice passa, mais tarde, a ser entendida como uma etapa da vida, enquanto isso, nas sociedades mais antigas, o processo de envelhecimento era individual e, ao mesmo tempo, não atingia grandes contingentes populacionais.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o aumento da longevidade de suas populações é, sem dúvida, um ganho fenomenal. Entretanto, se partimos do ponto de vista socioeconômico, esse ganho se configura também, na maioria dos casos, em especial, no contexto dos países em desenvolvimento, como uma ameaça à estabilidade, porquanto, comumente, transforma a velhice em um problema social.

Nesse cenário, o aumento acelerado e expressivo do envelhecimento populacional, em nosso país, embora se configure como um ganho, ainda se apresenta marcado por uma preocupação social e política, devido às más condições das aposentadorias, as assimetrias de classes sociais e, conseqüentemente, de distribuição de renda, e à inexistência de políticas sociais e de saúde concisas e eficazes, que têm gerado impacto direto sobre as condições de vida da população idosa.

1.2 Transição demográfica e epidemiológica

O aumento significativo da população idosa, em todo o mundo, comprovado por numerosos estudos demográficos e epidemiológicos, demanda para os órgãos governamentais e para a sociedade os desafios políticos e socioeconômicos próprios do envelhecimento populacional. Esse fenômeno ocorreu de forma distinta em diferentes nações.

Nos países desenvolvidos, a transição demográfica, que retrata a passagem de populações de características jovens para mais envelhecidas, aconteceu gradualmente, em um longo período de tempo, conseqüentemente, seu desenvolvimento socioeconômico e cultural cresceu ainda mais. Nos países em processo de desenvolvimento, como o nosso, por exemplo, essa transformação ocorreu de forma brusca e acelerada, e o fator que mais contribuiu para isso foi uma mudança no padrão reprodutivo da população, em decorrência da redução das taxas de fecundidade e de mortalidade, devido, fundamentalmente, às

melhorias das condições médico-sanitárias, com a incorporação de novas tecnologias – antibióticos, vacinas e outras (FREITAS, 2004).

Segundo Chaimowicz (2002), a transição demográfica divide-se em quatro estágios. O primeiro é caracterizado por altas taxas de fecundidade e de mortalidade e apresenta uma população predominantemente jovem. No segundo estágio, ainda existe taxa elevada de fecundidade, porém, a mortalidade começa a diminuir. No terceiro estágio, tanto a fecundidade quanto a mortalidade estão diminuindo, o que resulta no aumento do percentual de adultos e, paralelamente, do número de idosos. No quarto estágio, ocorre uma contínua redução tanto na taxa de fecundidade quanto na taxa de mortalidade em toda a população, aumentando, de modo expressivo, o número de idosos.

No contexto do Brasil, foram necessários vários anos de transformações para que culminássemos na atual conjuntura de envelhecimento populacional. No início do século passado, o Brasil experimentou certa estabilidade em sua estrutura etária, devido, principalmente, à coexistência de altas taxas de fecundidade e de mortalidade (FREITAS, 2004).

A partir de meados da década de 1940, experimentou-se uma importante queda na mortalidade, sobretudo, por causa da implementação de práticas médicas. Somente a partir do final da década de 1960, iniciou-se uma importante redução da taxa de fecundidade, relacionada diretamente com o rápido processo de urbanização e industrialização ocorrido no país, o que possibilitou maior acesso à educação e a métodos contraceptivos (FREITAS, 2004). Essa queda expressiva da fecundidade, associada a menores taxas de mortalidade, tem promovido, nas últimas décadas, significativas alterações na estrutura etária nacional. Aos poucos, a pirâmide etária vem sofrendo alterações na sua forma e, gradativamente, vai adquirindo a morfologia daquela encontrada na maioria dos países desenvolvidos (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007).

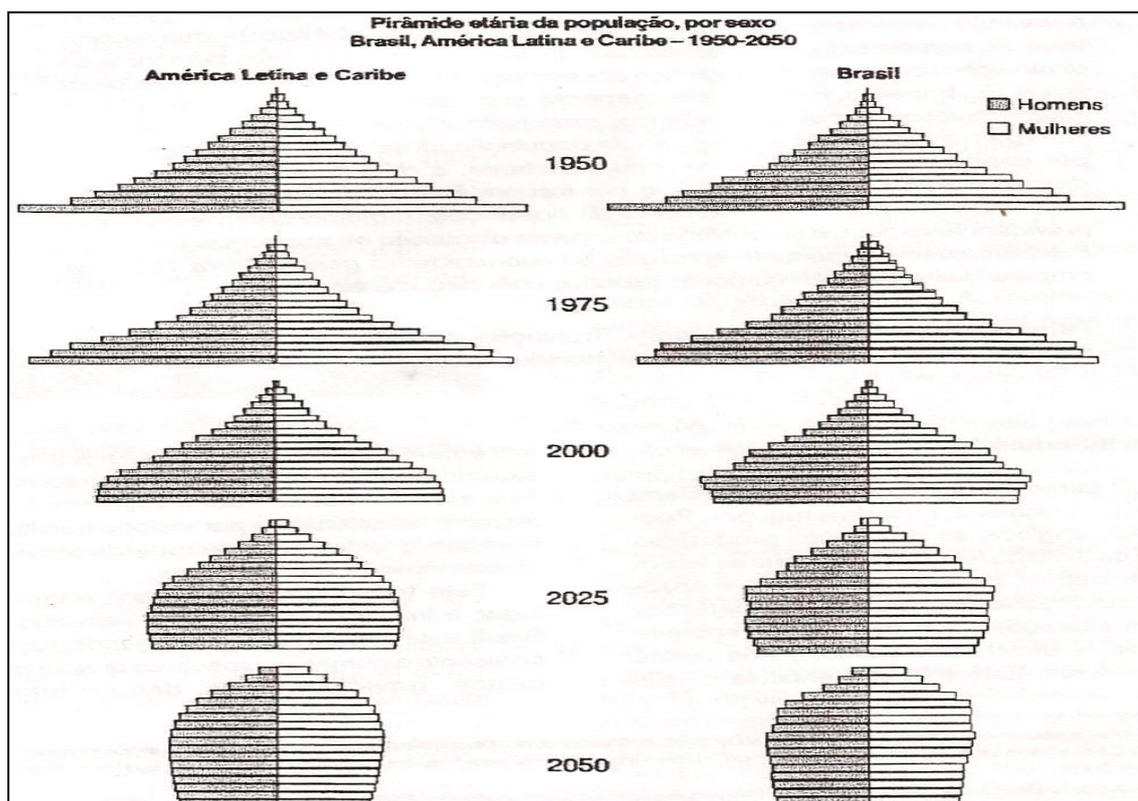


Figura 1 – Pirâmide etária da população, por sexo, do Brasil e da América Latina e Caribe - 1950 a 2050.

Fonte: Dados brutos, Nações Unidas (2003).

Segundo projeções estatísticas da OMS, entre 1950 e 2025, a população de idosos de nosso país crescerá dezesseis vezes contra o aumento de cinco vezes da população total. As últimas projeções para o ano de 2025 colocam o Brasil, em termos absolutos, como a sétima população de idosos do mundo, com mais de 32 milhões de pessoas idosas (PASCHOAL; FRANCO; SALES, 2007).

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2008, a população brasileira manteve sua tendência de envelhecimento, com percentual cada vez maior de idosos e índice menor de jovens. As pessoas com sessenta anos ou mais já representam 11,1% dos brasileiros, enquanto que as crianças de zero a quatro anos compreendem 7,2% da população (IBGE, 2008). A figura que segue ilustra esse cenário e apresenta as projeções de aumento da população idosa para as próximas décadas.

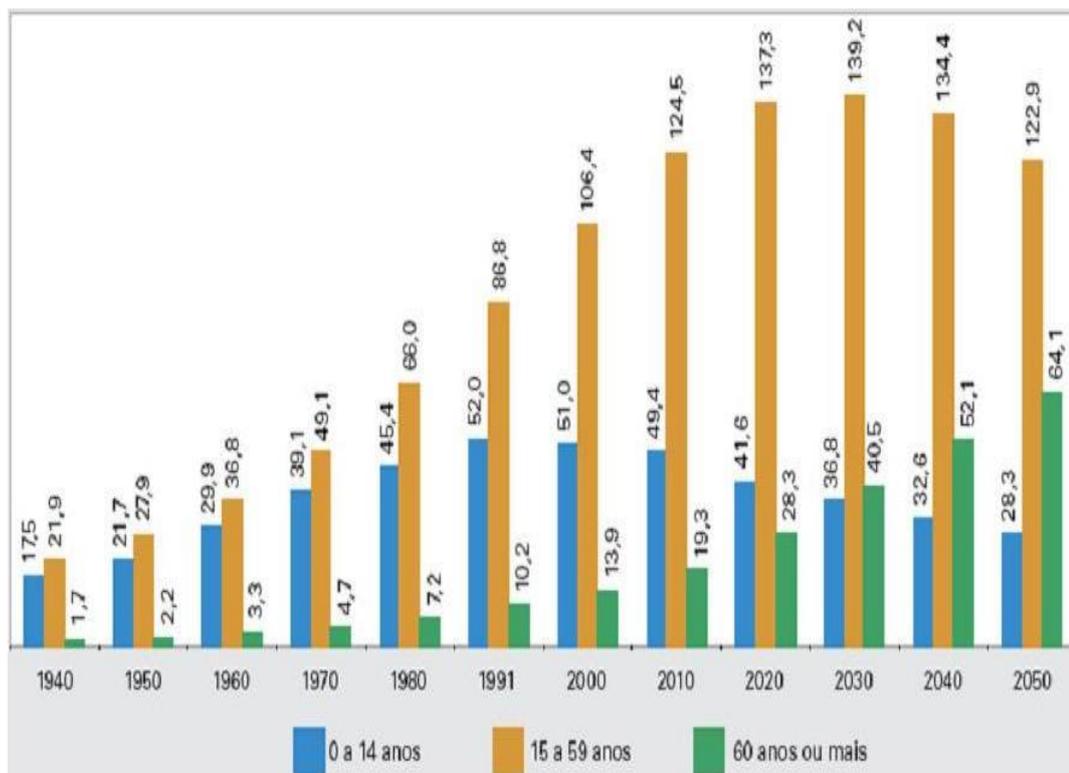


Figura 2 - População de crianças, de adultos jovens e de idosos Brasil - 1940/2050.

Fonte: IBGE. Diretoria de pesquisas. Coordenação de população e indicadores sociais. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050: Revisão 2008.

Vale destacar que as mudanças demográficas ou a transição demográfica decorrente do processo de envelhecimento populacional são acompanhadas pelas mudanças epidemiológicas ou de transição epidemiológica que se refere às modificações, em longo prazo, dos padrões de morbidade, invalidez e morte, que caracterizam uma população específica. Nesse cenário, as doenças infectocontagiosas, controladas por vacinas, drogas e medidas de saneamento, têm sua incidência reduzida e passam a prevalecer as doenças crônicas não transmissíveis que atingem, sobretudo, a população idosa e podem, eventualmente, acarretar comprometimento da capacidade funcional desses indivíduos (VERAS, 2009).

A modificação no perfil de saúde da população, em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes, especialmente, entre os “idosos mais idosos”, resulta na necessidade de mudanças significativas no sistema de suporte de cuidado, seja no âmbito de serviços de saúde ou no contexto familiar. Apesar disso, estudiosos do campo da Gerontologia afirmam que o grupo que cresce mais rápido entre os idosos são os mais idosos. Trata-se da existência de uma “quarta idade”, referente a um segmento populacional marcado por limitação funcional irreversível, associado a uma idade avançada,

caracterizado, fundamentalmente, pelas seguintes condições: dependência, fragilidade e consciência de proximidade da morte (CALDAS, 2007).

Na ótica desses estudiosos, os idosos jovens e os idosos mais idosos constituem grupos distintos. Eles enfatizam que o acréscimo do número de anos à vida, associado às alterações decorrentes do processo de envelhecimento bem como às inúmeras afecções que podem surgir, vem acompanhado, proporcionalmente, de crescente perda de capacidade funcional e diminuição da qualidade de vida desses senescentes.

1.3 O envelhecimento e suas implicações para a funcionalidade do idoso

Em curto e em longo prazo, o aumento da possibilidade do surgimento de doenças crônicas, no contexto do envelhecimento, leva à prevalência de incapacidade funcional. As projeções apontam que a população idosa funcionalmente incapacitada tende a aumentar num período curto de tempo e pode triplicar em menos de sessenta anos e se tornar uma das mais relevantes questões das pesquisas gerontológicas, visto que envelhecer sem incapacidade é fator indispensável para a manutenção da autonomia e da qualidade de vida (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Litvoc e Brito (2004) discorrem que, no contexto brasileiro, a prevalência de incapacidade funcional de idosos não institucionalizados é de, aproximadamente, 30%. Os autores referem, ainda, que pesquisa desenvolvida pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), no município de São Paulo, que investigou prejuízo no desempenho de sete atividades básicas da vida diária e de oito atividades instrumentais da vida diária, identificou uma prevalência de incapacidade funcional equivalente a 47% entre os idosos.

Conforme já mencionado, o envelhecimento consiste em um processo que provoca alterações e desgastes em vários sistemas funcionais, que ocorrem de forma progressiva e irreversível e que, em paralelo ao surgimento de doenças crônicas, ocasionam nas pessoas idosas, geralmente, perda de autonomia e de capacidade para realizar as atividades cotidianas. Por essa razão, eles passam a precisar de cuidados permanentes - parciais ou totais (FIEDLER; PERES, 2008).

De acordo com Farinatti (2008), a ideia central da autonomia é indicada pela etimologia do termo *autos* (si mesmo) e *nomos* (regra ou lei). A expressão designava o estatuto das *polis* gregas: uma cidade tinha autonomia quando não estava sob dominação de outros povos e quando elaborava suas próprias leis. Por extensão, o termo começou a

ser utilizado para dar ao indivíduo o estatuto de autônomo, quando ele é capaz de tomar decisões por si próprio, sem a ajuda de terceiros.

Papaléo Netto (2007) apresenta uma diferenciação entre os conceitos de autonomia e de independência e sua relevância na vida cotidiana do idoso. Considerando essa diferenciação, a autonomia é compreendida como o estado de ser capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras. Associa-se aos correlatos de liberdade individual, privacidade, livre escolha e independência moral. Já a independência é apresentada como a capacidade do indivíduo de realizar algo com seus próprios meios. O autor acrescenta que, mesmo na presença de alguma dependência, a autonomia é de grande valia, porquanto, por meio dela, o indivíduo ainda pode tomar decisões e comandar a própria vida.

Sesmg (2006) assevera que a independência e a autonomia estão relacionadas ao funcionamento integrado de quatro grandes funções: cognição, humor, mobilidade e comunicação e podem estar comprometidas direta ou indiretamente, de forma isolada ou associada, em consequência de uma ou mais doenças.

Com o processo fisiológico de envelhecimento, a capacidade funcional de cada sistema do organismo diminui e ocorre o denominado envelhecimento funcional. Além disso, as doenças crônicas não transmissíveis estão cada vez mais presentes no cotidiano dos idosos, ocasionando importantes e dispendiosas demandas aos serviços de saúde e interferências em aspectos qualitativos da sua vida, como, por exemplo, o comprometimento de sua autonomia e de sua dependência.

Embora o idoso desenvolva comprometimento relacionado ao desgaste, inerente ao processo de envelhecimento ou secundário ao aparecimento de doenças crônicas e degenerativas, seu estado de saúde não deve ser mais avaliado simplesmente pela presença ou não de doenças, mas também pelo grau de preservação da capacidade funcional (BONARDI et al., 2007). Considerando isso, a avaliação da capacidade funcional vem se tornando um instrumento particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, uma vez que muitos são portadores de comorbidades, que variam em severidade e provocam diferentes impactos na vida cotidiana.

Conforme Karsch (2003), a capacidade funcional constitui-se um conceito amplo, que abrange a habilidade em executar tarefas físicas, a preservação das atividades mentais e uma situação adequada de integração social. Corroborando essa assertiva, Alves, Leite e Machado (2010) definem a capacidade funcional como a manutenção plena das habilidades físicas e mentais do indivíduo alcançadas na sua trajetória de vida, indispensável para a manutenção de uma vida independente e autônoma.

Considerando a amplitude desse conceito, estudiosos da Gerontologia têm trabalhado na prática com os termos capacidade *versus* incapacidade. No trato desses conceitos, em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como CIF, destaca que a funcionalidade compreende todas as funções corporais, tarefas ou ações, ao passo que a incapacidade incorpora as deficiências, limitação da capacidade ou restrição no desempenho de atividades (OMS, 2004). Já o IBGE (2003) define a incapacidade por meio de questões relativas a limitações e a funções e estruturas do corpo.

Nessa mesma perspectiva, Rosa et al. (2003) definem a incapacidade funcional como a dificuldade de realizar determinadas atividades da vida cotidiana, em razão de alguma deficiência. Do mesmo modo, sob o ponto de vista de Alves, Leite e Machado (2008), um indivíduo que não tem capacidade funcional é aquele que precisa de ajuda para executar tarefas básicas ou mais complexas do dia a dia, ou, ainda, relacionadas à mobilidade, que são necessárias para que ele viva independente na comunidade.

Vale ressaltar que o conceito de incapacidade tem passado por significativas evoluções durante as últimas décadas. Atualmente, a maioria dos autores ressalta a íntima associação da incapacidade com vários aspectos da saúde do idoso. Assim sendo, sua avaliação é um dos aspectos mais importantes para o diagnóstico do estado de saúde da pessoa idosa, porquanto a perda da função pode, algumas vezes, constituir a única manifestação de determinada doença (BRITO; NUNES; YUASO, 2007).

Dado o exposto, a operacionalização da incapacidade funcional é complexa tanto para fins de pesquisa quanto para a abordagem clínica e de reabilitação. Embora exista uma expressiva variação entre as investigações, frequentemente, a incapacidade funcional é avaliada por meio de declaração indicativa de dificuldade ou de necessidade de ajuda em tarefas básicas de cuidados pessoais e em tarefas mais complexas, necessárias para se viver independente na comunidade (PARAHYBA; SIMÕES, 2006). Adicionalmente, as medidas de desempenho físico, que avaliam objetivamente vários aspectos da função física, têm sido utilizadas para complementar o autorrelato, posto que essas medidas são influenciadas, em menor grau, pela função cognitiva, cultura e pelo nível educacional.

A literatura disponibiliza vários instrumentos destinados à avaliação da capacidade funcional e, conseqüentemente, para definir o grau de dependência. A maioria desses instrumentos contempla apenas aspectos fisiológicos e parte de uma concepção de saúde encontrada na Biologia (FONSECA; RIZZOTTO, 2008). Apesar disso, embora esses instrumentos possam diferir quanto à validade, à confiabilidade, à reprodutibilidade e à

eficácia, na maioria das vezes, eles alcançam o objetivo a que se destinam (BRITO; NUNES; YUASO, 2007).

As atividades da vida diária, as atividades instrumentais da vida diária e a mobilidade são conceitos frequentemente utilizados na mensuração da incapacidade funcional do idoso, universalmente aceitos na literatura. As atividades da vida diária constituem um conceito desenvolvido por Katz, em 1963. Sua operacionalização envolve o desempenho das atividades básicas da vida diária – ABVDs, que são ações essenciais destinadas ao autocuidado e se relacionam ao ambiente da residência. Envolve atividades como banhar-se, vestir-se, locomover-se, alimentar-se, pentear os cabelos, controlar os esfíncteres, escovar os dentes, entre outras. Assim, quando o indivíduo tem limitações ao realizar essas atividades, precisa de um cuidador (KATZ, 1963).

O segundo conceito, desenvolvido por Lawton e Brody, em 1969, constitui as atividades instrumentais da vida diária – AIVDs, cuja mensuração é feita por meio do desempenho de ações mais complexas ou necessárias para a vida independente na comunidade, como, por exemplo: fazer compras, telefonar, utilizar transporte, realizar tarefas domésticas, preparar refeições, usar corretamente medicamentos e controlar os orçamentos doméstico e pessoal (LAWTON; BRODY, 1969).

A mobilidade constitui outro componente essencial da avaliação funcional. Refere-se à capacidade do idoso de sair da residência e que pode ser mensurada por meio de um enfoque hierárquico, iniciando-se com tarefas mais simples, como se transferir da cama para cadeira, e progredir para tarefas mais complexas, como caminhadas de curtas e longas distâncias, subir e descer escadas, atividades que exigem amplitude de movimento, resistência e força muscular (GURALNIK; SALIVE, 1996). Essas tarefas têm um grau de complexidade intermediária entre as ABVDs e as AIVDs.

Em geral, as escalas assumem três formas-padrão: o grau de dificuldade para realizar certas atividades, o grau de assistência ou de dependência para realizar a atividade e se a atividade não é realizada. A medida de dependência avalia se o idoso precisa de ajuda ou se recorre à assistência para realizar uma atividade ou se não a realiza. Assim, o idoso é classificado como dependente quando necessita de ajuda de outra pessoa ou não consegue desempenhar uma tarefa. Por sua vez, a dificuldade contempla o grau de esforço despendido por essa pessoa ao desempenhar a tarefa (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Apesar do exposto, não existe um método correto ou único para operacionalizar a incapacidade funcional, razão por que é indispensável que os pesquisadores destaquem com clareza, em seus estudos, o conceito de incapacidade funcional empregado e descrevam qual a medida ou os instrumentos que serão aplicados (ALVES; LEITE;

MACHADO, 2008). Assim sendo, no âmbito desta pesquisa, foi utilizado o conceito de incapacidade funcional expresso por Katz (1963), que indica: dificuldade ou inabilidade do indivíduo para realizar atividades básicas da vida diária, ou de autocuidado, como alimentar-se, ter continência, locomover-se, tomar banho, vestir-se e realizar higiene pessoal.

1.4 O envelhecimento com dependência e os sistemas de cuidado

Na literatura gerontológica, a dependência é abordada como um fenômeno multideterminado, a incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de outro ou de equipamentos que lhe permitam adaptação (LEMOS; MEDEIROS, 2006). Pode ser de natureza física (incapacidade para realizar atividades da vida diária), cognitiva (necessidade de apoio para tomada de decisões) e comportamental (incompetência para lidar com determinadas situações).

Na velhice, ela é fortemente influenciada pelo estado biológico, por condições sociais, culturais, econômicas e psicológicas que atuam no seu desenvolvimento, na sua manutenção ou na sua redução (TORRES; SÉ; QUEIROZ, 2004). Desse modo, a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico, cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados.

O crescimento da população muito idosa, provocada pela redução da mortalidade nas idades avançadas, tem resultado em um aumento do quântico de idosos com incapacidade física e/ou cognitiva. Esse número tende a aumentar substancialmente com a entrada da coorte do *baby boomers* na última fase de vida – composta, geralmente, por idosos que evidenciam perda de autonomia e de capacidade para realizar as atividades cotidianas, o que gera a necessidade de cuidados permanentes, sejam parciais ou totais (FIEDLER; PERES, 2008). Essa afirmativa é corroborada em um estudo realizado por Parahyba e Simões (2006), em que foi verificada a prevalência da incapacidade funcional em idosos no Brasil. Os autores utilizaram dados da PNAD de 1998 a 2003, que identificaram o caráter progressivo da incapacidade funcional entre os idosos em relação ao aumento da idade.

Convém salientar que a dependência do idoso, tanto a de natureza física ou cognitiva isoladamente, quanto a associação da dependência física e cognitiva implicam forte pressão nos sistemas de suporte social, aqui entendidos como sistemas de cuidado, para o atendimento às necessidades específicas desse grupo.

Os sistemas de suporte social para o idoso são classificados em sistemas formais de suporte social (serviços de atendimento, que incluem hospitais, atendimento domiciliar,

instituições de abrigo e programas formais voltados ao atendimento da população) e sistemas informais de suporte social, que compreendem redes de relacionamento entre membros da família, amigos e vizinhos (LEMOS; MEDEIROS, 2006), que funcionam com base nos princípios de solidariedade e de reciprocidade entre as gerações.

Resende e Dias (2008) ressaltam que a prática de cuidados no domicílio passou muitos anos sendo pouco utilizada, em virtude de incentivo ao modelo hospitalocêntrico, e ressurgiu, nos últimos anos, como possível resposta às demandas da rápida transição demográfica e epidemiológica, à incapacidade do Estado em assumir o papel que lhe foi destinado e à elevação dos custos assistenciais à saúde do idoso. Nesse contexto, na maioria das vezes, é a família que, prioritariamente, envolve-se com os aspectos relacionados à assistência ao idoso, incluindo a provisão de cuidados diretos ou instrumentais (SOUZA et al., 2009), a despeito de todas as questões que limitam sua capacidade de cuidar verificadas na atualidade – diminuição do tamanho, passando do modelo multigeracional para unigeracional, processo de urbanização, maior engajamento da mulher no mercado de trabalho formal, surgimento de novos papéis de gênero e outras.

Corroborando essa afirmativa, Karsch (2003) refere que, no Brasil, a transição demográfica e a transição epidemiológica apresentam cada vez mais um quadro e sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas, especialmente de familiares, que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. A autora acrescenta que, no Brasil, 10% das pessoas acima de 65 anos precisam de ajuda em atividades básicas de autocuidado, e cerca de 40% necessitam de auxílio nas atividades instrumentais de vida diária, o que significa mais de seis milhões de pessoas e famílias que precisam de apoio e de suporte. Assim, o cuidado domiciliar de idosos deixa de ser uma experiência individual para se transformar em um processo social.

Caldas (2003) ressalta que, com os problemas de resolutividade do sistema de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, por exemplo, as famílias vêm progressivamente se tornando a única fonte de recursos disponível para o cuidado do idoso dependente, pois 90% delas não recebem ajuda de serviços, organizações ou grupos voluntários e/ou agências particulares. Ampliando essa análise, Queiroz (2010) ressalta que os recursos existentes destinados ao atendimento de idosos com dependência, especialmente no âmbito familiar, são precários e insuficientes.

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), a assistência domiciliar deverá estar incluída, obrigatoriamente, entre os serviços alternativos para internação prolongada do idoso portador de alguma doença crônica ou dependência. Ainda de conformidade com a PNSI, a adoção de tal medida constituirá estratégia importante para

diminuir o custo da internação, porque a assistência domiciliar é menos onerosa do que a internação hospitalar. Entretanto, o modelo de cuidados domiciliares, antes restrito à esfera privada e à intimidade das famílias, não poderá ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades (BRASIL, 2006).

Considerando a definição de cuidador, a referida Política define-o como a pessoa, membro ou não da família que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente, no exercício das suas atividades de vida diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e de outros serviços que requeiram no cotidiano, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de Enfermagem (BRASIL, 2006).

Na literatura gerontológica, existe um consenso de que o cuidado pode ser implementado tanto pela família quanto pelos profissionais e pelas instituições de saúde e se consagra o uso dos termos formal e informal, para designar o tipo de apoio oferecido aos idosos dependentes. Denomina-se cuidador formal o profissional contratado, especialmente treinado, que presta assistência ao idoso e/ou à família. Designa-se cuidador informal, membro da família ou amigos, vizinhos e voluntários, sem formação específica, não remunerado, que cuida do idoso no contexto familiar (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, 1998).

1.5 A sobrecarga do cuidador

O conceito sobrecarga, denominado *burden* pela literatura inglesa, foi introduzido nas décadas de 1950 e 1960, a partir da inserção da Filosofia da Psiquiatria Social, em que se começou a dar ênfase às discussões das vantagens e das sobrecargas acumuladas nas famílias cuidadoras de pacientes tratados no domicílio e, mais recentemente, com o aumento do interesse pela unidade familiar como sujeito de cuidado (SCHENE, 1990).

A partir de então, o conceito sobrecarga do cuidador (*caregiver burden*) é utilizado amplamente pela literatura gerontológica internacional para descrever os aspectos negativos associados ao cuidado (FERNANDES; GARCIA, 2010). Nessa área, esse termo foi empregado, inicialmente, por Zarit, Reever e Bach-Peterson (1980) para fazer referência a “um desconforto apresentado pelo cuidador causado por situações que são postas sobre ele” (p. 649).

Platt (1985, p. 383) afirma que a sobrecarga do cuidador refere-se à “presença de problemas, dificuldades ou eventos adversos que afetam a vida dos membros familiares ou

de outros significantes.” Nesse mesmo entendimento, Vitaliano, Young e Russo (1991, p. 67) concebem a sobrecarga do cuidador como “problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros que podem ser experimentados por familiares cuidando de idosos incapacitados.”

Scazufca (2000) discorre acerca da sobrecarga do cuidador considerando-a como o sentimento de sobrecarga (subjetivo) e o impacto objetivo relacionado à provisão de cuidados. Considerando isso, estudiosos do assunto têm destacado que, embora a sua definição não seja consensual, é possível distinguir duas dimensões da sobrecarga: a objetiva e a subjetiva. A dimensão objetiva está relacionada à exigência dos cuidados prestados mediante a gravidade e o tipo da dependência e do comportamento do doente e, por conseguinte, às consequências ou ao impacto nas várias dimensões da vida do cuidador (familiar, social, econômica, profissional). A dimensão subjetiva, por sua vez, provém das atitudes e das respostas emocionais do cuidador às exigências do cuidar. Refere-se à percepção do cuidador acerca da repercussão emocional decorrente das exigências ou dos problemas associados à provisão de cuidados (VITALIANO; YOUNG; RUSSO, 1991; KINNEY, 1996; KINSELLA *et al.*, 1998).

Ampliando essa análise, Doornbos (2002) ressalta a multidimensionalidade do fenômeno e destaca que ele inclui estresse, ansiedade, depressão, senso de prisão ao papel, deterioração da saúde física, modificações na vida familiar, restrições das atividades sociais e de lazer, dificuldades financeiras e, conseqüentemente, decréscimo na qualidade de vida do cuidador.

Vale ressaltar que o cuidador familiar de idosos, nem sempre, escolheu desempenhar tal papel. A necessidade de um membro familiar participar do processo cuidativo de um idoso decorre, geralmente, de uma imposição circunstancial mais do que uma escolha. Emerge, quase sempre, de relações familiares fragilizadas e sensibilizadas pela presença de doenças ou incapacidades funcionais no idoso, que exigem profundos arranjos na dinâmica intrafamiliar de modo a corresponder às necessidades do indivíduo dependente (YUASO, 2007).

Nesse cenário, prover cuidados diários para o idoso passa a ser uma nova e desafiadora tarefa para a família, cujos membros são transformados, segundo Dátilo e Horiguela (2007), em “súbitos cuidadores”, muitas vezes sem a preparação adequada, conhecimento ou suporte para assumir tal papel, o que implica prejuízos para a sua qualidade de vida.

Queiroz (2010) afirma que a designação de um cuidador, no âmbito familiar, embora seja um processo informal e decorrente de uma dinâmica própria, parece levar em conta

alguns fatores: parentesco, com prioridade para cônjuge e filhos; gênero, com predominância de mulheres; proximidade física de quem vive com o idoso e proximidade afetiva. Nesse contexto, quando a maior parte das ações de cuidado é exercida por uma única pessoa, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade, ela passa a ser denominada cuidador familiar principal. O cuidador secundário é aquele que cuida ocasionalmente do idoso, embora compartilhe, de algum modo, responsabilidades com o cuidador principal (DIOGO; DUARTE, 2002).

Devido às implicações da provisão de cuidado para os idosos com dependência, a Portaria n. 1.395/99, que regulamenta a Política Nacional de Saúde do Idoso, ao tratar das diretrizes essenciais para o desenvolvimento de cuidados com o idoso dependente, ressalta que as pessoas envolvidas nessa atividade deverão receber dos profissionais de saúde os esclarecimentos e as orientações necessárias, inclusive em relação à doença crônica não transmissível e ao nível de incapacidade do idoso com o qual está eventualmente lidando. Assim, a parceria entre os profissionais de saúde e os cuidadores de idosos deverá possibilitar a sistematização das atividades a serem realizadas no próprio domicílio. Como consequência, desenvolvem-se formas mais efetivas e eficazes da manutenção e de recuperação da capacidade funcional do idoso em questão (BRASIL, 1999).

Vale salientar que as famílias que têm entre seus membros um idoso dependente sentem, juntamente com ele, toda a problemática que envolve a questão. Ambos têm desafios ligados ao desempenho de novos papéis, como trabalhar com as perdas de atividades sociais, financeiras e de suas capacidades físicas. Os familiares tendem a encontrar solução para o cuidado de seu parente, para evitar uma provável institucionalização (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

O ponto positivo dessa prática é o fato de que o suporte familiar (amor, afeição, preocupação) tende a reduzir os efeitos negativos do estresse na saúde mental do idoso. Em contrapartida, podem existir resultados negativos desse suporte social sobre o bem-estar do cuidador, devido à excessiva assistência ou dependência do idoso (NERI; SOMMERHALDER, 2006).

A despeito disso, a maioria das pesquisas realizadas, especialmente no âmbito internacional, realça os efeitos negativos do processo de cuidar sobre a saúde física e mental do cuidador, refletidos em prevalência de doenças psiquiátricas, uso mais do que o normal de drogas psicotrópicas, maior número de doenças somáticas, isolamento social, estresse pessoal e familiar e o sentimento de ter que cumprir uma obrigação exageradamente pesada e causadora de tensão (NERI; CARVALHO, 2002).

No contexto paraibano, Fernandes e Garcia (2009a), em um estudo que envolveu cuidadoras familiares de idosos de baixo nível socioeconômico, verificaram que a maioria delas evidenciava elevado nível de tensão secundário ao desempenho desse papel. Quanto aos sinais e aos sintomas expressos por essas cuidadoras, destacaram-se: alterações no estado físico (doenças/sintomas psicossomáticos e/ou agravamento de doenças prévias); alterações emocionais (depressão, ansiedade, baixa autoestima situacional, pesar, irritabilidade); desequilíbrio entre atividade e repouso (fadiga e déficit de lazer) além de enfrentamento individual comprometido (baixo controle sobre a situação de cuidado e pouca adesão ao autocuidado).

Frente a essa realidade, a experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido colocada pelos cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e estressante, por causa do envolvimento afetivo e pelo fato da relação anterior de reciprocidade se transformar em uma relação de dependência. Isso porque, ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, o cuidador passa a ter restrições em relação à própria vida (FERNANDES; GARCIA, 2009b). Segundo Caldas (2007), a dependência de um familiar idoso gera impacto na dinâmica, na economia familiar e na saúde dos membros da família que se ocupa dos cuidados.

Dessas observações, depreende-se que a atividade de cuidar de um membro familiar, embora também gere satisfação, constitui-se, na maioria das vezes, em uma atividade onerosa. O cuidado é delegado, normalmente, apenas a uma pessoa que, quase sempre, não desenvolve somente essa atividade e se sente obrigada a desempenhar esse papel com outras tarefas. Tal condição é um fator de risco para sobrecarregar o cuidador familiar.

Assim, considerando a perspectiva ora apresentada, no tocante ao fenômeno sobrecarga do cuidador familiar, entende-se que, devido às suas múltiplas dimensões, sua manifestação se diferencia de pessoa para pessoa e de contexto para contexto. Isso demanda a realização de pesquisas que elucidem sua expressão em realidades específicas, como a nossa, por exemplo, e forneçam subsídios para a implementação de medidas de apoio aos idosos e as suas famílias.

1.6 Relevância do estudo

Karsch (2003) assevera que, no contexto brasileiro, a figura do cuidador familiar tem sido ignorada, em diversos níveis: pelo governo, na falta de estrutura para o auxílio de seu trabalho; pela família, devido à baixa valorização dessa função (comumente, concentrada

em uma só pessoa) e por pesquisadores, em parte, dada a falta ou escassez de recursos para conduzir as investigações, ou mesmo pela dificuldade em vislumbrar perspectivas para a utilização dos seus resultados.

No âmbito da pesquisa, estudiosos têm concebido a temática dos cuidadores de idosos dependentes como sendo relativamente nova, uma vez que se tem evidenciado, tanto em nível nacional quanto em nível internacional, um expressivo número de publicações acerca do tema, apenas nos últimos anos.

Resendes e Dias (2008) destacam que, atualmente, diversos estudos têm discutido a questão dos cuidadores de idosos. No entanto, as exigências concretas necessárias ao cuidado de um idoso dependente dentro do domicílio ainda são obscuras, e isso requer pesquisas sobre os elementos da sobrecarga oriunda dessa atividade. Em concordância com essa assertiva, ressalta-se que, no Brasil, particularmente no estado da Paraíba, há escassez de pesquisas, especialmente estudos de bases populacionais, a respeito desse fenômeno.

Considerando, então, os aspectos até aqui expostos, é preciso averiguar, em nosso município, a prevalência e as condições associadas à sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes. Nesse sentido, esta pesquisa é de grande valia, uma vez que possibilita a elucidação de um suporte teórico que subsidie os profissionais de saúde, particularmente aqueles que atuam na área da Geriatria e da Gerontologia, a desenvolverem programas e políticas de intervenções em saúde voltadas para o cuidado com o idoso e com o cuidador familiar, baseados em dados empíricos específicos, e não, em experiências de outras sociedades ou do senso comum.

Considerando, também, que o enfermeiro é o profissional da equipe de saúde, particularmente no contexto da atenção primária, que está mais próximo da realidade vivenciada pelos cuidadores familiares de idosos dependentes no cenário comunitário e domiciliar, este estudo assume relevância, por proporcionar a esse profissional um conjunto de informações que poderão ser aplicadas com vistas ao desenvolvimento de uma proposta de cuidado voltada para a melhoria das condições funcionais e de saúde do idoso e, conseqüentemente, do bem-estar do cuidador. Como resultado, será estabelecida uma parceria entre os serviços de saúde e as pessoas que estão mais ligadas aos idosos dependentes, porque são responsáveis pelos cuidados necessários às suas atividades da vida diária, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde do Idoso, em seu tópico, "Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais".

Torres, Sé e Queiroz (2004) entendem que o cuidado com os idosos em família é afetado, entre outros fatores, por variáveis sociodemográficas tanto deles quanto dos

cuidadores, e isso deve ser considerado na análise da sua dinâmica, condição também observada no estudo de Fernandes e Garcia (2009c). Além dessa questão, outros indicativos empíricos verificados no âmbito da nossa prática de cuidado em relação ao binômio idoso e família, em nível de atenção primária de saúde, pressupõem a associação da sobrecarga de cuidadores familiares, dentre eles, destacam-se: o nível de funcionalidade física e cognitiva do idoso, a demanda de cuidado e o déficit de suporte para o cuidador – fatores intrinsecamente relacionados ao processo de adoecimento do próprio cuidador e ao comprometimento da qualidade do cuidado prestado ao idoso com dependência.

Assim, considerando os aspectos até aqui abordados, neste estudo, buscaram-se respostas para as seguintes questões norteadoras, relativas ao município de João Pessoa - PB: Qual a prevalência de sobrecarga em cuidadores de idosos dependentes nesse município? Qual a relação entre a sobrecarga do cuidador e o *status* funcional do idoso comunitário? Qual a relação entre a sobrecarga do cuidador e a condição cognitiva do idoso comunitário? Qual a relação entre a sobrecarga do cuidador e a demanda de cuidado do idoso comunitário? Qual a relação entre a sobrecarga e as características sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridade) do cuidador do idoso comunitário? Qual a relação entre a sobrecarga e o tempo de provisão de cuidado com os idosos dependentes por parte do cuidador? Qual a relação existente entre a sobrecarga e o déficit de suporte social do cuidador do idoso comunitário?

2 Objetivos

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- ✓ Estimar a sobrecarga do cuidador familiar de idosos dependentes que vivem na comunidade do município de João Pessoa-PB e a relação que estabelece com as características do idoso e do cuidador.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Descrever a associação entre a sobrecarga do cuidador e as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, arranjo familiar) dos idosos dependentes que vivem na comunidade do município de João Pessoa – PB;
- ✓ Averiguar a associação entre a sobrecarga e a demanda de cuidado, o déficit de suporte e as características sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridade) do cuidador familiar;
- ✓ Verificar a associação entre a sobrecarga do cuidador familiar e os problemas de saúde apresentados pelos idosos.
- ✓ Verificar, por meio do Miniexame do Estado Mental, o nível cognitivo dos idosos e sua relação com a sobrecarga do cuidador familiar;
- ✓ Identificar, por meio do Índice de Katz, o nível de incapacidade dos idosos para desempenharem as atividades básicas da vida diária e sua relação com a sobrecarga do cuidador familiar.

3 Material e Metodos

3. MATERIAL E MÉTODOS

Este tópico tem como meta descrever formalmente o conjunto de procedimentos metodológicos, técnicas e processos envolvidos no percurso da pesquisa, tendo em vista a busca de referentes empíricos relativos ao fenômeno de interesse no âmbito do estudo.

A presente investigação constitui um subprojeto da pesquisa “Condições de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado”, financiada pelo Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD/CAPES) entre a Universidade Federal da Paraíba e a Escola de Enfermagem Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, que teve como finalidade estudar a sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com vivência comunitária.

3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza epidemiológica, descritiva e transversal. O tipo de delineamento utilizado nesta investigação caracteriza-se por uma única medida das variáveis de interesse. Portanto, não há seguimento nem controle, na fase de desenho, das variáveis preditoras e potenciais confundidoras que, juntamente com as variáveis respostas, são medidas simultaneamente (SZKLO; NIETO, 2006).

3.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi realizada na cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, que tem uma população de 723.515 habitantes, distribuída em uma área geográfica de 211.474 km² (IBGE, 2010). Localizada na porção mais oriental da Paraíba, limita-se, ao norte, com o município de Cabedelo, por meio do Rio Jaguaribe; ao sul, com o município do Conde, pelo Rio Gramame; a leste, com o Oceano Atlântico; e, a oeste, com os municípios de Bayeux, pelo Rio Sanhauá, e Santa Rita, pelo Rio Mumbaba.

A economia da capital paraibana ampara-se, especialmente, em seu comércio e indústria. A pesca também é uma das principais atividades econômicas, além da extração de caju e de coco. O turismo se apresenta, sobretudo, na busca de um litoral privilegiado, com 30 km de belas praias. A cidade tem um clima quente e úmido e uma altitude de 37 a 74 m acima do nível do mar. Nas décadas de 1970 e 1980, João Pessoa apresentou os maiores índices de crescimento populacional. Nas últimas duas décadas (1980 a 2000), o crescimento médio anual foi de 3,62%, impulsionado, principalmente, pelo aumento da dinâmica do turismo e dos serviços, o que atraiu fortes migrações, uma vez que a taxa de

crescimento vegetativo, em função da redução do número de filhos e do tamanho familiar, tem diminuído significativamente, desde o período considerado. O quadro apresentado, a seguir, demonstra a evolução populacional do município, nas últimas décadas:

Quadro 1 – Evolução populacional no município de João Pessoa – PB

Ano	1970	1980	1990	2000	2007	2009
Urbana	213.569	326.582	497.600	597.934	673.832	702.235
Rural	7.977	3.360	0 (*)	0 (*)	0 (*)	0 (*)
Total	221.546	329.942	497.600	597.934	673.832	702.235

(*) A partir do ano de 2007, foi redefinida a distinção entre zona urbana e rural, porém, não se dispõe de dados desagregados para o seu detalhamento.

Fonte: IBGE/IDEME

O município de João Pessoa é constituído por 617 setores censitários, cinco distritos sanitários e 65 bairros.

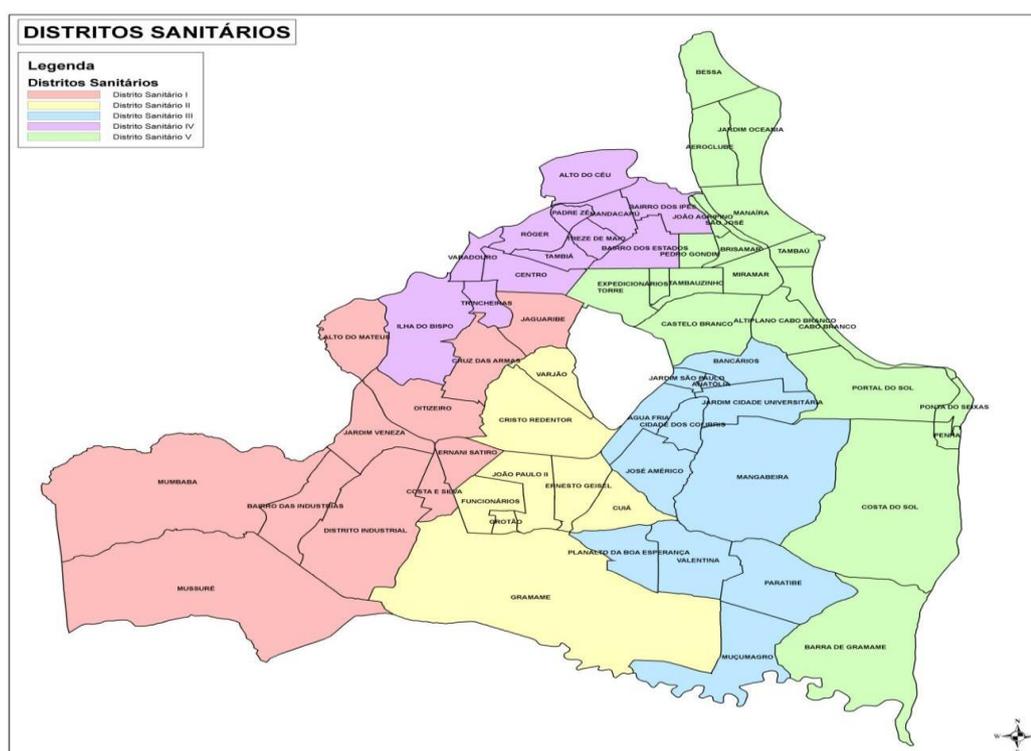


Figura 3 - Mapa do município de João Pessoa-PB.

Fonte: Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria de Planejamento. Diretoria de Geoprocessamento e Cadastro Urbano

3.3 População e amostra

A população de base para cálculo amostral compreendeu a população idosa, de sessenta anos e mais, do município de João Pessoa – PB.

Tabela 1 – Distribuição da população de idosos do município de João Pessoa, estado da Paraíba, por faixa etária e sexo, conforme dados do Censo Demográfico do IBGE - 2007.

Faixa etária (anos)	Sexo feminino	Sexo masculino	Total
60 a 64 anos	10.674	7.961	18.635
65 a 69 anos	8.988	6.093	15.081
70 a 74 anos	6.528	4.092	10.620
75 a 79 anos	4.986	2.740	7.726
80 anos ou mais	6.300	3.197	9.497
Total	37.476	24.083	61559

Fonte: IBGE, 2008

Considerando a população ora mencionada, fizeram parte do universo do estudo “Condições de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado”, 240 idosos que viviam na comunidade, com idade igual ou superior a sessenta anos, de ambos os sexos. Visando o estabelecimento de quotas representativas da população e considerando a diversidade socioeconômica do município, o processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerados, de duplo estágio.

No primeiro estágio, considerou-se o setor censitário como Unidade Primária da Amostragem (UPA). Foram sorteados vinte setores censitários, com probabilidade proporcional ao número de domicílios, entre os 617 setores do município. No segundo estágio, visitou-se um número fixo de domicílios, com a finalidade de garantir a autoponderação amostral. Foram sorteadas a rua e a quadra onde esse processo de busca foi iniciado.

Após o sorteio dos setores, identificou-se, no mapa municipal de João Pessoa – PB (Figura 2), a localização de cada setor sorteado, incluindo os bairros que seriam visitados, a saber: Rangel, Torre, Cristo, Cruz das Armas, Tambiá, José Américo, Ernesto Geisel, Ernani Sátiro, Oitizeiro, Mandacaru, Tambauzinho, Mangabeira, Grotão, Jardim Oceania e Tambaú. Posteriormente, realizou-se outro sorteio, em que foi definido quais as ruas que deveriam ser visitadas pelos entrevistadores. Por fim, determinaram-se as equipes imbuídas de entrevistar os idosos e os cuidadores participantes do estudo de cada setor censitário.

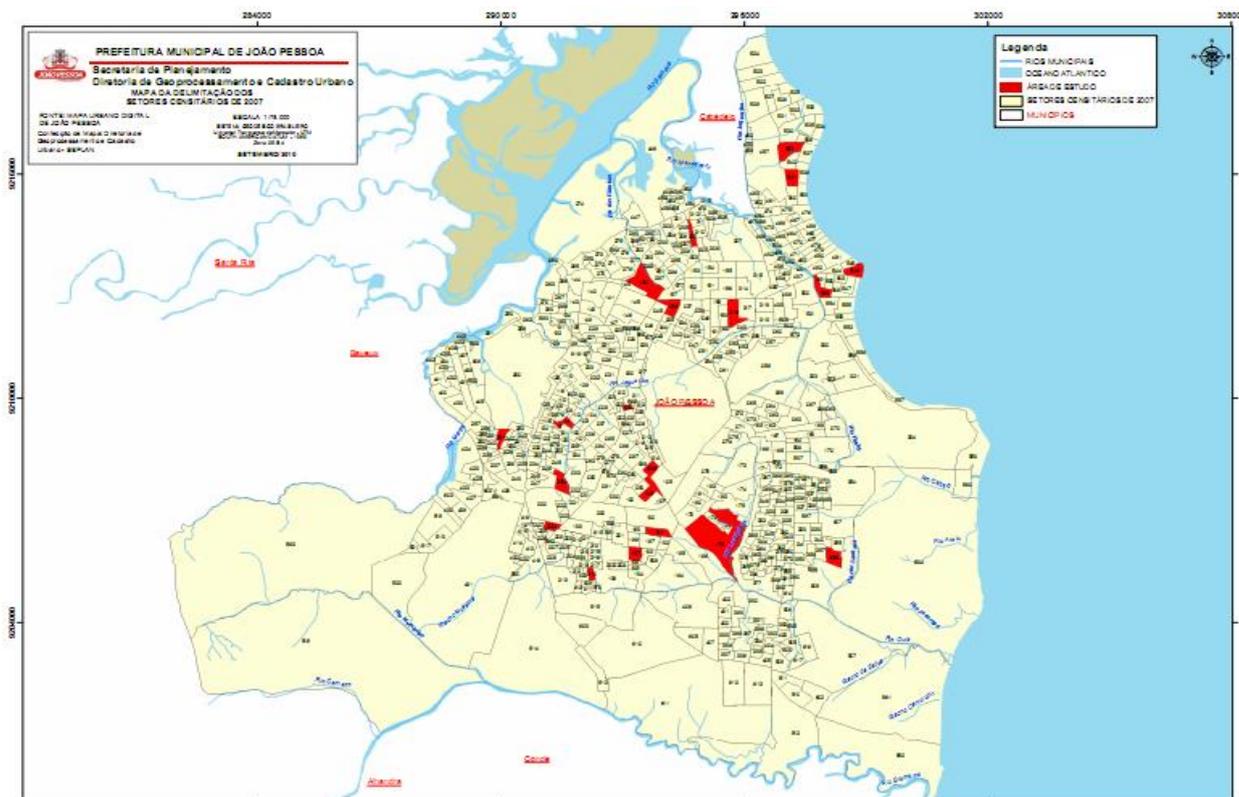


Figura 4 - Mapa da delimitação dos setores censitários de 2007 do município de João Pessoa - PB (os setores destacados em vermelho são aqueles onde habita a população investigada). João Pessoa-PB, 2011.

Fonte: Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria de Planejamento. Diretoria de Geoprocessamento e Cadastro Urbano.

Ainda considerando a amostra, bem como o objeto e os objetivos deste estudo (parte da pesquisa “Condições de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado”), dele participaram 52 idosos com incapacidade funcional (física e/ou cognitiva) e seus respectivos cuidadores familiares, os quais representaram 21,6% dos 240 idosos envolvidos na pesquisa ora mencionada, selecionados a partir dos seguintes critérios:

3.4 Critérios de inclusão

- **Para participar da pesquisa, os idosos deveriam:**
 - Ter idade igual ou superior a sessentas anos (ambos os sexos);
 - Residir nos setores censitários amostrados do município de João Pessoa;
 - Apresentar algum grau de incapacidade funcional física e/ou cognitiva;
 - Ter membro familiar como cuidador principal.

- **Para os cuidadores, estes foram os critérios de seleção:**
 - Não receber remuneração pela provisão de cuidado;
 - Ser membro da família;
 - Pessoa de ambos os sexos puderam participar da pesquisa.

3.5 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista no domicílio dos idosos, conforme já mencionado, no período de abril a junho de 2011, seguindo o sentido horário dos setores sorteados, utilizando-se instrumento estruturado padronizado, elaborado pelos coordenadores da pesquisa “Condições de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado” e, ainda, materiais como mochila, crachás de identificação e fita métrica.

A equipe de entrevistadores foi composta por dez alunos do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, que foram devidamente capacitados para efetivar tal procedimento. Essa capacitação incluiu o entendimento do mapa municipal e dos setores censitários, bem como dos aspectos conceituais e operacionais do instrumento de coleta de dados. Foram excluídos do estudo aqueles idosos e cuidadores que não responderam a entrevista após três visitas consecutivas do entrevistador.

3.6 Variáveis e instrumentos de medidas

As principais variáveis a serem mensuradas nesta investigação e os instrumentos utilizados estão mencionados no tópico seguinte:

- Variável **principal**
 - A medida de desfecho ou variável resposta primária foi sobrecarga do cuidador. Sua mensuração foi realizada por meio da utilização da *Zarit Burden Interview Scale*.
- Variáveis **independentes** ou explicativas
 - Variáveis sociodemográficas do idoso: idade, sexo, estado civil, arranjo familiar, escolaridade e renda. Foram mensuradas por itens específicos do questionário padronizado expressos na Seção A (informações pessoais do idoso).
 - Variáveis clínicas e funcionais do idoso: problemas de saúde informados ou autorreferidos, mensurados por itens específicos do questionário padronizado (Seção B); condições

cognitivas, avaliadas por meio do miniexame do estado mental (Seção C) e desempenho funcional do idoso nas atividades básicas da vida diária, medido pelo Índice de Katz (Seção D);

- Variáveis relativas ao cuidador: aspectos sociodemográficos como idade, sexo, parentesco com o idoso, estado civil, escolaridade; e aspectos relacionados à situação de cuidado: preparo técnico, tempo de provisão de cuidado, demanda de cuidado e suporte social. Tais informações foram mensuradas por itens específicos do questionário padronizado expressos na Seção E.

Visando esclarecer as especificidades das escalas utilizadas na investigação, bem como sua operacionalização, optou-se por descrevê-las no próximo tópico.

3.6.1 Miniexame do estado mental (MEEM)

O miniexame do estado mental (MEEM) consiste em uma escala desenvolvida por Folstein, Folstein e McHugh (1975), muito utilizada por pesquisadores, em todo o mundo, por sua fácil aplicabilidade, sensibilidade e especificidade. O MEEM é comumente utilizado para avaliar a função cognitiva e constitui um teste breve, composto por itens sobre orientação temporoespacial, registro de informações, memória de curto prazo, atenção, capacidade de realização de cálculos simples, linguagem e praxia construcional (MACIEL, 2002). O seu escore pode variar de um mínimo de nenhum ponto, que indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de trinta pontos, que corresponde à melhor capacidade cognitiva (BRUCKI et al., 2003).

No Brasil, o MEEM foi traduzido por Bertolucci et al. (1994), que observaram que o escore total da escala dependia do nível educacional dos indivíduos. Assim sendo, os autores propuseram a utilização de pontos de cortes diferenciados de acordo com a escolaridade para o diagnóstico genérico de *declínio cognitivo*. Estabeleceu-se, então, o escore de corte (escore que separa o alto nível cognitivo e o baixo nível cognitivo), os quais serão utilizados para este estudo, da seguinte forma: para os analfabetos a nota de corte é treze; para baixa-média escolaridade, é dezoito; e para alto nível de escolaridade é 26.

3.6.2 O Índice de Katz

O Índice de Katz, ou *Escala de Independência em Atividades da Vida Diária* (EIAVD), é um dos instrumentos mais antigos e mais citados na literatura nacional e na internacional, especialmente no âmbito da gerontologia. Esse instrumento foi desenvolvido por Sidney Katz, em 1963, para avaliar o tratamento em idosos portadores de doenças crônicas, o qual

se preocupou em desenvolver métodos para a obtenção de informações quantitativas a respeito da perda de habilidades e dependência entre esses indivíduos (DUARTE et al., 2007), propiciando uma descrição sumária da sua capacidade de autocuidado.

Esse Índice se propõe a medir a independência dos indivíduos, considerando os aspectos físicos para a realização de AVDs. No Brasil, a adaptação transcultural dessa escala para o português foi feita por Lino et al. (2008). Esses autores verificaram que o instrumento tem grau de validade, confiabilidade e consistência interna desejáveis. Essa escala engloba seis grupos de atividades da vida diária, construídos de um modo hierárquico, das mais básicas (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro) para as mais complexas (transferência, continência e alimentação), que permitem a avaliação dos diferentes níveis de dependência ou independência em cada um dos itens observados (BRITO; NUNES; YUASO, 2007). O Índice de Katz tem sido utilizado na avaliação de idosos residentes em comunidades e em instituições. É de fácil aplicabilidade e útil para evidenciar a dinâmica da instalação da incapacidade no processo de envelhecimento, estabelecer prognósticos, avaliar as demandas assistenciais, além de determinar a efetividade de tratamentos (NERI, 2005).

3.6.3 Escala *Burden Interview*

A escala *Burden Interview* foi desenvolvida por Steve Zarit e tem por finalidade apreciar a existência de sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador. Para isso, avalia o quanto as atividades do cuidado têm impacto sobre a vida social, o bem-estar físico e emocional e as finanças do cuidador (ZARIT; TODD; ZARIT, 1986). Sua versão original era constituída por 29 questões. Posteriormente, o número de itens dessa medida foi revisto e reduzido para 22, e ela foi adaptada e validada no Brasil por Scazufca (2002).

Sequeira (2010) ressalta a confiabilidade e as boas características psicométricas da *Burden Interview* para avaliar a sobrecarga associada ao cuidar e sugere que seja utilizada tanto em nível de prática clínica, como instrumento de diagnóstico, quanto como instrumento de monitorização ou avaliação de programas de intervenção voltados para o trato da sobrecarga em cuidadores informais.

No referido instrumento, cada item investigado é pontuado e obedece aos seguintes escores: nunca (0), raramente (1), algumas vezes (2), frequentemente (3), sempre (4), sendo que na última questão os escores são: nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (2), muito (3), extremamente (4). O escore global varia entre 0 e 88, e o maior deles corresponde a uma maior percepção de sobrecarga. Neste estudo, para

classificar o nível de sobrecarga evidenciado pelos cuidadores, foi utilizado o ponto de corte estabelecido por Hebert et al. (2000), no contexto internacional, e por Luzardo et al. (2006) e Gratão (2010) no cenário brasileiro. Desse modo, obedeceu-se à seguinte classificação: escores entre 61 e 88 indicam sobrecarga intensa; entre 41 e 60, sobrecarga de moderada a severa; entre 21 e 40, sobrecarga de moderada a leve; e escores inferiores a 21, ausência de sobrecarga.

3.7 Análise dos dados

Após a coleta, foi elaborado um banco de dados no programa EXCEL, contendo a codificação e um dicionário de todas as variáveis. Esse banco de dados foi alimentado empregando-se a técnica de validação por dupla entrada (digitação). Quando as informações presentes no banco de dados foram inconsistentes, o questionário foi localizado, e as correções, devidamente realizadas. Concluídas a digitação e a verificação da consistência dos dados, eles foram importados para o aplicativo SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) for Windows, versão 15.0 para análise. Os procedimentos estatísticos constaram de duas etapas: análise exploratória e análise confirmatória dos dados.

A análise exploratória foi realizada calculando-se as medidas de distribuição (média, desvio-padrão, frequência absoluta e frequência relativa), considerando as variáveis de interesse para a caracterização dos participantes do estudo.

Na etapa da análise confirmatória, foram construídas tabelas de contingência para as variáveis qualitativas e aplicado o teste Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) ou teste Exato de Fisher para identificar possível associação entre as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, clínicas e funcionais do idoso e variáveis sociodemográficas do cuidador, demanda de cuidado e suporte para o cuidado) e a variável dependente (sobrecarga do cuidador familiar). Para as variáveis quantitativas, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) ou o teste de Mann-Whitney, e para verificar a correlação entre essas variáveis, empregou-se o teste de Pearson ou o teste não paramétrico de Spearman. Foi considerado um nível de significância de 5%.

3.8 Procedimentos éticos

O projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba (Processo 679/10).

Convém enfatizar que o desenvolvimento da pesquisa foi norteado pela Resolução N° 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que diz respeito à normatização da pesquisa em seres humanos e assegura aos participantes do estudo informações acerca dos seus objetivos e do seu desenvolvimento, o anonimato, o respeito e o sigilo em relação às informações fornecidas e liberdade para desistir de participar da pesquisa em qualquer uma de suas fases. Para tanto, foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os idosos e para os cuidadores familiares (Apêndices I e II).

4 Resultados

4. RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas dos idosos dependentes

Tabela 2 – Distribuição dos idosos dependentes participantes do estudo, segundo a faixa etária, o estado civil, os serviços de saúde que utilizam e a relação de parentesco com o cuidador familiar, considerando-se os diferenciais por sexo - João Pessoa-PB, 2011

Perfil do idoso	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Feminino	%		
Idade	Média (DP)	77,61 (9,25)	Média (DP)	81,45 (9,17)	Média (DP)	79,75 (9,32)
60-64	2	8,7%	0	0,0%	2	3,8%
65-69	2	8,7%	3	10,3%	5	9,6%
70-74	4	17,4%	6	20,7%	10	19,2%
75-79	5	21,7%	3	10,3%	8	15,4%
80 anos ou mais	10	43,5%	17	58,6%	27	51,9%
Estado civil						
Solteiro(a)	2	8,7%	4	13,8%	6	11,5%
Casado(a)	15	65,2%	5	17,2%	20	38,5%
Divorciado(a)/desquitado(a)	1	4,3%	2	6,9%	3	5,8%
Separado(a)	0	0,0%	2	6,9%	2	3,8%
Viúvo(a)	5	21,7%	16	55,2%	21	40,4%
Serviço de saúde que utiliza						
SUS	17	73,9%	20	69,0%	37	71,2%
Convênio de saúde particular	5	21,7%	7	24,1%	12	23,1%
	1	4,3%	2	6,9%	3	5,8%
Quem é o cuidador						
cônjuge	12	52,2%	1	3,4%	13	25,0%
cônjuge e filho (s)	1	4,3%	1	3,4%	2	3,8%
somente com filho (s)	6	26,1%	17	58,6%	23	44,2%
outros	4	17,4%	10	34,5%	14	26,9%

Vale ressaltar que, entre os idosos pesquisados, houve maior prevalência de mulheres idosas (55,8%) – dado não mostrado na Tabela 2. No tocante às características sociodemográficas dos participantes do estudo, considerando-se diferenciais por sexo, expressas na referida tabela, observou-se que 27 (51,9%) têm idade de oitenta anos ou mais, sendo a idade média de 79,75 anos, a idade mínima, de 60 anos, e a máxima, de 96 anos. Verificou-se, ainda, que as mulheres obtiveram média de idade de 81,4 anos. Já a idade média dos homens foi de 77,6 anos.

Quanto ao estado civil, 21 idosos (40,4%) eram viúvos, 20 (38,5%), casados, seis (11,5%), solteiros, e os demais - três (5,8%) e dois (3,8%), respectivamente, eram divorciados e separados. Entre os idosos do sexo masculino, prevaleceram os casados (65,2%), enquanto que, entre as idosas, houve maior índice de viúvas – 16 (55,2%). No concernente aos serviços de saúde utilizados pelos idosos, 37 (71,2%) afirmaram utilizar o SUS, 12 (23,1%) recebem atendimento provido por profissionais conveniados por planos de saúde, e três (5,8%) usam a rede particular. Quanto ao cuidador familiar, houve um

predomínio de provisão de cuidado para o idoso realizado somente por filho(a): 23 (44,2%). No entanto, ao estratificar essa amostra por sexo, percebeu-se que a maioria dos idosos do sexo masculino - 12 (52,2%) – era cuidada pelos cônjuges, e as idosas, 17 (58,6%), por filho(as).

Tabela 3 – Distribuição dos idosos dependentes investigados, conforme sexo e arranjo familiar - João Pessoa-PB, 2011

Arranjo familiar	Sexo				Total	%
	Masculino	%	Feminino	%		
Quantas pessoas moram na casa	Média (DP)	3,91 (1,85)	Média (DP)	4,79 (1,78)	Média (DP)	4,40 (1,85)
2 pessoas	3	13,0%	2	6,9%	5	9,6%
3 pessoas	8	34,8%	5	17,2%	13	25,0%
4 pessoas	7	30,4%	8	27,6%	15	28,8%
5 pessoas	3	13,0%	6	20,7%	9	17,3%
6 pessoas	1	4,3%	1	3,4%	2	3,8%
7 pessoas ou mais	1	4,3%	7	24,1%	8	15,4%
Com quem mora						
Somente com o cônjuge	3	13,0%	1	3,4%	4	7,7%
Cônjuge e filho(s)	6	26,1%	1	3,4%	7	13,5%
Cônjuge, filho(s), genro ou nora	0	0,0%	1	3,4%	1	1,9%
Somente com filho(s)	1	4,3%	0	0,0%	1	1,9%
Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e neto)	6	26,1%	13	44,8%	19	36,5%
Outros	7	30,4%	13	44,8%	20	38,5%
Quem é o chefe						
Próprio idoso	6	26,1%	4	13,8%	10	19,2%
Cônjuge	6	26,1%	2	6,9%	8	15,4%
Filho(a)	6	26,1%	16	55,2%	22	42,3%
Outro familiar	5	21,7%	7	24,1%	12	23,1%
Formação do arranjo						
Idoso veio morar aqui	5	22,7%	15	51,7%	20	39,2%
Outras pessoas vieram morar com o idoso	8	36,4%	7	24,1%	15	29,4%
Não se aplica	9	40,9%	7	24,1%	16	31,4%
Filhos próprios	Média (DP)	3,22 (2,31)	Média (DP)	4,10 (3,23)	Média (DP)	3,71 (2,87)
Nenhum filho	3	13,0%	5	17,2%	8	15,4%
1 a 2 filhos	6	26,1%	6	20,7%	12	23,1%
3 a 5 filhos	10	43,5%	8	27,6%	18	34,6%
6 a 8 filhos	4	17,4%	7	24,1%	11	21,2%
9 filhos ou mais	0	0,0%	3	10,3%	3	5,8%

Conforme verificado na Tabela 3, o arranjo familiar dos idosos pesquisados tem as seguintes características: a média dos que coabitavam na mesma casa compreendeu 4,4 pessoas, em que predominou o arranjo idoso/filho e neto – 19 (36,5%), além de 20 (38,5%) idosos com arranjos compostos por outros parentes, como sobrinhos, primos e outros, por exemplo; o chefe ou responsável pela família era mais frequentemente filho(a) – 22 (42,3%), porém, 10 idosos (19,2%), apesar de apresentar alguma incapacidade, eram responsáveis pelas suas famílias; 20 (39,2%) foram morar na casa de familiares, na condição de parente, e 15 (29,4%) dos familiares passaram a morar com o idoso. A média de filhos, por idoso, foi de 3,71.

Considerando os diferenciais por sexo, na análise do arranjo familiar dos idosos, ressalta-se que, nos domicílios em que as mulheres habitavam, a média de corresidentes é maior (4,79) do que a observada na residência dos homens (3,91). Uma informação relevante diz respeito ao elevado número de mulheres que moravam em domicílios chefiados por filhos: 16 (55,2%). Nesse cenário, foi constatado que seis homens (26,1%) eram chefes da própria família, enquanto tal função era exercida apenas por quatro mulheres (13,8%).

Tabela 4 – Distribuição dos idosos dependentes, segundo escolaridade, sua renda mensal e da família e tipo de renda, relacionada ao sexo. João Pessoa-PB, 2011

Perfil social do idoso	Sexo				n	%
	Masculino	%	Feminino	%		
Quantos anos frequentou a escola	Média (DP)	6,62 (6,80)	Média (DP)	4,46 (5,53)	Média (DP)	5,39 (6,13)
Escolaridade (anos de estudo)						
Analfabeto	9	39,1%	13	44,8%	22	42,3%
0-4 anos	4	17,4%	2	6,9%	6	11,5%
5-8 anos	1	4,3%	11	37,9%	12	23,1%
9-11 anos	3	13,0%	1	3,4%	4	7,7%
12 ou mais anos	6	26,1%	2	6,9%	8	15,4%
Renda mensal						
Idoso	Média	R\$ 904,61	Média	R\$ 967,61	Média	R\$ 895,35
Até R\$ 500,00	2	8,7%	0	0,0%	2	3,8%
R\$ 501,00 - R\$ 1.000,00	15	65,2%	22	75,9%	37	71,2%
R\$ 1.001,00 - R\$ 1.500,00	2	8,7%	3	10,3%	5	9,6%
R\$ 1.501,00 - R\$ 2.000,00	2	8,7%	1	3,4%	3	5,8%
R\$ 2.001,00 ou mais	2	8,7%	2	6,9%	4	7,7%
Não respondeu	0	0,0%	1	3,4%	1	1,9%
Família (incluindo o idoso)	Média	R\$ 1.659,03	Média	R\$ 2.877,50	Média	R\$ 2.329,18
R\$ 500,00 - R\$ 1.000,00	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
R\$ 1.001,00 - R\$ 1.500,00	3	13,0%	4	13,8%	4	7,7%
R\$ 1.501,00 - R\$ 2.000,00	7	30,4%	5	17,2%	5	9,6%
R\$ 2.001,00 - R\$ 2.500,00	4	17,4%	5	17,2%	5	9,6%
R\$ 2.501,00 ou mais	4	17,4%	8	27,6%	8	15,4%
Não respondeu	5	21,7%	7	24,1%	7	13,5%
Tipo de renda do idoso						
Aposentadoria	22	95,7%	24	82,8%	46	88,5%
Pensão	2	8,7%	8	27,6%	10	19,2%
Aluguel	1	4,3%	5	17,2%	6	11,5%
Trabalho próprio	1	4,3%	2	6,9%	3	5,8%
Doações (família, amigos, instituições)	1	4,3%	4	13,8%	5	9,6%
Outras	2	8,7%	3	10,3%	5	9,6%

Os dados mostrados na Tabela 4 evidenciam que 22 (42,3%) dos idosos referiram ser analfabetos, sendo que essa prevalência de analfabetismo foi maior entre as mulheres: 13 (44,8%). Entre os escolarizados, observou-se uma média de 5,39 anos de estudo. Em relação à situação econômica, a maioria, 46 (88,5%), era aposentada. Quanto à renda individual do idoso, a média foi de R\$ 895,35. Ressalte-se que a média da renda das mulheres (R\$ 967,61) foi superior à dos homens (R\$ 904,61), tendo com fontes principais

aposentadoria (88,5%), pensão (19,2%) e aluguel (11,5%). A média da renda familiar, incluindo a do idoso, foi de R\$ 2.329,18.

4.2 Condições de saúde dos idosos

Em relação ao estado de saúde, os idosos apresentaram, mais frequentemente, os seguintes problemas: hipertensão arterial, 27 (52,9%); doença neurológica, 26 (51%); visão prejudicada, 22 (46,8%); incontinência urinária ou fecal, 20 (40%); audição prejudicada, 20 (38,5%); constipação, 19 (36,5%); artrite, 18 (35,3%); ansiedade, 13 (25,5%); problemas de coluna, 13 (25,5%); diabetes *mellitus*, 13 (25%); derrame cerebral, 13 (25%); osteoporose, nove (18,4%); doença cardíaca, oito (15,7%); doença gastrointestinal alta, oito (15,7%) e depressão, sete (14%), em que foram observadas as comorbidades. Dentre as doenças neurológicas, destacaram-se as demências e o mal de Parkinson.

Tabela 5 – Distribuição dos problemas de saúde dos idosos, autorreferidos ou informados pelos seus cuidadores familiares, relacionados ao sexo - João Pessoa-PB. 2011

Problemas de saúde*	Masculino	%	Feminino	%
Anemia	-	-	3	10,3%
Ansiedade	6	26,1%	7	24,1%
Artrite (reumatoide /osteoartrite)	3	13,0%	15	51,7%
Asma ou bronquite	8	34,8%	9	31,0%
Audição prejudicada	7	30,4%	13	44,8%
Câncer	7	30,4%	10	34,5%
Diabetes <i>Mellitus</i>	4	17,4%	9	31,0%
Depressão	2	8,7%	5	17,2%
Derrame	6	26,1%	7	24,1%
Doença cardíaca	4	17,4%	4	13,8%
Doença gastrointestinal alta	5	21,7%	3	10,3%
Doença vascular periférica	4	17,4%	2	6,9%
Doença neurológica	12	52,2%	14	48,3%
Hipertensão arterial	9	39,1%	18	62,1%
Incontinência urinária ou fecal	7	30,4%	13	44,8%
Obesidade	3	13,0%	1	3,4%
Osteoporose	1	4,3%	8	27,6%
Constipação	10	43,5%	9	31,0%
Problemas de coluna	5	21,7%	8	27,6%
Visão prejudicada	9	39,1%	13	44,8%
Outra doença	10	43,5%	10	34,5%

*Nota: A maioria dos idosos evidenciou mais de um problema de saúde.

Os dados expostos na Tabela 5 revelam que as mulheres apresentam mais problemas de saúde que os homens. Entre eles, destacam-se, consecutivamente: hipertensão arterial, 18 (62,1%); artrite, 15 (51,7%); doenças neurológicas, 14 (48,3%); incontinência urinária ou fecal, 13 (44,8%), e visão prejudicada, 13 (44,8%). Os problemas

de saúde mais evidentes nos homens foram: doenças neurológicas, 12 (52,5%); constipação, 10 (43,5%); visão prejudicada, nove (39,1%) e hipertensão arterial, nove (39,1%). Outro dado relevante foi que o índice de idosos homens - 10 (43,5%) - e de mulheres - 10 (39,5%) - portadores de problemas de saúde, categorizados como outras doenças, entre as quais, foram mencionadas alterações como: amputação de membros, insuficiência renal, cirrose hepática, pancreatite, infecção urinária, psoríase e esquizofrenia.

4.3 Desempenho cognitivo dos idosos dependentes participantes do estudo

Entre os idosos estudados, a média (desvio padrão) encontrada para o MEEM foi de 9,51 (10,29). Mediante o ponto de corte proposto por Bertolucci *et al.* (1994), foi possível averiguar que 36 idosos (69,23%) entrevistados apresentaram déficit cognitivo. Dentre eles, 22 (61,1%) estavam na faixa etária de oitenta anos ou mais. O estudo também evidenciou uma correlação estatisticamente significativa entre o desempenho cognitivo e a idade do idoso (p-valor 0,038). Quanto ao sexo, 20 mulheres (55,6%) e 16 homens (44,4%) apresentavam déficit cognitivo. No que se refere ao estado civil, entre os idosos que apresentaram déficit cognitivo, a maioria das mulheres (60%) era viúva, e 56,3% dos homens eram casados. No tocante à renda do idoso com déficit cognitivo, 46,15% referiram que possuem renda entre R\$ 501,00 e R\$ 1.000,00 reais, com média de R\$ 1.002,15.

No concernente a relação entre o nível educacional e o desempenho cognitivo dos idosos, o grupo de analfabetos entrevistados atingiu uma média de 6,59 pontos de escore; entre aqueles que estudaram de um a quatro anos, a média foi de 7,50 pontos; de cinco a oito anos, 3,67 pontos; os que estudaram de nove a onze anos obtiveram uma média de 16,25 pontos, e os que estudaram mais de doze anos, 9,50 pontos como média de escore. Dos que apresentaram déficit cognitivo, 16 (30,8%) eram analfabetos.

Quanto aos problemas de saúde referidos pelos idosos que apresentaram déficit cognitivo, observou-se que prevaleceram as seguintes enfermidades: doenças neurológicas, 25 (69,4%); incontinência urinária e/ou fecal, 17 (47,2%) e hipertensão arterial, 14 (38,9%). Houve uma associação estatisticamente significativa entre o desempenho cognitivo dos idosos e a presença de doença neurológica (p-valor 0,000), hipertensão arterial (p-valor 0,08), visão prejudicada (p-valor 0,030), diabetes *mellitus* (p-valor 0,037) e outras doenças (p-valor = 0,021).

4.4 Capacidade funcional dos idosos para a realização das atividades básicas da vida diária

Considerando que, neste estudo, um dos critérios de inclusão do idoso foi de que eles apresentassem incapacidade funcional física e/ou cognitiva e que precisassem de

cuidador no âmbito familiar, os dados referentes ao desempenho funcional dos participantes do estudo representam a gradação da inabilidade deles em executar as funções ou atividades básicas da vida diária, propostas pelo índice de Katz: tomar banho, vestir-se, fazer higiene pessoal, transferir-se, ter continência e alimentar-se. Nessa perspectiva, 25 idosos (48,1%) eram dependentes em todas as seis atividades. Desse grupo, 17 (68%) eram do sexo feminino, e oito (32%), do sexo masculino; 17 (68%) estavam na faixa etária de oitenta anos ou mais de idade; 12 (48%) eram viúvos; 13 (52%), analfabetos, e 20 (80%) tinham uma renda variável entre R\$ 501,00 e R\$ 1.000,00. Houve uma associação estatisticamente significativa entre a idade e o nível de capacidade funcional do idoso (p-valor = 0,022), cujo desempenho nas diferentes atividades pode ser observado na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos idosos, conforme nível de dependência nas funções ou atividades básicas da vida diária propostas pelo Índice de Katz - João Pessoa-PB. 2011

Atividades	Independência		Dependência Parcial		Dependência total	
	n	%	n	%	n	%
Banho	12	23,1%	10	19,2%	30	57,7%
Vestuário	10	19,2%	4	7,7%	38	73,1%
Higiene pessoal	13	25,0%	25	48,1%	14	26,9%
Transferência	17	32,7%	17	32,7%	18	34,6%
Continência	13	25,0%	25	48,1%	14	26,9%
Alimentação	12	23,1%	26	50,0%	14	26,9%

Conforme expressa a Tabela 6, os idosos investigados apresentaram importante comprometimento de sua capacidade funcional, pois 38 (73,1%) eram totalmente dependentes para se vestir; 30 (57,7%), totalmente dependentes para tomar banho; 18 (34,6%) não realizavam transferência e, do mesmo modo, 14 (26,9%) apresentavam dependência total em relação à higiene pessoal, à continência e à alimentação. Além disso, verifica-se dependência parcial significativa nas funções: alimentação, 26 (50,0%); continência, 25 (48,1%) e higiene pessoal, 25 (48%).

Considerando que há uma possível associação entre incapacidade funcional e morbidade referida (Tabela 7), verificou-se correlação estatisticamente significativa entre o nível de dependência dos idosos e a ansiedade (p-valor 0,002), doença vascular periférica (p-valor 0,003) e incontinência urinária e/ou fecal (p-valor 0,000). Quanto ao sexo, constatou-se relação estatisticamente significativa entre o nível de dependência dos idosos do sexo masculino e a artrite (p-valor 0,004) e doenças vasculares (p-valor 0,002). No sexo feminino, a associação entre o nível de dependência das idosas e a incontinência urinária foi estatisticamente significativa (p-valor 0,001).

Tabela 7- Associação entre a incapacidade funcional do idoso para realizar as atividades da vida diária e a morbidade referida - João Pessoa-PB, 2011

Morbidade	Dependente em todas as seis funções	Katz					p-valor
		Independente em uma função e dependente em cinco	Independente em duas funções e dependente em quatro	Independente em três funções e dependente em três	Independente em quatro funções e dependente em três	Independente em cinco funções e dependente em duas	
Anemia							
Sim	3	0	0	0	0	0	0,586
Não	20	6	6	6	5	4	
Ansiedade							
Sim	6	3	0	0	0	4	0,002
Não	18	3	6	6	5	0	
Artrite (reumatoide / osteoartrite)							
Sim	10	2	2	2	0	2	0,614
Não	14	4	4	4	5	2	
Asma ou bronquite							
Sim	1	0	0	0	0	0	0,954
Não	24	6	6	6	5	4	
Audição prejudicada							
Sim	10	3	3	2	1	1	0,877
Não	15	3	3	4	4	3	
Câncer							
Sim	1	0	0	0	0	0	0,95
Não	23	6	6	6	5	4	
Diabetes Mellitus							
Sim	6	0	1	1	3	2	0,216
Não	19	6	5	5	2	2	
Depressão							
Sim	4	1	0	0	1	1	0,737
Não	19	5	6	6	4	3	
Derrame							
Sim	9	3	0	1	0	0	0,116
Não	16	3	6	5	5	4	
Doença cardíaca							
Sim	4	0	2	1	0	1	0,587
Não	20	6	4	5	5	3	
Doença gastrointestinal alta							
Sim	6	0	1	0	0	1	0,44
Não	19	6	5	6	5	3	
Doença vascular periférica							
Sim	1	0	0	3	0	2	0,003
Não	24	6	6	3	5	2	
Doença neurológica (Parkinson / esclerose)							
Sim	16	4	2	0	2	2	0,07
Não	8	2	4	6	3	2	
Hipertensão arterial							
Sim	12	3	5	5	1	1	0,157
Não	12	3	1	1	4	3	
Incontinência urinária ou fecal							
Sim	18	2	0	0	0	0	0,000
Não	5	4	6	6	5	4	
Obesidade							
Sim	1	1	0	1	1	0	0,587
Não	24	5	6	5	4	4	
Osteoporose							
Sim	5	0	2	1	0	1	0,582
Não	17	6	4	5	5	3	
Constipação							
Sim	10	4	2	1	1	1	0,501
Não	15	2	4	5	4	3	
Problemas de coluna							
Sim	7	1	1	3	1	0	0,548
Não	17	5	5	3	4	4	
Visão prejudicada							
Sim	7	4	2	4	1	4	0,093
Não	13	2	4	2	4	0	
Outra doença							
Sim	7	3	4	2	3	1	0,475
Não	17	3	2	4	2	3	

4.5 Características dos cuidadores familiares dos idosos dependentes

Dentre os achados referentes às características dos cuidadores familiares dos idosos, verificou-se que, considerando o grau de parentesco, 26 (50%) eram filho(as); 14 (26,9%), cônjuges; três (5,8%), genro/nora; um (1,9%), neto e um (1,9%), cunhado. Os demais - sete (13,5%) - tinham outra relação de parentesco com o idoso. Quanto ao sexo, 50 (96,2%) eram mulheres, e apenas dois (3,8) eram homens. No tocante à idade dos cuidadores, a média (desvio padrão) foi de 52,62 (14,4%). Na distribuição da idade em faixas etárias, identificou-se que 12 (23,1%) tinham idade de até 40 anos; 12 (23,1%), de 41 a 50 anos; 11 (21,2%) estavam na faixa etária entre 51 e 60 anos; do mesmo modo, 11 (21,2%) tinham idade variável entre 61 a 70 anos; cinco (9,8%), de 71 a 80 anos, e um (1,9%), entre 81 e 90 anos.

Quanto ao estado civil dos cuidadores, 31 (60,8%) moram com o cônjuge, 10 (19,6%) nunca se casaram ou moraram com companheiros (as), oito (15,7%) eram separados/divorciados, e dois (3,9%) eram viúvos(as). No que diz respeito ao ambiente de vivência dos cuidadores/idosos, a pesquisa mostrou que 49 (94,2%) residiam no mesmo domicílio. No que se refere à escolaridade, observou-se que 24 (46,2%) estudaram de cinco a oito anos, 10 (19,2) frequentaram a escola por mais de 13 anos, seis (11,5%) tinham de um a quatro anos de estudo, e seis (11,5%), de nove a 12 anos. Entre os demais, três (5,8%) eram analfabetos, e três (5,8%) referiram saber ler e escrever informalmente.

No concernente às características dos cuidadores familiares relacionadas às questões específicas do cuidado, verificam-se as condições evidenciadas na tabela 8, com destaque para os seguintes resultados: 23 (44,2%) cuidadores consideram-se pouco, mas suficientemente informados sobre a doença do idoso, 24 (46,2%) também se dizem pouco, mas suficientemente informados sobre a necessidade de se cuidar do idoso, 50 (96,2%) afirmaram que não fizeram cursos sobre como cuidar do idoso, oferecido por instituição formal, assim como referiram que não receberam nenhum tipo de treinamento.

Quanto ao tempo de envolvimento no cuidado por parte dos cuidadores, mensurado em meses, a pesquisa mostrou uma média (desvio padrão) de 71,40 (58,20). No tocante ao número de dias da semana em que os cuidadores estavam envolvidos na provisão de cuidados, verificou-se uma média (desvio padrão) de 5,02 (0,641), destacando-se 46 (88,5%) deles que cuidavam do idoso cinco dias por semana. Considerando o número de horas diárias em que os cuidadores estavam dedicando-se ao cuidado, 29 (55,8%) expressaram que dedicam de treze horas ou mais por dia durante a semana, o que constitui uma média (desvio padrão) de 17,08 (10,33).

Tabela 8 - Distribuição das características dos cuidadores familiares de idosos dependentes quanto ao nível de conhecimento sobre saúde/doença e a necessidade de cuidar do idoso, instrução para o cuidado e tempo de envolvimento no papel de cuidador - João Pessoa-PB, 2011

Perfil do cuidador	n	%
Considera-se informado em relação à saúde/ doença do idoso		
Não	2	3,8%
Pouco e insuficiente	8	15,4%
Pouco, mas suficiente	23	44,2%
Bem	10	19,2%
Muito bem	9	17,3%
Considera-se informado quanto a como cuidar do idoso		
Não	2	3,8%
Pouco e insuficiente	7	13,5%
Pouco, mas suficiente	24	46,2%
Bem	11	21,2%
Muito bem	8	15,4%
Teve curso em instituição formal para cuidar de idosos		
Sim	2	3,8%
Não	50	96,2%
Teve algum tipo de treinamento		
Sim	2	3,8%
Não	50	96,2%
Há quanto tempo cuida do idoso (meses)	Média (DP)	71,40 (58,20)
0 a 6 meses	4	7,7%
7 a 12 meses	3	5,8%
13 a 24 meses	7	13,5%
25 a 32 meses	2	3,8%
33 a 56 meses	12	23,1%
57 a 68 meses	2	3,8%
69 meses ou mais	22	42,3%
Quantos dias durante a semana são dedicados para cuidar do idoso	Média (DP)	5,02 (0,641)
3 dias	2	3,8%
4 dias	1	1,9%
5 dias	46	88,5%
7 dias	3	5,8%
Quantas horas por dia da semana são dedicadas para cuidar do idoso	Média (DP)	17,08 (10,33)
Até 4 horas	6	11,5%
5 a 8 horas	8	15,4%
9 a 12 horas	9	17,3%
13 horas ou mais	29	55,8%

No referente ao suporte ou ajuda na provisão do cuidado, verificou-se a prevalência de filhos exercendo o papel de cuidador secundário e que a maioria dos cuidadores obteve mais ajuda para a atividade relacionada ao retorno do idoso às consultas (20; 38,4%). Dentre as atividades em que os cuidadores obtiveram menos auxílio destacam-se as relacionadas com atividade física (32; 61,5%) e fisioterapia (32; 61,5%) do idoso.

4.6 Sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos dependentes residentes no município de João Pessoa-PB

Para avaliar a sobrecarga dos cuidadores familiares, foi utilizada a Escala de Sobrecarga de Zarit – *Burden Interview Scale*. As respostas obtidas encontram-se dispostas na Tabela 9.

A classificação da sobrecarga, conforme já explicitado no capítulo 3, obedeceu-se aos seguintes escores: sobrecarga intensa (escore entre 61 e 88), sobrecarga moderada a severa (escores entre 41 e 60), sobrecarga moderada a leve (escores entre 21 e 40) e ausência de sobrecarga (escores inferiores a 21). Quanto maior a somatória dos escores, maior o nível de sobrecarga. Nesse sentido, a prevalência e a média de sobrecarga entre os cuidadores familiares de idosos dependentes envolvidos no estudo foram equivalentes a 84,6% e 31,00, respectivamente, sendo graduada nos seguintes níveis: sobrecarga moderada a leve (32; 61,5%), sobrecarga moderada a severa (12; 23,1%) e ausência de sobrecarga (8; 15,4%).

Tabela 9 – Distribuição das respostas dos cuidadores familiares de idosos dependentes frente às questões da Escala de Sobrecarga de Zarit - João Pessoa-PB, 2011

	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. O Sr/Sra sente que S pede mais do que necessita?	15	28,8%	12	23,1%	12	23,1%	4	7,7%	9	17,3%
2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o sr/sra gasta com S, o sr/sra não ter tempo suficiente para si mesmo?	6	11,5%	12	23,1%	9	17,3%	11	21,2%	14	26,9%
3. O Sr/Sra sente-se estressado(a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?	6	11,5%	4	7,7%	21	40,4%	11	21,2%	10	19,2%
4. O Sr/Sra sente-se envergonhado com o comportamento de S?	40	76,9%	4	7,7%	7	13,5%	0	-	1	1,9%
5. O Sr/Sra Sente-se irritado quando S está por perto?	37	71,2%	7	13,5%	8	15,4%	0	-	0	-
6. O Sr/Sra Sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?	35	67,3%	5	9,6%	9	17,3%	2	3,8%	1	1,9%
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?	7	13,5%	6	11,5%	22	42,3%	8	15,4%	9	17,3%
8. O Sr/Sra sente que S depende do sr/sra?	0	0,0%	0	-	6	11,5%	7	13,5%	39	75,0%
9. O Sr/Sra sente-se tenso(a) quando S está por perto?	37	71,2%	5	9,6%	4	7,7%	4	7,7%	2	3,8%
10. O Sr/Sra sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?	20	38,5%	4	7,7%	14	26,9%	8	15,4%	6	11,5%
11. O Sr/Sra Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por cuasa de S?	20	38,5%	12	23,1%	10	19,2%	4	7,7%	6	11,5%
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada por que o Sr/Sra está cuidando de S?	12	23,1%	5	9,6%	14	26,9%	12	23,1%	9	17,3%
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visita em casa, por causa de S?	32	61,5%	11	21,2%	9	17,3%	0	0,0%	0	-
14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele(a), como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?	5	9,6%	4	7,7%	8	15,4%	6	11,5%	29	55,8%
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?	12	23,1%	5	9,6%	20	38,5%	5	9,6%	10	19,2%
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?	27	51,9%	11	21,2%	10	19,2%	3	5,8%	1	1,9%
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de S?	34	65,4%	11	21,2%	4	7,7%	2	3,8%	1	1,9%
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?	38	73,1%	6	11,5%	6	11,5%	1	1,9%	1	1,9%
19. O Sr/Sra sente em dúvida sobre o que fazer por S?	16	30,8%	11	21,2%	18	34,6%	7	13,5%	0	-
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?	28	53,8%	10	19,2%	11	21,2%	2	3,8%	1	1,9%
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?	28	53,8%	12	23,1%	7	13,5%	4	7,7%	1	1,9%
22. De uma maneira geral, quanto se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S*?	9	17,3%	11	21,2%	15	28,8%	15	28,8%	2	3,8%

Burden Interview (ZARIT; ZARIT, 1987). Tradução e validação para o português (SCAZUFCA, 2002)

Respostas correspondem: nunca (0), raramente (1), algumas vezes (2), frequentemente (3), sempre (4).

*No item 22 as respostas são: nem um pouco (0), um pouco (1), moderadamente (2), muito (3), extremamente(4).

S* = idoso.

4.6.1 Associação da sobrecarga dos cuidadores familiares com características dos idosos dependentes

Ponderando-se sobre esses dados, verificaram-se maiores médias de sobrecarga entre os cuidadores familiares que prestavam cuidados aos idosos cujas características sociodemográficas foram as seguintes: idade de 70 a 74 anos (39,00); sexo masculino (32,26); casados (32,65); usuários do SUS (31,49); cônjuges do receptor de cuidados (média 37,00 e p-valor 0,046); renda mensal de até quinhentos reais (39,00); baixo nível de escolaridade, de zero a quatro anos de estudos (média de sobrecarga 33,33); renda mensal de até quinhentos reais (39,00). Verificou-se associação estatisticamente significativa (p-valor 0,001) entre a média de sobrecarga dos cuidadores familiares e aposentadoria como fonte de renda do idoso.

Ademais, conforme expõe a Tabela 10, identificou-se uma possível associação da situação de sobrecarga com características do arranjo familiar do idoso que, na maioria dos casos, também dizia respeito ao cuidador familiar. Considerando esse aspecto, os resultados mostraram que houve uma sobrecarga maior entre aqueles que prestavam cuidado para idosos que coabitavam com quatro pessoas na mesma casa (33,33), que moravam com o cônjuge, filho(s), genro ou nora (43,00) e que chefiavam ou eram responsáveis pela sua própria família (39,80). Houve correlação estatisticamente significativa (p-valor 0,046) entre a média de sobrecarga do cuidador e o responsável pela residência do idoso dependente. Verificou-se, ainda, que a média de sobrecarga do cuidador familiar era maior entre os idosos que receberam outras pessoas para morar com eles (31,67), entre aqueles que têm arranjo familiar composto por membros que habitam desde sempre entre si (34,50), seja por ocasião do matrimônio e/ou por causa do nascimento de filhos. Quanto ao número de filhos, houve uma média de sobrecarga maior entre os idosos que tinham de três a cinco filhos (34,38).

Tabela 10- Distribuição das médias de sobrecarga dos cuidadores familiares relacionadas ao arranjo familiar dos idosos - João Pessoa-PB, 2011

Arranjo familiar do idoso	Média sobrecarga (DP)	p-valor*
Quantas pessoas moram na casa		
2 pessoas	30,20 (15,80)	0,232
3 pessoas	33,31 (7,99)	
4 pessoas	33,33 (12,86)	
5 pessoas	32,89 (11,15)	
6 pessoas	14,00 (1,41)	
7 pessoas ou mais	25,50 (7,46)	
Com quem mora		
Somente com o cônjuge	32,75 (17,01)	0,843
Cônjuge e filho(s)	32,43 (11,48)	
Cônjuge, filho(s) genro ou nora	43,00 (0,00)	
Somente com filho(s)	32,00 (0,00)	
Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e neto)	31,68 (12,86)	
Outros	28,85 (9,06)	
Quem é o chefe		
Próprio idoso	39,80 (11,40)	0,046
Cônjuge	28,63 (13,82)	
Filho(a)	29,64 (9,01)	
Outro familiar	27,75 (10,76)	
Formação do arranjo		
Idoso veio morar aqui	28,20 (10,71)	0,250
Outras pessoas vieram morar com o idoso	31,67 (10,80)	
Não se aplica	34,50 (12,11)	
Filhos próprios		
Nenhum filho	29,25 (8,79)	0,462
1 a 2 filhos	31,08 (11,43)	
3 a 5 filhos	34,38 (12,99)	
6 a 8 filhos	28,00 (8,61)	
9 filhos ou mais	26,00 (15,39)	

Considerando as condições clínicas e funcionais do idoso, verificaram-se médias de sobrecarga maiores entre os cuidadores que dispensavam cuidados aos idosos com maior número de comorbidades (32,34) e com déficit cognitivo (31,72). Do mesmo modo, o prejuízo na capacidade funcional contribuiu para a ocorrência da sobrecarga, conforme demonstra a Tabela 11. Na análise dessa variável, verifica-se, ainda, que tanto maior o nível de dependência do idoso no desempenho das atividades básicas, maior a média de sobrecarga entre os cuidadores. Considerando as atividades básicas, individualmente, e sua relação com o fenômeno sob análise, nota-se uma associação estatisticamente significativa entre a sobrecarga e a assistência na alimentação, p-valor 0,04, média 34,92 e DP 11,90.

Tabela 11 – Associação entre incapacidade funcional para as ABVD dos idosos dependentes e a sobrecarga dos cuidadores familiares, segundo associação com sobrecarga e as categorias ordinais da Escala de Sobrecarga de Zarti - João Pessoa-PB, 2011

Atividades básicas	Sobrecarga			Média da sobrecarga (DP)	p-valor
	Ausência de sobrecarga	Sobrecarga moderada a leve	Sobrecarga moderada a severa		
Banho					
Não recebe assistência;	1	8	3	31,17 (10,97)	0,855
Assistência para uma parte do corpo;	1	7	2	32,70 (13,46)	
Não toma banho sozinho.	6	17	7	30,37 (10,94)	
Vestuário					
Veste-se sem assistência;	4	4	2	28,10 (12,94)	0,089
Assistência para amarrar os sapatos;	1	3	0	21,00 (4,32)	
Assistência para vestir-se.	3	25	10	32,82 (10,78)	
Higiene pessoal					
Vai ao banheiro sem assistência;	3	7	3	27,69 (11,44)	0,178
Recebe assistência para ir ao banheiro;	2	17	6	34,00 (11,43)	
Não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas.	3	8	3	28,71 (10,08)	
Transferência					
Deita, levanta e senta sem assistência;	3	8	6	33,71 (14,64)	0,454
Deita, levanta e senta com assistência;	2	12	3	30,47 (9,56)	
Não levanta da cama.	3	12	3	28,94 (8,98)	
Continência					
Controle esfinteriano completo;	3	7	3	29,23 (14,29)	0,578
Acidentes ocasionais;	2	18	5	32,72 (9,72)	
Supervisão, uso de cateter ou incontinente.	3	7	4	29,57 (11,12)	
Alimentação					
Sem assistência;	3	7	2	25,85 (9,98)	0,04
Assistência para cortar carne/manteiga no pão;	2	17	7	34,92 (11,90)	
Com assistência, ou sondas, ou fluidos EV	3	8	3	28,79 (10,27)	

4.6.2 Associação entre sobrecarga, características dos cuidadores e suporte na provisão de cuidados

As características sociodemográficas dos cuidadores familiares que estiveram associadas com maiores médias de sobrecarga foram: grau de parentesco cônjuge (média e DP de 34,77 - 9,13); idade compreendida entre 81 e 90 anos (média 35,00 e DP 0,00); sexo feminino (média 30,13 e DP 10,51); morar com o(a) companheiro(a) (31,57; 11,12) e com o idoso (média 30,89 e DP 10,07); saber ler e escrever informalmente (média 34,00 e DP 10,81) e não possuir ajuda de cuidador secundário (média 34,62 e DP 11,74). Foi evidenciada correlação estatisticamente significativa entre a média de sobrecarga e o grau de escolaridade do cuidador. Do mesmo modo, o nível de conhecimento dos cuidadores, em relação à saúde/doença e à necessidade de cuidado do idoso, instrução para o cuidado e

tempo de envolvimento no papel, também constituíram determinantes de sobrecarga (Tabela 12).

Tabela 12 - Distribuição das características dos cuidadores familiares de idosos dependentes, quanto ao nível de conhecimento sobre a saúde/doença e a necessidade de cuidar do idoso, instrução para o cuidado e tempo de envolvimento no papel de cuidador, segundo a média de sobrecarga - João Pessoa-PB, 2011

Perfil do cuidador	N	%	Média sobrecarga (DP)	p-valor*
Considera-se informado em relação à saúde/ doença do idoso				
Não	2	3,8%	33,00 (1,41)	0,937
Pouco e insuficiente	8	15,4%	31,13 (13,82)	
Pouco, mas suficiente	23	44,2%	29,76 (11,38)	
Bem	10	19,2%	31,10 (9,96)	
Muito bem	9	17,3%	28,00 (7,15)	
Considera-se informado quanto a como cuidar do idoso				
Não	2	3,8%	40,50 (12,02)	0,207
Pouco e insuficiente	7	13,5%	26,43 (12,32)	
Pouco, mas suficiente	24	46,2%	32,14 (11,23)	
Bem	11	21,2%	28,82 (9,03)	
Muito bem	8	15,4%	26,63 (6,25)	
Teve curso em instituição formal para cuidar do idosos				
Sim	2	3,8%	29,50 (10,63)	0,850
Não	50	96,2%	30,08 (0,70)	
Teve algum tipo de treinamento?				
Sim	2	3,8%	30,23 (10,57)	0,527
Não	50	96,2%	26,00 (4,24)	
Há quanto tempo cuida do idoso (meses)?				
	Média (DP)	71,40 (58,20)		
0 a 6 meses	4	7,7%	22,00 (10,61)	0,361
7 a 12 meses	3	5,8%	33,33 (21,22)	
13 a 24 meses	7	13,5%	27,00 (7,68)	
25 a 32 meses	2	3,8%	31,50 (4,94)	
33 a 56 meses	12	23,1%	31,33 (10,99)	
57 a 68 meses	2	3,8%	15,00 (0,00)	
69 meses ou mais	22	42,3%	34,81 (10,32)	
Quantos dias durante a semana são dedicados para cuidar do idoso?				
	Média (DP)	5,02 (0,641)		
3 dias	2	3,8%	33,00 (33,94)	0,111
4 dias	1	1,9%	26,00 (0,00)	
5 dias	46	88,5%	31,56 (9,69)	
7 dias	3	5,8%	16,00 (3,60)	
Quantas horas por dia da semana são dedicadas para cuidar do idoso?				
	Média (DP)	17,08 (10,33)		
Até 4 horas	6	11,5%	34,33 (14,27)	0,697
5 a 8 horas	8	15,4%	26,12 (12,95)	
9 a 12 horas	9	17,3%	30,33 (6,59)	
13 horas ou mais	29	55,8%	31,86 (11,41)	

Nos achados descritos na Tabela 12, identificaram-se como condições colaboradoras de sobrecarga nos cuidadores familiares as apresentadas a seguir: cuidadores que não se consideravam informados em relação à saúde/doença e como cuidar do idoso - média 33,00 e DP 1,41, e média 40,50 DP 12,02, respectivamente; que não fizeram curso para cuidar de idosos em instituição formal - média 30,08 e DP 0,70; que cuidavam do idoso há 69 meses ou mais - média 34,81 e DP 10,32; que dedicavam três dias da semana para cuidar do idoso

- média 33,00 e DP 33,94; provisão de cuidado quatro horas por dia durante a semana - média 34,33 e DP 14,27.

Tabela 13 - Distribuição relativa ao suporte ou ajuda na provisão de cuidado aos idosos dependentes, associação com sobrecarga entre os cuidadores familiares - João Pessoa-PB, 2011

Atividade	Ajuda para cuidar do idoso								P-valor*
	Não		Às vezes		Sempre/ Quase sempre		Não se aplica		
	n (%)	Média sobrecarga (DP)	n (%)	Média sobrecarga (DP)	n (%)	Média sobrecarga (DP)	n (%)	Média sobrecarga (DP)	
<i>Higiene corporal</i>	18 (34,6%)	34,0 (12,7)	15 (28,8%)	34,8 (10,7)	18 (34,6%)	25,2 (7,7)	1 (1,9%)	23,0 (0,0)	0,035
<i>Higiene oral</i>	25 (48,0%)	31,8 (12,5)	16 (30,7%)	35,8 (9,1)	10 (19,2%)	22,5 (5,4)	1 (1,9%)	23,0 (0,0)	0,022
<i>Eliminações</i>	23 (44,2%)	31,9 (12,5)	19 (36,5%)	33,8 (10,4)	9 (17,3%)	23,4 (5,6)	1 (1,9%)	23,0 (0,0)	0,111
<i>Cuidados com a pele</i>	21 (40,3%)	33,4 (11,8)	18 (34,6%)	31,5 (11,4)	12 (23,0%)	26,0 (9,5)	1 (1,9%)	28,0 (0,0)	0,339
<i>Alimentação</i>	20 (38,4%)	31,6 (12,1)	18 (34,6%)	34,9 (10,7)	13 (25,0%)	24,8 (8,6)	1 (1,9%)	28,0 (0,0)	0,098
<i>Medicação</i>	22 (42,3%)	33,3 (11,9)	17 (32,6%)	34,5 (10,3)	13 (25,0%)	22,8 (6,1)	0 (0%)	-	0,004
<i>Sono e repouso</i>	30 (57,6%)	31,8 (11,9)	13 (25,0%)	34,8 (10,1)	8 (15,3%)	21,8 (5,1)	1 (1,9%)	28,0 (0,0)	0,067
<i>Atividade física</i>	32 (61,5%)	34,0 (11,3)	6 (11,5%)	30,5 (9,3)	6 (11,5%)	23,5 (4,3)	8 (15,3%)	24,7 (12,0)	0,052
<i>Lazer</i>	30 (57,6%)	34,2 (9,7)	9 (17,3%)	31,0 (12,9)	10 (19,2%)	20,6 (6,8)	3 (5,7%)	33,6 (16,2)	0,008
<i>Serviço de fisioterapia</i>	32 (61,5%)	33,6 (11,0)	6 (11,5%)	30,0 (8,5)	8 (15,3%)	23,1 (10,8)	6 (11,5%)	28,1 (11,9)	0,101
<i>Retorno às consultas</i>	15 (28,8%)	31,7 (11,8)	15 (28,8%)	37,0 (10,2)	20 (38,4%)	27,0 (10,5)	2 (3,8%)	25,5 (3,5)	0,059

* ANOVA

Conforme expõe a Tabela 13, os cuidadores familiares obtiveram menor suporte para cuidar do idoso dependente para as atividades relacionadas ao exercício físico (32; 61,5%) e ao serviço de fisioterapia (32;61,5%). Por sua vez, houve maior suporte para a atividade referente ao retorno do idoso às consultas (20; 38,4%). No concernente à sobrecarga do cuidador, os resultados descritos na referida tabela indicam uma associação estatisticamente significativa entre a média da sobrecarga do cuidador, com o suporte ou não para as seguintes atividades: higiene corporal (p-valor 0,035), higiene oral (p-valor 0,022), medicação (p-valor 0,004) e lazer (0,008).

5. DISCUSSÃO

Nesse tópico, apresenta-se a discussão dos resultados do estudo relacionados à caracterização dos idosos dependentes e dos seus cuidadores familiares, assim como os aspectos envolvidos na sobrecarga evidenciada por esses cuidadores.

5.1 Características sociodemográficas dos idosos dependentes

Na pesquisa “Condições de vida, saúde e envelhecimento: um estudo comparado”, da qual esse estudo faz parte, observou-se que, na população estudada (240 idosos), 21,6% dos idosos apresentam alguma incapacidade funcional e, por conseguinte, necessidade de cuidador familiar. Essa proporção é semelhante, ou próxima, à de outros estudos que estimaram a prevalência de cuidadores, formais e informais, em populações idosas (GRUNDY, 2003; GIACOMIN *et al.*, 2005; GRATÃO, 2010; FHON, 2011). Esse resultado também corrobora a importância de se realizarem novos estudos, com vistas a se compreenderem, com mais profundidade, as necessidades específicas desse grupo de idosos e de suas famílias.

Considerando a idade, no presente estudo, pode-se afirmar que houve prevalência (51,9%) de idosos com capacidade funcional prejudicada, entre aqueles com idade igual ou superior a 80 anos. Esse mesmo resultado foi encontrado em outras pesquisas, cujo objeto foi a mesma temática (MARTINS *et al.*, 2007; INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008; FERNANDES; GARCIA, 2009c; RESENDE *et al.*, 2008; GRATÃO, 2010). Isso se justifica, em especial, pelo fato de esses idosos acumularem, mais frequentemente, morbidades incapacitantes. Para Camarano (2006), o aumento da população de idosos acima de oitenta anos de idade expressa a inter-relação entre a tríade expectativa de vida, incapacidade funcional e demanda de cuidado sobre os sistemas de suporte, especialmente sobre o informal.

Outro aspecto evidenciado neste estudo foi o predomínio do sexo feminino entre os idosos, sobretudo entre os “idosos mais idosos”. Outros estudos encontraram resultados semelhantes, no que se refere à maior prevalência do sexo feminino na população de idosos dependentes (GARRIDO; MENEZES, 2004; THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005; RODRIGUES; WANTANABE; DERNTL, 2006; MARTINS *et al.*, 2007; INOUE; PEDRAZZANI; PAVARINI, 2008; PEDRAZZI *et al.*, 2010; SALGUEIRO; LOPES, 2010; DUCA; THUME; HALLAL, 2011). Sob o ponto de vista de Lima-Costa e Camarano (2008), a proporção do contingente feminino é mais expressiva quanto mais idoso for o segmento, fato que se explica por causa do estilo de vida e da mortalidade diferencial por sexo.

A despeito disso, Caldas (2003) ressalta que o fenômeno da “feminização da velhice” ou a maior longevidade feminina pode ser proveniente das diferenças na exposição a fatores de risco de trabalho, mortes por causas externas (acidentes, homicídios), que ocorrem numa proporção quatro vezes maior entre homens do que em mulheres no Brasil. Existem, ainda, fatores como: consumo de bebidas, tabaco e produtos químicos, que levam ao aumento da mortalidade masculina. Ampliando essa análise, Ribeiro *et al.* (2010) referem que diferenças de gênero podem estar associadas às diferenças nos biomarcadores do envelhecimento, associadas ao estilo de vida pessoal, como prática de atividade física, alimentação rica em vitaminas, proteínas e fibras, consultas preventivas ao médico ou, por outro lado, a aspectos prejudiciais, como obesidade, etilismo e tabagismo, que podem variar entre homens e mulheres.

De acordo com Lloyd-Sherlock (2004), mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela tem um forte componente de gênero. Nesse contexto, as mulheres idosas experimentam maior probabilidade de ficarem viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa, uma vez que a maioria das idosas de hoje não possuiu trabalho remunerado durante a sua vida adulta. Tal realidade pode ser modificada, uma vez que as mulheres adultas de hoje e, idosas de amanhã, vivenciam uma realidade diferente. No presente estudo, percebeu-se um número maior de idosas viúvas, enquanto que, entre os idosos do sexo masculino, prevaleceram os casados. No entanto, quanto à situação econômica deles, as mulheres apresentaram uma renda maior (R\$ 967,61) do que os homens (R\$ 904,61), embora com pequena diferença, sendo a aposentadoria a principal fonte de renda.

Quanto à média da renda *per capita* da família, incluindo o idoso, esta foi de R\$ 2.329,18. É importante destacar que grande parte dos idosos entrevistados vive em arranjos trigeracionais ou outros tipos de arranjo, que incluem sobrinhos, noras, genros e outros parentes, o que contribui para o acúmulo de mais de uma renda no domicílio. Assim sendo, quanto maior o número de pessoas coabitando com o idoso, maiores são os gastos e as despesas no domicílio.

Alguns estudiosos afirmam que é na parcela mais pobre da população que se encontra a maioria dos idosos incapacitados. Nesse contexto há uma relação entre os piores níveis de educação e o rendimento com a dependência do idoso e, conseqüentemente, com a necessidade de cuidador (CAMARANO *et al.*, 1999; GIACOMIN *et al.*, 2005). O estudo de Giacomini *et al.* (2005) verificou uma associação negativa independente entre a renda familiar e a necessidade de cuidadores entre os idosos. Vale ressaltar que a dificuldade financeira é um agravante do estresse do cuidador e da família, e os cuidadores de baixa renda e de pacientes com elevado grau de dependência são os mais afetados. A situação de dependência do idoso gera impacto na dinâmica, na economia

familiar e na saúde dos membros da família que se ocupam dos cuidados (MARTINS *et al.*, 2011). Sendo assim, uma das principais dificuldades encontradas para o desempenho do cuidado com o idoso dependente é a escassez de recurso financeiro, pela dificuldade de obter recursos materiais, o que pode gerar angústia no cuidador, pois ele visa oferecer o melhor para o seu familiar idoso (CREUTZBERG, 2000; THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

No tocante ao estado civil dos idosos, verifica-se, no Brasil e, também, no contexto mundial, uma grande discrepância entre os sexos. Em consonância com Paschoal, Franco e Salles (2007), mais de três quartos dos idosos vivem em companhia de cônjuge, enquanto que dois terços das idosas são viúvas, solteiras ou separadas. Nesse contexto, os autores destacam que, para cada homem viúvo, existem 3,6 viúvas, e que alguns fatores contribuem substancialmente para tal desigualdade, a saber: a maior longevidade feminina, a tendência, cristalizada culturalmente, a união de homens com mulheres mais jovens e o fato de que mulheres enviuvadas apresentam maior resistência à nova união conjugal.

No referente à escolaridade, os resultados apontam para um déficit de anos de estudos ou de acesso a estudos entre os idosos entrevistados, haja vista que a maioria referiu ser analfabeta (42,3%). De acordo com o Censo 2000, 41,1% da população brasileira acima de sessenta anos tinha essa característica (IBGE, 2006). Pereira *et al.* (2006), em estudo sobre a qualidade de vida dos idosos no município de Teixeira, Minas Gerais, identificaram que 71,1% dos entrevistados tinham menos de quatro anos de estudo, considerados analfabetos funcionais.

A prevalência de analfabetismo entre as mulheres (44,8%) foi maior do que a observada entre os homens. Alguns estudos têm referido que o analfabetismo na população idosa é muito frequente. Berquó (1996) afirma que, entre os anos de 1950 e 1993, 40% dos idosos e 48% das idosas se declararam analfabetos. Na última década do presente século, pesquisa desenvolvida por Moraes (2007), na zona rural do Rio Grande do Sul, evidenciou que 58,8% dos idosos mais velhos referiram ser analfabetos, e os melhores índices de escolaridade foram encontrados entre os do sexo masculino. Do mesmo modo, no estudo realizado por Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2008), os idosos do sexo masculino apresentaram maior nível de instrução, quando comparados com as mulheres, e todos os que tinham curso superior completo também eram do sexo masculino.

O melhor desempenho educacional dos homens idosos tem sido explicado, na literatura, pelo fato da organização social, especialmente até os anos setenta do século passado, cenário em que as mulheres idosas de hoje foram socializadas, ter dificultado o acesso à educação aos mais pobres e às mulheres. A cultura não valorizava a educação

escolar para as mulheres, que eram preparadas para ser boas esposas, mães e donas de casa (FELICIANO; MORAES, 2004; MENEZES; LOPES, 2007).

Ainda no concernente à escolaridade dos idosos, estudiosos têm evidenciado que o menor nível educacional está associado com o pior *status* funcional e maior risco para incapacidade cognitiva (STUCK *et al.*, 1999; GAUTHIER, 2001). Os resultados apontados nos estudos realizados por Giacomini *et al.* (2005) e Gratão (2010) são consistentes com essa observação: em ambos os estudos, a escolaridade foi uma condição forte, negativa e independentemente associada à necessidade de cuidador por parte do idoso.

Quanto ao arranjo familiar, antes de se produzir uma análise sobre os resultados obtidos nesta investigação, alinha-se ao pensamento de Camarano *et al.* (2004) de que os aspectos inerentes aos arranjos familiares são complexos e difíceis de ser analisados. Pontuada tal reflexão, destaca-se que a maioria dos idosos pesquisados referiu viver com outros integrantes da família (38,5%), dentre eles, genro, nora, sobrinhos e agregados, bem como, em arranjos trigeracionais (36,5%), que incluem o idoso, filhos e netos. No tocante ao número de pessoas que coabitam com o idoso, verificou-se uma média de 4,4 pessoas. Dentre aqueles que afirmaram viver apenas com o cônjuge ou com ele e filho(s), houve maior prevalência entre os homens idosos; as mulheres, por sua vez, vivem mais frequentemente em arranjos multigeracionais.

No estudo realizado por Duarte, Lebrão e Lima (2005), há uma tendência masculina de residir com o cônjuge ou os filhos, ou somente com o cônjuge, demonstrando a existência de um maior potencial de ajuda para os homens do que para as mulheres. As idosas, por outro lado, foram mais acolhidas em arranjos multigeracionais, provavelmente pela contribuição que podem oferecer, por exemplo, para o cuidado com os netos.

Ramos (2002) ressalta que os arranjos multigeracionais, mais do que uma opção sociocultural, podem se mostrar como uma forma de sobrevivência dos idosos brasileiros. Nesse contexto, os seus membros se ajudam na busca do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de “conflito cooperativo” (CAMARANO *et al.*, 2004). De modo geral, os idosos residentes nesses domicílios tendem a ser mais pobres e a terem mais problemas de saúde e mais dependência do que a média de idosos.

De acordo com Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006), as famílias continuam sendo a principal fonte de sustento dos idosos e as primeiras que os ajudam quando necessário. Dão apoio social, funcional, econômico, material e afetivo. Essa assistência toma formas de ajuda nas tarefas domésticas, no banho, na higienização e na companhia, com apoio afetivo, transporte, cuidados com a medicação, dentre outras. Corroborando tal assertiva,

Camarano *et al.* (2004) salientam que a família é vista como a fonte de apoio informal mais importante para os idosos. Em alguns países, é a única alternativa de apoio.

Duarte, Lebrão e Lima (2005) destacam que, com a saída dos mais jovens do ambiente familiar, o número de famílias que agregam três ou quatro gerações diminui. Mudanças nos padrões de mortalidade, fecundidade e nupcialidade e a presença, cada vez mais frequente, de divórcios e famílias de estilo alternativo, também afetam o equilíbrio entre as necessidades dos indivíduos e a disponibilidade real de auxílio. Entretanto, outros estudiosos (HAYS, 2002; CAMARANO *et al.*, 2004) ressaltam que, na atual conjuntura socioeconômica, muitos filhos estão voltando a residir na casa dos pais, em decorrência de questões financeiras, quase sempre acompanhados de suas novas famílias e com demandas diferenciadas. Apesar disso, parcela significativa dos idosos (39,2%) referiu ter ido morar com familiares ou parentes. De acordo com Pedrazzi *et al.* (2010) a necessidade de auxílio, seja físico, afetivo ou financeiro, tem feito com que muitos idosos deixem de viver de forma independente para irem morar com suas famílias.

Também se constatou que as famílias em que os idosos dependentes estavam inseridos são chefiadas majoritariamente pelos filhos (42,3%). Vale ressaltar a significativa participação do idoso do sexo masculino chefiando a própria família, enquanto os domicílios onde as mulheres habitavam eram chefiados, mais frequentemente, pelos filhos. Evidencia-se assim que os homens conseguiram manter sua autonomia e autoridade familiar mais do que as mulheres.

5.2 Condições de saúde dos idosos

No contexto dos estudos sobre envelhecimento, a morbidade e a capacidade funcional têm sido os principais indicadores de saúde analisados, uma vez que acarretam importantes implicações na qualidade de vida do idoso. Lima-Costa e Vera (2003) destacam que essas morbidades são, em geral, crônicas e múltiplas, perduram por vários anos, demandam mais serviços de saúde e exigem cuidados permanentes.

A despeito disso, Caldas (2003) ressalta que o aumento de anos vividos pelos idosos brasileiros tem propiciado o surgimento de maior número de problemas de saúde de longa duração, que podem gerar incapacidades e causar dependência, com ônus crescente sobre o idoso, a família e o sistema de saúde. Projeções indicam que, aproximadamente, 80% das pessoas acima de 65 anos apresentam ao menos um problema crônico de saúde, e 10% dessas têm, no mínimo, cinco desses problemas (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007), condição verificada nesta investigação, pois 19,2% dos idosos nela envolvidos

referiram quatro problemas de saúde, seguidos de 17,3%, que mencionaram cinco desses problemas.

Quanto às morbidades mais frequentemente referidas pelos idosos dependentes e/ou cuidadores familiares, foram: hipertensão arterial, doença neurológica, incontinência urinária e/ou fecal, outras doenças, como artrite, diabetes *mellitus* e derrame cerebral. Entre as doenças neurológicas, destacaram-se as demências, especialmente a do tipo Alzheimer, e o mal de Parkinson. Em relação ao sexo, as mulheres apresentam mais problemas de saúde do que os homens. Esse resultado expressa a prevalência de morbidades com tendências à cronicidade e a limitações contínuas e progressivas, especialmente entre os idosos mais idosos. Tal realidade se assemelha a resultados de outros estudos (PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007; FHON, 2011).

No que concerne às doenças de caráter crônico, as demências constituem as mais importantes causas de incapacidade entre os idosos, sendo o problema de saúde mental que mais cresce em importância e número, com estimativas que indicam um aumento na incidência anual - 0,6%, na faixa dos 65 aos 69 anos, e 8,4%, naqueles com mais de 85 anos. Sua prevalência aumenta exponencialmente com a idade, passando de 5%, entre os que têm mais de sessenta anos, para 20%, naqueles com idade superior a oitenta anos (ABREU; FORLENZA; BARROS, 2005; VERAS *et al.*, 2007).

De acordo com a OMS, a demência contribui para 11,2% dos anos vividos com incapacidade nas pessoas com sessenta anos ou mais, superior ao acidente vascular encefálico (9,5%), à doença cardiovascular (5%) e a todas as formas de câncer (2,4%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Existe consenso entre pesquisadores de que o mal de Alzheimer (DA) é responsável por 50 a 60% dos casos de demência na população de idosos. Trata-se de uma doença neurodegenerativa, que começa, geralmente, com perda de memória, acompanhada de outros sintomas cognitivos, como afasia, apraxia e agnosia, ocasionando prejuízos sobre a funcionalidade ocupacional e/ou social do idoso (LOGIUDICE, 2002; GRATÃO, 2006).

Além da demência, especialmente a do tipo Alzheimer, os idosos também expressaram, com significativa prevalência, problemas de saúde como: doenças cardiovasculares, mais especificamente, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. A hipertensão arterial é a mais frequente das doenças crônicas não transmissíveis e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal, um importante fator de risco para a demência vascular (NEDER; BORGES, 2006). Assim sendo, a hipertensão arterial é uma morbidade relevante, do ponto de vista de saúde pública, não somente pela

alta prevalência entre idosos, mas, principalmente, devido às suas complicações. Giacomini *et al.* (2005) salientam que a hipertensão arterial é uma condição tratável, que pode aumentar a vulnerabilidade do idoso, demandando, assim, ajuda de familiares.

Embora o diabetes *mellitus* também esteja associado à alta morbimortalidade entre os idosos, sua prevalência é menos frequente que a da hipertensão arterial, que é responsável por importantes complicações que repercutem na vida do idoso, a saber: lesões de nervos, disfunções circulatórias, necrose e amputações de membros, deficiências visuais, insuficiência renal, entre outros (Schmidt *et al.*, 2009).

O derrame cerebral, também conhecido como acidente vascular cerebral, referido pelos idosos, consiste numa das principais causas de internações, mortalidade e deficiências na população brasileira. Conforme O'Sullivan (2004), estima-se que, após a incidência do derrame cerebral, cerca de 30% a 40% dos indivíduos apresentam alguma deficiência ou incapacidade significativa, que requer cuidados especiais, na maioria das vezes, fornecidos pela família.

Outra morbidade relevante entre os idosos é a incontinência urinária. Embora essa condição não seja inerente apenas ao processo natural de envelhecimento, Reis (2003) afirma que o envelhecimento fisiológico interfere na capacidade funcional das vias urinárias inferiores e da bexiga, favorecendo o surgimento da incontinência, especialmente entre as mulheres. Associada a isso, as comorbidades também favorecem o seu surgimento. As consequências que a incontinência urinária pode gerar no indivíduo compreendem problemas psicológicos (ansiedade, sentimentos como solidão, culpa e humilhação), além de restrições no convívio social e sexual. No âmbito físico, podem causar eventos como: dermatite amoniacal, odor característico, propensão a úlceras de decúbito, infecção urinária e quedas (BORBA *et al.*, 2008).

O processo fisiológico do envelhecimento parece estar relacionado também ao aparecimento de outras doenças entre os idosos, entre elas, a artrite. Segundo Carvalho Filho (2007), as alterações musculoesqueléticas relacionadas à idade afetam os ossos, as articulações e os músculos da pessoa idosa. Essas alterações têm impacto significativo na vida dessas pessoas e, a depender da evolução, podem afetar significativamente a capacidade funcional, resultando em perda da independência.

5.3 Desempenho cognitivo dos idosos dependentes participantes do estudo

A avaliação do desempenho cognitivo dos idosos foi realizada por meio da aplicação da escala de Miniexame do Estado Mental (MEEM). O ponto de corte utilizado foi o sugerido por Bertolucci *et al.* (1994), conforme explicitado no capítulo dois.

De acordo com Bertolucci *et al.* (1994), o nível educacional é um fator importante na determinação do desempenho no MEEM. Em pesquisa realizada por esses autores, os indivíduos analfabetos tiveram desempenho inferior quando comparados com os que tinham escolaridade formal. Eles enfatizam que não existem no MEEM apenas itens que demandam uma educação formal, mas, também, aqueles em que se esperava que não houvesse interferência do nível educacional. Nesse contexto, no processo de validação e adaptação cultural do MEEM, proposto por Folstein *et al.* (1975), no cenário brasileiro, os autores constataram a influência da escolaridade do indivíduo sobre seu desempenho cognitivo, alertando quanto ao uso de um único escore para uma população heterogênea como a do Brasil.

O MEEM tem sido utilizado em ambientes clínicos e em pesquisas, para a detecção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e no monitoramento de resposta a tratamentos (LOURENÇO; VERAS, 2006). Charchat-Fichman *et al.* (2005) ressaltam a importância do rastreamento e do diagnóstico precoce de declínio cognitivo, uma vez que esse diagnóstico possibilita a intervenção terapêutica precoce e, conseqüentemente, em alguns casos, retarda o desenvolvimento do processo demencial, diminui os níveis de estresse para os familiares, reduz o risco de acidentes e prolonga a autonomia do indivíduo frente a essa situação.

Neste estudo, 69,23% dos idosos evidenciaram déficit cognitivo e foi verificada a prevalência entre idosos do sexo feminino, com idade igual a oitenta anos ou maior e com baixa escolaridade, o que guarda consonância com achados de outros estudos (LEBRÃO; LAURENTI, 2005; LOURENÇO; VERAS, 2006; RIBEIRO *et al.*, 2010; GRATÃO, 2010; ROSSET *et al.*, 2011). Na análise dessa variável, detectou-se, ainda, uma associação estatisticamente significativa entre o prejuízo no desempenho cognitivo e a idade avançada (p-valor 0,32).

Alguns autores têm destacado a idade, o sexo e os aspectos socioeconômicos, especialmente a renda e o nível educacional, como fatores influentes sobre o desempenho cognitivo do indivíduo (DOURADO *et al.*, 2005; ARGIMON; STEIN, 2005). No concernente à idade dos idosos com déficit cognitivo, Maciel e Guerra (2007) ressaltam que, com o avançar da idade, ocorre, naturalmente, um conjunto de alterações morfofuncionais que

levam o indivíduo a um processo contínuo e irreversível de desestruturação orgânica, que comprometem a capacidade física e cognitiva do idoso. Isso implica dizer que, de um modo geral, quanto maior a idade do indivíduo, maiores as chances de declínio cognitivo.

No que diz respeito ao nível de escolaridade, vários estudos têm relatado que o baixo desempenho cognitivo é influenciado pela escolaridade (BERTOLUCCI *et al.*, 1994; HERRERA *et al.*, 2002; SOTOLONGO *et al.*, 2004; FOSS; VALE; SPECIALI, 2005). Corroborando essa observação, Machado *et al.* (2007) identificaram uma associação entre a escolaridade e o declínio cognitivo. Neste estudo, o maior grau escolaridade atuou como fator de proteção para a função cognitiva. Alguns estudiosos têm afirmado que, quanto mais jovem for o indivíduo e quanto maior seu nível de escolaridade, maior é o escore final do MEEM e, por conseguinte, melhor seu desempenho cognitivo (LAKS *et al.*, 2003; LEBRÃO; LAURENTI, 2005; SOTOLONGO *et al.*, 2004).

No concernente ao sexo dos idosos que apresentaram déficit cognitivo, prevaleceu o sexo feminino (55,6%). Como já referido, as mulheres constituem a maior parte da população idosa mundial e vivem, em média, sete anos a mais do que os homens (RIBEIRO *et al.*, 2002). Camarano e Yazaki (2002), ao avaliar as condições de vida em que as mulheres estão expostas, destacam, entre outros aspectos, que, além de apresentarem, de modo geral, menor nível de escolaridade, estão mais sujeitas a transtornos mentais do que os homens, numa proporção de 12,39% e 8%, respectivamente. Tais aspectos exercem influência sobre o seu desempenho cognitivo.

Ribeiro *et al.* (2010) destacam o fato de as mulheres apresentarem baixa renda como preditor de déficit cognitivo. De acordo com esses autores, menor renda é um fator relacionado ao pouco acesso a estímulos relevantes, ao desenvolvimento de repertórios mais restritos e ao desenvolvimento de senso de autoeficácia mais baixo, ao longo de toda a vida. Nesse sentido, a população feminina pode apresentar um perfil de menor estimulação e, conseqüentemente, menor preservação da capacidade cognitiva na velhice.

Nessa perspectiva, Gratão (2010) destaca a importância do contexto socioeconômico e cultural sobre a cognição, uma vez que idosos que habitam em países mais desenvolvidos podem ser favorecidos por escolaridade mais alta, renda e estilo de vida mais favorável ao desenvolvimento de reserva cognitiva, bem como a sua manutenção na velhice.

Conforme Foss, Vale e Speciali (2005), o papel da cultura e da educação na avaliação do desempenho cognitivo não é claramente distinto. Segundo os autores, a cultura parece selecionar os estímulos que devem ser aprendidos e memorizados por causa do papel que exercem no desenvolvimento de habilidades adaptativas e de sobrevivência. A educação, por sua vez, representada pelo total de anos de escolaridade, é uma variável de

fácil aferição, que gera diferenças nas estratégias cognitivas empregadas e pode ser vista como um instrumento básico, utilizado na interação com as pessoas e necessário para a obtenção de conhecimentos sobre o mundo ao seu redor, e que, de certa forma, centraliza e interage com outras variáveis demográficas, como raça, condição socioeconômica, cultura, nível de inteligência, comportamento e fatores ambientais, que influenciam os resultados em testes para triagem de demência.

Em relação ao estado conjugal, percebeu-se que quase todos os idosos com déficit cognitivo eram viúvos. Tal resultado se assemelha aos observados em outros estudos (ARGIMON; STEIN, 2005; MORAIS; RODRIGUES; SOUZA, 2009; ROSSET *et al.*, 2011). Entretanto, ao estratificar essa amostra por sexo, verificou-se a mesma tendência entre as mulheres idosas (60% das que tinham déficit cognitivo eram viúvas), enquanto que, entre os homens, a grande parte com déficit cognitivo (53,6%) declarou ser casado. Vale destacar que, independentemente de apresentarem déficit cognitivo, verificou-se, nesse estudo, maior prevalência de casados entre os idosos do sexo masculino.

Alguns estudiosos evidenciam a associação entre o luto decorrente da viuvez a um maior risco de transtorno mental entre os idosos (XAVIER *et al.*, 2002; BENNETT, 1998; BYRNE; RAPHAEL, 1994; ZISOOK; SCHUCHTER, 1993). Segundo Trentini *et al.* (2009), há grande probabilidade de que o impacto e a fragilidade acarretada pelo processo de luto, em decorrência da viuvez, sejam significativos sobre aspectos como depressão, cognição e reação emocional. Em contrapartida, Steen *et al.* (2001) observaram a ocorrência de idosos não casados com alto desempenho cognitivo, justificando esse evento pelo fato de que não ter cônjuge ou companheiro levaria a um maior engajamento nos diversos aspectos sociais da vida, o que lhes permitiria benefícios cognitivos.

É importante destacar que, entre os idosos participantes deste estudo que apresentaram baixo desempenho cognitivo, 48,1% referiram que têm alguma doença neurológica. Foi verificada forte correlação estatística entre ter ou não doença neurológica (especialmente demências) com o desempenho cognitivo do idoso (p-valor 0,00), além de outros problemas de saúde: hipertensão arterial (p-valor 0,08), visão prejudicada (p-valor 0,030), diabetes *mellitus* (p-valor 0,037) e outras doenças (p-valor 0,021). Desse modo, a elevada prevalência da doença de Alzheimer e de outras demências, associada ao baixo nível de escolaridade dos idosos, pode estar relacionada à maior proporção de idosos com déficit cognitivo neste estudo.

5.4 Capacidade funcional dos idosos para a realização das atividades básicas da vida diária

A capacidade funcional consiste na habilidade de desempenhar as atividades cotidianas de forma independente. O Índice de Katz, utilizado neste estudo, propicia uma descrição sumária da capacidade de autocuidado do idoso, que possibilita a identificação de fatores de risco e monitoramento da evolução clínica de diferentes problemas de saúde. Nessa perspectiva, constitui-se, também, num importante preditor de saúde e qualidade de vida, uma vez que possibilita a preservação da autonomia e independência do idoso.

Diante do fenômeno do envelhecimento populacional e, sobretudo, do aumento da população de idosos mais longevos, estudos sobre a (in)capacidade funcional têm sido desenvolvidos, com o intuito de avaliar como os idosos estão vivendo os anos adicionais de vida. A incapacidade funcional traz repercussões para a vida do idoso e de seus familiares, uma vez que limita a sua autonomia na execução das atividades de vida diária, e isso resulta em prejuízos para sua qualidade de vida e aumento da demanda de cuidado, especialmente para a família (BONARDI *et al.*, 2007). Estudos têm comprovado a associação entre a perda da capacidade funcional e a predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, isolamento social, depressão, morte e problemas de mobilidade. Além disso, a presença da incapacidade funcional no idoso está associada, ainda, a complicações ao longo do tempo, que geram demanda de cuidados de longa permanência, o que pode ocasionar sobrecarga familiar (TORRES *et al.* 2009).

Brito, Nunes e Yuaso (2007) enunciam que as perdas ou as inabilidades para o desempenho das atividades básicas da vida diária (ABVDs) ocorrem numa sequência previsível e hierárquica: banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se. Em contrapartida, a recuperação das atividades perdidas, quando possível, faz-se de maneira inversa, isto é, alimentar-se, ter continência etc.

No presente estudo, a maioria dos idosos (48,1%) referiu dependência (parcial ou total) nas seis atividades avaliadas por meio do Índice de Katz. Desses idosos que apresentaram dependência nessas atividades, a maioria tinha as seguintes características: é do sexo feminino, com faixa etária de oitenta anos ou mais, são viúvos, analfabetos e percebem baixa renda. Entre essas características, a que evidenciou associação significativa estatisticamente (p-valor 0,022) com incapacidade funcional foi a idade de oitenta anos ou mais.

No que se refere à idade, Maciel e Guerra (2007) asseveram que o envelhecimento humano, como integrante do ciclo biológico da vida, provoca, naturalmente, um conjunto de

alterações morfofuncionais, que levam o indivíduo a um processo contínuo e irreversível de desestruturação orgânica. Nesse contexto, em idades mais avançadas, as limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais, assim como o surgimento de doenças crônicas intensificam-se, ocasionando prejuízos na capacidade funcional desses indivíduos (FIEDLER; PERES, 2008).

Além dos aspectos fisiológicos e patológicos do envelhecimento, os eventos pessoais, sociais e econômicos de cada indivíduo exercem importante influência em sua capacidade funcional na velhice. Pesquisas têm evidenciado que comportamentos relacionados ao estilo de vida (tabagismo, etilismo, baixos níveis de atividade física, estresse etc) influenciam o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis. Na presença dessas doenças, os domínios sociodemográficos, o ambiente físico e social, as condições da doença e o suporte social são variáveis explanatórias dos efeitos limitantes da doença de longa permanência na vida dos idosos (MINOSSO *et al.*, 2010; RABELO; NERI, 2005; PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005). Dentre as morbidades apontadas pelos idosos com maior nível de incapacidade funcional, predominaram as doenças vasculares e neurológicas, especialmente o mal de Alzheimer e a incontinência urinária e/ou fecal. Verificou-se, ainda, a partir da correlação estatística, que a classificação do nível de dependência do idoso aumentou quando na presença de ansiedade, doença vascular e incontinência urinária e/ou fecal.

Schneider, Marcolin e Dalacorte (2008) também constataram uma associação significativa entre a incidência de incapacidade funcional, incontinência urinária e déficit cognitivo. Em concordância com os autores, a incontinência urinária pode afetar até 30% dos idosos, e a prevalência de déficit cognitivo nesses indivíduos aumenta substancialmente o risco de déficit no desempenho de suas atividades de vida diária.

Em relação ao status socioeconômico, pesquisas demonstram que as disparidades em renda e educação aparecem como os mais importantes fatores sociodemográficos para explicar diferenças no risco de incapacidade funcional entre os idosos (PARAHYBA; MELZER, 2004; ALVES; LEITE; MACHADO, 2010). Rosa *et al.* (2003) verificaram que os idosos com baixo nível de escolaridade (apenas leem e escrevem e analfabetos) apresentaram chance cerca de cinco vezes maior de ter dependência moderada/grave. Porell e Miltiades (2002) ressaltam que a desigualdade de renda, muitas vezes, decorrente da baixa escolaridade, pode ocasionar efeitos contextuais ou extraindividuais, no ambiente social, que afetam a saúde.

Corroborando a assertiva ora descrita, Fieldes e Peres (2008) afirmam que, de forma geral, idosos com renda mais baixa apresentam piores condições de saúde, de função física e menor acesso e/ou uso do serviço de saúde. Ademais, a percepção que as pessoas têm

de sua situação econômica e a falta de segurança que podem sentir em relação ao pequeno poder aquisitivo de que dispõem aumentam as chances de perda da autonomia.

Ao se investigar possível relação entre o nível de dependência e o sexo do idoso, verificou-se maior prevalência de dependência entre as mulheres, o que confirmado com os resultados de outros estudos (NAKATANI *et al.*, 2003; GIACOMIN *et al.*, 2008; PARAHYBA; SIMÕES, 2006; FIEDLER; PERES, 2008; NUNES *et al.*, 2009), que têm destacado que as mulheres não desenvolvem incapacidade funcional com mais frequência do que os homens, mas sobrevivem mais tempo do que eles com as suas limitações.

De acordo com Murtagh e Hubert (2004), algumas hipóteses são levantadas para explicar essa diferença, entre elas: maior prevalência de condições incapacitantes não fatais entre as mulheres (osteoporose, osteoartrite e depressão, por exemplo) e mais habilidade para reportar maior número de condições de saúde em relação aos homens da mesma faixa etária. Fabrício *et al.* (2004) ressaltam, ainda, que, com envelhecimento, as mulheres perdem mais massa muscular e massa óssea do que os homens. Esse fator é responsável pela diminuição de sua capacidade funcional.

Quando considerado o estado civil, observou-se o predomínio de incapacidade funcional entre os viúvos. De acordo com Nunes *et al.* (2009), a viuvez pode levar o idoso a uma situação de isolamento, menos preocupação com a saúde e influenciar negativamente sua capacidade funcional. Assim sendo, a perda de um ente querido poderá gerar um impacto negativo na saúde e na qualidade de vida do idoso.

No contexto desta investigação, considerando o tipo de atividade proposta pelo Índice de Katz, identificou-se que os idosos expressavam maiores níveis de dependência para as atividades de se vestir e tomar banho. Duca *et al.* (2009) verificaram que a incapacidade funcional se destacou entre os idosos, quando considerou o controle das funções de eliminação, seguida pelas atividades de vestir-se e tomar banho. Ao considerar a rede hierárquica das atividades, a partir da qual foi construído o Índice de Katz, que leva em consideração o nível de dificuldade, a atividade de tomar banho encontra-se como a primeira, seguida da de vestir-se.

5.5. Características dos cuidadores familiares de idosos dependentes

A família tem sido apontada, na literatura, como a principal fonte de apoio e de cuidado com os idosos. Ao proporcionar cuidados, os membros das famílias de idosos com incapacidade funcional (física e/ou cognitiva) cumprem normas socioculturais fundamentais para a continuidade da sociedade. Nessa perspectiva, a atribuição do papel do cuidador a

alguns membros, e não, a outros, não tem sido feita de forma arbitrária, mas obedecendo às normas sociais que envolvem o grau de parentesco com o idoso (com prioridade para cônjuge e filhos), gênero (com predominância de mulheres), proximidade física (principalmente aqueles que vivem com o idoso) e proximidade afetiva (NERI; SOMMERHALDER, 2006; QUEIROZ, 2010).

Em relação ao grau de parentesco do cuidador com o idoso, Braz e Ciosak (2009) entendem que os laços de afetividade provenientes dos laços de consanguinidade existentes determinam o apoio de membros familiares ao seu ente necessitado, mesmo que em detrimento de sua qualidade de vida. No presente estudo, prevaleceu o número de filhos (26; 50%) exercendo a função de cuidadores, seguido pelos cônjuges (14; 26,9%). Tal achado é contrário ao encontrado na maioria dos estudos que tratam desse assunto, posto que aponta o cônjuge como o cuidador familiar prioritário, seguido pelos filhos. Vale ressaltar que, neste estudo, observou-se maior prevalência de idosos dependentes viúvos, o que implica menor número de cônjuges.

Neri e Sommerhalder (2006) destacam que, na vida familiar, há uma hierarquia de compromisso em relação ao cuidado: em primeiro lugar, o papel de cuidador é assumido pela esposa e, em seguida, pela filha solteira ou que vive sozinha. Raramente o cuidado é exercido por outro parente, uma pessoa jovem ou um homem. Em segundo lugar, na hierarquia do compromisso, na ausência da esposa, surgem os descendentes da segunda geração. Nesse caso, a candidata mais provável é a filha mais velha, frequentemente de meia-idade, casada e com filhos jovens. Dando continuidade a essa hierarquia, vem a filha viúva, depois, a solteira, também de meia-idade, com ou sem filhos. As autoras ressaltam ainda que, além das normas sociais, a elegibilidade para o papel de cuidador segue a norma de quem está mais disponível ou mais bem preparado.

Em se tratando do cuidar, a literatura tem apontado as dívidas de reciprocidade, alguns legados e transmissões geracionais como fatores imprescindíveis na escolha ou na determinação do cuidador principal. Nesse contexto, o dever moral da responsabilidade filial tem sido identificado como propulsor do compromisso assumido pelos filhos para a provisão de cuidados ao idoso dependente. Esse dever é fundamentado na reverência, débito de gratidão ou reciprocidade dos filhos, bem como nos sentimentos de amizade e de amor (NERI; CARVALHO, 2002; SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

O desempenho do cuidado exercido pelos cônjuges, por sua vez, está, sobretudo, relacionado ao compromisso feito por ocasião do matrimônio, quando são identificados contratos, promessas e marcas de uma época em que a maioria dos casais se manteria

juntos até a morte, passando a perceber o ato de cuidar como uma consequência normal, intrínseca ao próprio matrimônio (BRAZ; CIOSAK, 2009).

A média de idade dos cuidadores familiares deste estudo foi de 52,62 anos, o que está em consonância com os achados de outras pesquisas (SCAZUFCA et al., 2002; AMENDOLA *et al.*, 2008; FONSECA; PENNA; SOARES, 2008; FERNANDES; GARCIA, 2009c; GRATÃO, 2010). Evidenciou-se que a maioria dos cuidadores encontra-se na faixa etária adulta, de meia-idade, o que pode estar relacionado ao elevado número de filhos que exercem essa função ou de cônjuges do sexo feminino, que tendem a ser mais jovens do que seus companheiros. No concernente ao sexo, os resultados mostram substancial proporção de mulheres exercendo o papel de cuidadoras familiares (96,2%), corroborando os resultados de outros estudos (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006; SOUZA *et al.*, 2009; FONSECA, PENNA E SOARES, 2008; INOUE, PEDRAZZANI, PAVARINI, 2008; FERNANDES; GARCIA, 2009a; FERNANDES; GARCIA, 2009c; BRAZ; CIOSAK, 2009; MARTINS *et al.*, 2011).

A despeito disso, Neri e Sommerhalder (2006) referem que a atribuição de papéis e tarefas de cuidar seguem normas culturais que esperam da mulher a organização da vida familiar, o cuidado com os filhos e com os idosos e tudo o que está relacionado com a casa. De acordo com Romanelli (2000), as responsabilidades assumidas pelas mulheres com o cuidado familiar já se encontram dentro do repertório simbólico de regras familiares. Contemporaneamente, apesar da emancipação feminina e da sua crescente presença no mercado de trabalho, a mulher ainda tende a assumir os cuidados com o ambiente doméstico e com a saúde de seus membros, desde as crianças até os idosos e familiares dependentes.

Corroborando essa assertiva, Freire (2001), ao analisar estudos referentes ao processo de socialização e ao desenvolvimento de papéis ligado ao gênero, observa que, desde a infância, a criança aprende as qualidades, as atitudes e os comportamentos vinculados ao seu sexo biológico e desenvolve um esquema contendo aquilo que é prescrito como adequado ao seu próprio gênero. Nesse contexto, espera-se que a mulher se dedique mais às tarefas domésticas e à família, especialmente aos familiares doentes e incapacitados.

Embora muitos estudiosos continuem destacando a elevada proporção de mulheres exercendo o cuidado de idosos incapacitados, outros têm registrado a crescente participação dos homens nesse papel. Nesse contexto, Gratão (2010) observou, em seu estudo, que 13,6% dos cuidadores eram do sexo masculino. Lopes e Marcon (2009) verificaram, em sua pesquisa, que 21,4% dos cuidados eram desenvolvidos por homens,

sendo que, em todos os casos, o familiar dependente era esposa/mãe e na família imediata não existia nenhuma mulher que pudesse assumir essa função.

No presente estudo, verificou-se que apenas 3,8% dos cuidadores familiares eram do sexo masculino. Convém mencionar, no entanto, que participaram desta pesquisa apenas cuidadores familiares principais. A despeito disso, a literatura assinala a participação maciça de homens desempenhando muito mais o papel de cuidadores secundários do que de cuidadores principais. Nesse cenário, Neri e Carvalho (2002) salientam que os homens estão mais envolvidos com cuidados secundários ou terciários, como auxílio material, participação em atividades externas, como cuidar dos interesses econômicos dos idosos, e colaboração em tarefas de ajuda instrumental que implica deslocá-los. Neste estudo, a maioria dos cuidadores secundários eram filhos dos idosos dependentes, porém, uma parcela considerável não tinha esse tipo de cuidador.

Em relação ao estado conjugal, a maioria dos cuidadores familiares referiu morar com esposo(a) ou companheiro(a). Nesse contexto, a presença de um companheiro pode implicar benefícios, pelo apoio emocional e instrumental, assim como pode provocar atritos familiares, quando o compromisso assumido pelo cuidador não é bem aceito por seu companheiro.

Uma proporção substancial de cuidadores familiares mencionou morar como o idoso (94,2%), o que está de acordo com resultados de outros estudos (GARRIDO; MENEZES, 2004; PAULA; ROQUE; ARAUJO, 2008; FERNANDES; GARCIA, 2009C; GRATÃO, 2010; SALGUEIRO; LOPES, 2010). Na análise dessa realidade, Gratão (2010) salienta que a coresidência do cuidador com o idoso dependente pode ser vista como favorável para ele, visto que suas demandas de cuidado podem ser atendidas prontamente. Em contrapartida, o cuidador pode visualizar essa situação de forma negativa, por causa da grande exposição aos efeitos do processo de cuidar que a vivência proporciona.

No concernente à escolaridade, 46,2% dos cuidadores têm de cinco a oito anos de estudos. Esse resultado contraria o que foi encontrado na maioria das pesquisas, em que se verifica baixo nível de escolaridade entre os cuidadores (MARTINS *et al.*, 2007; FERNANDES; GARCIA, 2009c; GRATÃO, 2010).

Vale ressaltar a relação significativa entre o grau de escolaridade e o nível de conhecimento necessário para o desempenho do cuidado, que envolve desde conhecimentos necessários para a realização das atividades instrumentais básicas de cuidado, até aqueles relativos ao diagnóstico, ao prognóstico e às complicações das enfermidades dos idosos dependentes. A despeito disso, quando indagados se se consideravam informados sobre a saúde e/ou doença do idoso e de como cuidar dele, a

maior parte dos cuidadores deste estudo responderam que pouco, mas suficiente. A grande proporção referiu ainda, não ter tido qualquer tipo de treinamento ou curso em instituição formal para cuidar de idosos.

Embora o cuidador tenha importante participação no modelo assistencial de saúde domiciliar, a maior parte da população de cuidadores informais ainda carece de informações e de suporte necessário à assistência (CERQUEIRA; OLIVEIRA, 2002; GARRIDO; MENEZES, 2004), o que se constitui fator de risco para a qualidade do cuidado prestado, bem como para a manutenção da qualidade de vida do próprio cuidador. Martins *et al.* (2007) observaram que as cuidadoras envolvidas em sua pesquisa não tinham nenhuma formação para cuidar de idosos e faziam uso de conhecimentos proveniente de suas experiências prévias, de informações já adquiridas, fossem empíricas ou não, que se diferenciavam conforme o seu nível de escolaridade e de acordo com suas experiências.

Considerando esses aspectos, estudos têm evidenciado a relevância do papel dos profissionais de saúde para a promoção de capacitações e treinamentos direcionados aos cuidadores familiares de idosos dependentes. Piccini *et al.* (2006) discorrem, entretanto, que o trabalho desses profissionais é solitário e desgastante, ao considerar os poucos recursos financeiros e tecnológicos, o grande número de pessoas a serem cuidadas e o baixo investimento em capacitação e recursos humanos e materiais para fazer frente às demandas desses cuidadores. Esses fatores podem contribuir para a não implementação das políticas e dos programas destinados à atenção em saúde de pessoas idosas, vistas a complexidade e a cronicidade que envolvem o cuidado com o idoso.

Em relação à demanda de cuidado, os cuidadores deste estudo dedicam, em média, cinco dias da semana e dezessete horas por dia para cuidar dos idosos. A dedicação de maior tempo ao idoso está relacionada à maior disponibilidade do cuidador familiar. Os cuidadores que têm menos compromissos familiares (cuidar de filho, netos) e que não têm trabalhos profissionais dispõem de maior tempo para cuidar do idoso, o que, de modo geral, favorece-o, mas pode ocasionar tensão ou sobrecarga nos cuidadores.

No que se refere ao suporte ou ajuda na provisão do cuidado, a maioria dos cuidadores obteve mais ajuda para atividade relacionada ao retorno do idoso às consultas. Isso implica dizer que o suporte foi mais presente para atividades menos instrumentais e com menores níveis de dificuldade. São atividades comumente realizadas por cuidadores secundários. Por outro lado, verificou-se que os cuidadores familiares tiveram menos suporte para cuidar do idoso nas atividades que exigem mais esforços físicos, a exemplo da realização de atividade física e de fisioterapia.

5.6 Sobrecarga dos cuidadores familiares dos idosos dependentes

A sobrecarga dos cuidadores familiares tem sido avaliada, tanto no âmbito nacional quanto no internacional, mediante a aplicabilidade da escala de Zarit. Essa escala apresenta 22 itens que avaliam o quanto as atividades do cuidado têm impacto sobre a vida social, o bem-estar físico e emocional e sobre as finanças do cuidador. Neste estudo, foi empregada a versão da escala de Zarit de zero a quatro pontos, que apresenta um escore total, que varia de zero a 88 pontos, bem como o seguinte ponto de corte para diagnóstico de sobrecarga: escores entre 61 e 88 – sobrecarga intensa; entre 41 e sessenta pontos – sobrecarga moderada a severa; entre 21 e quarenta pontos – sobrecarga moderada a leve; e escores inferiores a 21 pontos – ausência de sobrecarga.

A média total de sobrecarga do cuidador familiar, na presente pesquisa, foi de 31,00 pontos. Considerando a gradação do fenômeno sob análise, verificou-se que 61,5% dos cuidadores expressavam sobrecarga de moderada a leve, semelhante aos achados de outros estudos (GARRIDO; MENEZES, 2004; AMENDOLA *et al.*, 2008; LLACH *et al.*, 2004; FRANÇOIS *et al.*, 2006; GRATÃO, 2010); 23,1% evidenciavam sobrecarga de moderada a severa, e 15,4% não manifestavam sobrecarga.

No concernente aos itens da Escala de Zarit, verificou-se, entre os cuidadores, maior proporção da resposta “nunca se sente sobrecarregado”, para as questões relacionadas a sentir-se envergonhado com o comportamento do idoso, ao fato de que gostaria de deixar que outra pessoa cuidasse do idoso e de sentir-se irritado ou tenso quando o idoso está por perto. Tais resultados parecem estar relacionados aos laços de cumplicidade, afeição, reciprocidade e respeito, na relação entre os cuidadores e seus familiares dependentes.

De acordo com Laham (2003), a proximidade e o tipo de relação afetiva existente entre o cuidador e o paciente anteriormente à doença contribuem com o processo de inserção e adaptação do cuidador a esse papel. Nesse cenário, quando o cuidado é dispensado por um familiar próximo, existe a tendência de que essa atividade seja mais bem administrada, de modo que a ligação preexistente de carinho, amor e atenção permita que o cuidado ocorra sem que seja permeado por sentimentos negativos.

Já a situação em que houve maior prevalência de cuidadores que responderam “sempre se sentir sobrecarregado”, que indica maior potencial para a sobrecarga, estava relacionada com o fato de sentirem que o idoso depende demais deles. Nesse contexto, percebe-se a responsabilidade que o cuidador familiar tem sobre a manutenção da vida do idoso, mediante a provisão dos cuidados dispensados cotidianamente, o que pode

ocasionar maior sobrecarga de atividades, haja vista que esse cuidador, muitas vezes, além de dispensar cuidados ao ente dependente, está incumbido de realizar outras atividades.

Diversos fatores se articulam para determinar os sentimentos que serão desencadeados ao se assumir o papel de cuidador, quais sejam: fatores relacionados ao paciente, como o grau de dependência física e emocional, e a presença de comorbidades, bem como as características do próprio cuidador e sua capacidade de se adaptar às adversidades e enfrentá-las (MARTINS *et al.*, 2003).

Considerando os aspectos relevantes e complexos, envolvidos na sobrecarga vivenciada por cuidadores familiares, os tópicos seguintes destinam-se a discussões referentes à avaliação de sobrecarga dos cuidadores familiares relacionadas às características dos próprios cuidadores e dos idosos dependentes.

5.6-1 Associação da sobrecarga dos cuidadores familiares com características dos idosos dependentes

Na análise das características dos idosos dependentes, relacionadas à sobrecarga do cuidador, verificaram-se maiores médias de sobrecarga, apesar de não serem estatisticamente relevantes, entre os cuidadores familiares que dispensavam cuidado aos idosos com idade de 70 a 74 anos (39,00), do sexo masculino (32,26) e casados (32,65).

De acordo com Fernandes e Garcia (2009c), a idade do idoso, em si, não consiste num déficit que possa acarretar maior tensão ou sobrecarga para o cuidador, no entanto, é um fator de risco importante para o surgimento de muitas doenças e debilidades físicas que influenciam o seu nível de dependência. Nesse cenário, estudos têm verificado forte ligação entre a idade avançada e a funcionalidade do idoso. Na população estudada por Giacomini *et al.* (2005), por exemplo, ele verificou que a incapacidade funcional aumentou 1,5 vez na idade de setenta a 79 anos e 3,1 vezes na faixa etária de oitenta anos, quando comparada à faixa etária de sessenta a 69 anos. O déficit funcional, comumente esperado em idosos mais idosos, repercute em maiores demandas de cuidado e exerce substancial influência para a sobrecarga do cuidador.

Quanto ao sexo do idoso dependente, acredita-se que a ocorrência de comportamento de saúde diferencial possa influenciar o processo de cuidado. Nesse sentido, salienta-se que, embora as mulheres apresentem mais comorbidades do que os homens, eles se preocupam menos com a manutenção de sua saúde, de modo que as suas doenças evoluem mais rapidamente para complicações. Além disso, os homens apresentam

mais dificuldade para aceitar a condição de dependência e da necessidade de ser cuidado, e isso contribui para o aparecimento de tensões para o cuidador familiar.

Neste estudo, foram verificadas, ainda, maiores médias de sobrecarga entre os cuidadores familiares que auxiliavam idosos de baixa renda, que faziam uso dos serviços de saúde pelo SUS e apresentavam baixo nível de escolaridade. A baixa renda, na maioria das vezes relacionada ao baixo grau de escolaridade ou, em alguns casos, em virtude de o idoso ter que se afastar de suas atribuições profissionais em decorrência do agravamento de sua enfermidade, passando a receber, muitas vezes, uma aposentadoria que não equivale ao que recebia anteriormente, acarreta prejuízos financeiros que sobrecarrega significativamente o cuidador.

Ainda ponderando sobre a relação entre a renda e a sobrecarga do cuidador familiar, não se pode negar que a condição de bem-estar do cuidador e do idoso, no cenário domiciliar, face comum de uma mesma moeda, depende do contexto socioeconômico e das políticas sociais, e não, apenas, das características e preferências individuais desses sujeitos sociais.

De acordo com Moreira e Turrini (2011), a existência de uma condição crônica, no seio familiar, normalmente gera gastos financeiros, seja com a compra de materiais e medicamentos que não são fornecidos pela rede pública, seja com a manutenção de alguém para auxiliar nos cuidados. Tais dificuldades podem também advir da necessidade de algum membro deixar as atividades empregatícias. Quando a condição afeta o membro que era o provedor da casa, as dificuldades financeiras tendem a aumentar. Assim sendo, esse déficit financeiro pode implicar o aumento de demanda para o cuidador familiar, em decorrência de dificuldades adicionais, para que possam implementar suas ações de cuidado.

Embora o maior número de pessoas que coabitam com o idoso dependente possa significar maiores possibilidades de suporte para o cuidador familiar e, por conseguinte, menores níveis de sobrecarga, no âmbito deste estudo, observaram-se maiores médias de sobrecarga entre os cuidadores que dispensavam cuidado aos idosos em arranjos multigeracionais. Tal achado se relaciona com o fato de que o maior número de pessoas no domicílio pode gerar maior demanda de trabalho para o cuidador familiar que, além de dispensar o cuidado ao idoso dependente, responsabiliza-se por outras atividades relativas à família. Como afirmam Camarano *et al.* (2004, p. 145), “não se pode assumir que um número maior de pessoas morando juntas se traduza, necessariamente, em maior suporte aos idosos” e, por sua vez, aos seus cuidadores.

No concernente à chefia do domicílio, verificou-se correlação estatisticamente significativa (p-valor 0,046) entre maior sobrecarga do cuidador e idosos residentes em

famílias chefiadas pelo próprio idoso. Nesse contexto, o idoso, mesmo na condição de dependência, tem preservada, de algum modo, sua autonomia mediante a manutenção de relações de domínio e respeito anteriormente construídas com seus familiares (cônjuge, filhos, netos), as quais podem interferir, substancialmente, no poder de decisão do cuidador, o que provoca situações em que, muitas vezes, o idoso nega-se a aceitar o cuidado prestado pelo seu familiar. Nesse caso, sugere-se que as cuidadoras também são “dependentes,” não por incapacidade funcional, mas por outras dificuldades presentes no cenário do cuidado.

Considerando as condições clínicas do idoso, evidenciou-se maior sobrecarga entre os cuidadores que auxiliavam idosos com maior número de comorbidades, o que gera importantes implicações sobre a funcionalidade e o nível de dependência do idoso. No concernente ao nível de funcionalidade, verificaram-se maiores médias de sobrecarga entre os cuidadores que prestavam cuidados aos idosos com déficit cognitivo e aos que apresentavam maiores níveis de dependência no desempenho das atividades da vida diária.

Na situação de cuidar do idoso com déficit cognitivo, o cuidador familiar depara-se com vários desafios, tais como dificuldade para lidar com os quadros de agitação e de agressividade do idoso; com a deambulação constante, especialmente noturna, provocada pelas alterações nos hábitos de sono e repouso; com os esquecimentos; com a repetitividade, a teimosia e as solicitações constantes; com a falta de etiqueta à mesa e no trato social e com os comportamentos bizarros (CARVALHO FILHO, 2005).

Resende *et al.* (2008) identificaram, em seu estudo, que, dentre as principais dificuldades expressas pelos cuidadores para o desempenho de sua função, destacavam-se as relacionadas com atividades advindas das áreas cognitivas do idoso, especialmente referentes a sua comunicação e às alterações de seu comportamento. A despeito disso, no estudo realizado por Fernandes e Garcia (2009c), as alterações comportamentais do idoso acarretaram impacto negativo na vida das cuidadoras por tensionar suas relações, tanto com o receptor de cuidados, quanto com os demais membros da família, além de ser um problema que exigia que elas ficassem em alerta a maior parte do tempo.

Além do déficit cognitivo do idoso, a sua incapacidade funcional (física), mensurada neste estudo, a partir do Índice de Katz, também ocasiona maior demanda para o cuidador. Nesse cenário, foi verificada uma média mais alta de sobrecarga entre os cuidadores de idosos que apresentaram maior nível de dependência para as atividades da vida diária.

Moreira e Turrini (2011) concebem que, à medida que o idoso se torna dependente devido à progressão da doença e à debilidade física, o cuidador passa a ter de assumir atividades relativas ao atendimento de suas necessidades fisiológicas, como nutrição,

higienização e conforto. No início, essas atividades são razoavelmente toleradas, mas, depois de certo período de tempo, elas sobrecarregam os afazeres diários do cuidador e levam ao seu desgaste físico.

Nesse contexto, estudos têm evidenciado associação entre o maior nível de dependência do idoso e mais percepção de desgastes físicos e emocionais pelos cuidadores. No âmbito do estudo realizado por Fonseca *et al.* (2008), sintomas como cansaço, dores no corpo e alteração no sono, além de isolamento social e sentimentos negativos como pena, tristeza, impaciência e nervosismo, foram comumente relatados pelos cuidadores de idosos dependentes. Bocchi (2004) acrescenta que os problemas na saúde dos cuidadores podem decorrer do despreparo técnico para a prestação dos cuidados, o que predispõe a sobrecarga de músculos e articulações, além do alto envolvimento nos cuidados do paciente, o que leva os cuidadores a não prestarem atenção às suas próprias necessidades pessoais, somando-se ao tempo limitado para o autocuidado.

Na presente pesquisa, verificou-se que, quanto maior era o nível de dependência do idoso no desempenho das atividades básicas, maior a média de sobrecarga entre os cuidadores. Considerando as atividades básicas, individualmente, e sua relação com o fenômeno sob análise, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre sobrecarga e assistência na alimentação (p-valor 0,04). O declínio funcional do idoso é identificado, progressivamente, pela perda da capacidade de executar as atividades básicas da vida diária (atividades de autocuidado), que obedecem a uma ordem crescente de dificuldade ou restrição funcional, iniciando-se pelo banho, seguidos do vestuário, da higienização, da locomoção, da continência e, por fim, da alimentação.

No âmbito deste estudo, os cuidadores que apresentaram maiores níveis de sobrecarga dispensavam cuidados aos idosos com maiores níveis de incapacidade funcional, haja vista que, na sequência da inabilidade ou perda das atividades básicas proposta pelo Índice de Katz, a atividade referente à alimentação encontra-se na última posição. Assim sendo, pressupõe que, associada à inabilidade para a atividade de alimentar-se, esses sujeitos apresentam, também, incapacidade para o desempenho de outras atividades (tomar banho, vestir-se etc), o que implica maior demanda de cuidado para o cuidador familiar.

5.6.2 Associação entre sobrecarga, características dos cuidadores e suporte na provisão de cuidado

Alguns fatores podem permear as dificuldades no cuidado cotidiano com o idoso dependente e colaborar para o aumento da sobrecarga dos cuidadores familiares. No que se refere às características dos próprios cuidadores, este estudo revela maior média de sobrecarga entre os cuidadores que são cônjuges dos idosos dependentes.

Conforme Giacomini *et al.* (2005), alguns fatores podem contribuir para aumentar a sobrecarga de cuidadores que são cônjuges do idoso dependente. Dentre eles, as limitações de quem cuida, uma vez que muitos desses cuidadores cônjuges também vivenciam o processo de envelhecimento e estão vulneráveis às disfunções decorrentes do próprio envelhecimento ou de adoecimento; algumas situações de penúria social, experimentadas ao longo da vida e que contribuem para o déficit de suporte social; e a ausência de suporte institucional, que poderia facilitar o cuidado no domicílio.

Para as esposas, o ato de cuidar de seu cônjuge está embutido no seu papel de mulher casada, a partir do compromisso de se engajar em um projeto de vida em comum, assumido por ocasião do matrimônio. Em decorrência disso, essas são as cuidadoras que parecem receber menos ajuda externa, tanto de serviços de saúde quanto de suportes sociais, e isso contribui para o aumento de sobrecarga de atividades assumidas por elas. Assim sendo, quando o cuidador é o cônjuge, a sociedade e os serviços de saúde esperam que ele irá assumir integralmente e sem interrupções o cuidado (SCAZUFCA, 2000).

Maiores médias de sobrecarga foram encontradas, neste estudo, entre aqueles cuidadores com idade avançada e do sexo feminino. A relação entre a idade do cuidador e a percepção de sobrecarga é frequentemente discutida na literatura. Alguns autores afirmam que cuidadores mais jovens experimentam um nível maior de sobrecarga, por vivenciarem projetos de vida diferentes, tendo que balancear as demandas advindas da família, do emprego e do idoso dependente (MEYERS; GRAY, 2001; MENDES, 2000). Em contrapartida, outros estudiosos ressaltam que cuidadores idosos normalmente apresentam mais problemas físicos, decorrentes das mudanças associadas ao próprio envelhecimento, que dificultam a realização de várias atividades relacionadas à provisão de cuidado com o idoso dependente, culminando num nível maior de sobrecarga. Ademais, há grande possibilidade de esses cuidadores mais velhos apresentarem um estado de saúde parecido com o daquele que recebe o cuidado (SCAZUFCA, 2000; FERNANDES; GARCIA, 2009c).

No que se refere ao sexo, de modo geral, as mulheres apresentam maior sobrecarga de atividades, haja vista que desempenham grande número de papéis na sociedade. De

acordo com Braz e Ciosak (2009), o aumento de idosos decorrente do envelhecimento populacional, adicionado a mudanças do padrão de morbidade, faz com que aumente a possibilidade de que, nas famílias e dentro delas, as mulheres, de diferentes faixas etárias, passem a se dedicar ao cuidado do senescente em nível domiciliar. A essas mulheres caberá o cuidado de pais, maridos, sogros ou, até mesmo, de outros parentes, portanto, acabam exercendo inúmeros papéis.

A despeito disso, Cruz *et al.* (2009) salientam que, além de cuidar do ente dependente, a mulher tem mais envolvimento no que se refere ao gerenciamento do lar, porquanto se compromete mais do que os homens com as atividades domésticas e de cuidado com os filhos. Associadas a essas tarefas, muitas mulheres ainda desenvolvem atividades profissionais fora de casa, o que resulta em sobrecarga de atividades.

Quanto à relação conjugal, verificou-se maior média de sobrecarga entre os cuidadores que moram com o(a) companheiro(a). Isso significa dizer que esses cuidadores, além de assumir a responsabilidade de cuidar do idoso dependente, têm que atender às demandas de sua família. Esse acúmulo de atividades e responsabilidades pode predispor o aparecimento de efeitos negativos sobre a vida do cuidador.

No concernente à moradia, observou-se média de sobrecarga maior entre os cuidadores que vivem com o idoso. Em relação a esse aspecto, Fernandes e Garcia (2009c) ressaltam que essa situação pode gerar benefícios para o idoso, visto que sua demanda de cuidado tem maior possibilidade de ser atendida de forma imediata. Para o cuidador, no entanto, essa situação favorece a maior exposição aos efeitos negativos decorrentes da atividade de cuidar do idoso dependente e, conseqüentemente, a níveis mais elevados de tensão e sobrecarga. No presente estudo, verificou-se que a coresidência com o idoso resultou em efeitos negativos para o cuidador, posto que foi constatada correlação estatisticamente significativa entre o fator morar com o idoso e apresentar maior média de sobrecarga.

Os dados referentes ao grau de escolaridade mostraram uma média de sobrecarga maior para os cuidadores que referiram apenas saber ler e escrever informalmente, sendo observada associação estatisticamente significativa entre o grau de escolaridade e a média de sobrecarga do cuidador. Isso implica dizer que os cuidadores familiares com baixo grau de escolaridade apresentaram maior nível de sobrecarga. Tal achado tem estreita relação com o baixo nível de conhecimento do cuidador sobre como dispensar o cuidado. A despeito disso, os cuidadores que responderam que não se consideraram informados em relação à saúde/doença e como cuidar do idoso, assim como aqueles que não tiveram cursos em

instituição formal para cuidar do idoso dependente, apresentaram maiores médias de sobrecarga.

Nesse contexto, a falta de conhecimento e de preparo para o cuidado geram no cuidador sentimentos de ansiedade e de angústia, que repercutem negativamente no cuidado prestado, bem como na própria saúde do cuidador. Resendes e Dias (2008) salientam que a constatação de que o processo de saúde e doença dos cuidadores familiares de idosos tem relação com suas atividades cuidadoras leva a crer que o suporte para essa população deve ir além das técnicas empregadas para se cuidar dos idosos e abordar também as formas de organização desse trabalho. Ao revisar todos os estudos brasileiros realizados com cuidadores familiares de idosos, Santos (2003) verificou que, em todos eles, os cuidadores familiares se ressentem pela falta de uma rede de suporte mais efetiva nas áreas da saúde e social e carecem de treinamentos e orientações específicas para a realização dos cuidados no âmbito domiciliar.

Uma questão em que não há consenso na literatura é sobre a relação do tempo de cuidado com o nível de sobrecarga. Alguns estudos apontam que, quanto maior o tempo de cuidado, menor a sobrecarga no cuidador, em decorrência de apresentarem mais capacidade de adaptação à situação com o passar dos anos (DRAPER *et al.*, 1992; ROBINSON *et al.*, 2001). Outras pesquisas evidenciam o contrário e sugerem que esses são diretamente proporcionais, quanto maior o tempo que exerce esse papel, maior a sobrecarga entre os cuidadores (LEE; SUNG, 1998; GARRIDO; MENEZES, 2004).

No presente estudo, verificou-se que a média de sobrecarga entre os cuidadores que exerciam a sua função há mais tempo (69 meses ou mais) era maior, o que está relacionado com a hipótese de maior desgaste com o passar do tempo, porque a exposição prolongada ao estresse afeta o bem-estar físico e psíquico do cuidador. Por outro lado, foram encontradas maiores médias de sobrecarga entre os cuidadores que dedicavam menos dias e horas para cuidar do idoso. Tal achado pode estar ligado ao fato de que muitos dos cuidadores têm outros afazeres fora de casa, como atividades profissionais, por exemplo, e têm que conciliá-los com as atividades referentes à provisão do cuidado ao idoso no domicílio, gerando conflito entre os diferentes papéis e suscitando sobrecarga,

Com o passar do tempo, as ações de cuidado com o idoso, como higiene, conforto e alimentação, tornam-se repetitivas e desenvolvem no cuidador familiar cansaço físico pela saturação das atividades, fato que leva aos limites de tolerância no contexto desse cuidado, necessitando de auxílio de cuidadores secundários. Corroborando isso, foi constatada nesta pesquisa maior média de sobrecarga entre os cuidadores familiares que não contavam com a ajuda de cuidadores secundários.

Cerqueira e Oliveira (2002) sugerem que a presença de um cuidador secundário reduz a sobrecarga sobre o cuidador primário e indicam que dividir tarefas pode favorecer o bem-estar físico, psicológico e social do cuidador. Assim sendo, nesse contexto, ter uma pessoa para auxiliar o cuidador familiar possibilita uma melhor organização de sua vida, o que lhe dá autonomia e liberdade para realizar suas necessidades. Entretanto, neste estudo, não foi verificada uma relação estatisticamente significativa entre a presença de cuidador secundário e o menor nível de sobrecarga do cuidador familiar.

Ainda no que se refere ao suporte para o cuidado, houve associação estatisticamente significativa entre a média da sobrecarga do cuidador e o déficit de suporte nas seguintes atividades: higiene corporal, higiene oral, medicação e lazer. Nesse cenário, os cuidadores que tiveram menos auxílio para essas atividades apresentaram maiores níveis de sobrecarga. O cuidado prestado pelo cuidador familiar é marcado pelo despreparo psicológico e emocional, que pode gerar, em várias ocasiões, conflito, insatisfação, insegurança e sensação de desespero. Dar o banho no idoso, fazer sua toalete e vesti-lo podem representar muito mais ônus para o cuidador, visto que a falta de cooperação e as alterações de comportamento do idoso acentuam-se nessas situações e geram muita angústia (CONSTENARO; LACERDA, 2001).

A falta de suporte para realizar as atividades de lazer do idoso aumenta sua carga de trabalho e pode estar relacionada à própria limitação social que o cuidador vivencia. Apesar disso, Moraes e Turrini (2011) ressaltam que essa limitação é decorrente do acúmulo de atividades referentes ao cuidado com atividades de trabalho e tarefas domésticas, fazendo com que os cuidadores sintam-se ocupados e apresentem tempo limitado para suas atividades sociais. Além disso, a própria perda do companheiro em atividades sociais, no caso dos cônjuges, também contribui para essa limitação social.

6. CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa permitiram as conclusões aqui apresentadas. No tocante às características sociodemográficas dos idosos dependentes, prevaleceu o número de idosos do sexo feminino, com idade avançada, viúvos, com baixa renda e grau de escolaridade, e cuja principal fonte de renda foi a aposentadoria.

Em relação às características de arranjo familiar, a maioria dos idosos referiu que vive em arranjo multigeracional. Quanto às condições clínicas, a maior parte dos idosos apresentou comorbidades associadas, e as doenças de caráter crônico foram as mais prevalentes. No referente à funcionalidade, verificou-se o predomínio de idosos com déficit cognitivo e com níveis de dependência mais elevados para o desempenho das atividades básicas de vida diária.

Em relação às características dos cuidadores familiares, verificou-se que quase todos eram do sexo feminino, filhos(as) do idoso dependente, com idade entre 52 e 62 anos, moram com o(a) companheiro(a) e com o idoso, estudaram de cinco a oito anos, com déficit de conhecimento e de treinamento para o desempenho de sua função, bem como déficit de suporte para o cuidado.

No que diz respeito à sobrecarga dos cuidadores familiares, principal desfecho do estudo, evidenciou-se sua prevalência em 84,6% dos cuidadores entrevistados. Desses, 72,7% evidenciaram sobrecarga de moderada a leve, e 27,3%, severa. Vale salientar que 15,4% dos cuidadores familiares não apresentaram sobrecarga. Nesse sentido, embora a maioria dos estudos evidencie efeitos negativos do cuidar, não se pode considerar a situação de cuidado como necessariamente geradora de prejuízos. Alguns cuidadores demonstram satisfação em estar cuidando do seu ente querido, muitas vezes, relacionada ao sentimento de dever moral ou de estar retribuindo os cuidados e o carinho recebidos no passado. É importante destacar que tal achado se refere à minoria da população de cuidadores, pois, de um modo geral, em diferentes contextos geográficos e culturais, os cuidadores familiares expressam um nível de sobrecarga oriunda do processo de cuidar maior do que com sentimentos positivos.

Constatou-se que algumas características dos idosos dependentes, assim como dos próprios cuidadores familiares se relacionaram com médias mais altas de sobrecarga. Em relação aos idosos, destacam-se: faixa etária de 70 a 74 anos, do sexo masculino, casados, com baixa renda e baixa escolaridade, que utilizavam os serviços de saúde do SUS, residiam em arranjos familiares multigeracionais, apresentavam déficit cognitivo, referiram maior número de comorbidades e apresentaram um nível mais elevado de dependência para as atividades básicas de vida diária. No referente aos cuidadores, destacam-se as

seguintes características: eram cônjuges do receptor do cuidado, com idade avançada, do sexo feminino, baixa escolaridade, que tinham déficit de conhecimento a respeito da necessidade e das formas de cuidado requeridas pelo idoso e, ainda, com menos suporte para o cuidado e que o dispensavam por longo período de tempo.

Vale ressaltar que, entre as relações estabelecidas, apenas foram verificadas correlações estatisticamente significativas entre a sobrecarga do cuidador familiar e as seguintes características dos idosos dependentes: ter aposentadoria como fonte de renda, ser responsável pelo domicílio e entre os idosos com maior nível de dependência para se alimentar. Do mesmo modo, foram evidenciadas apenas associações estatisticamente significantes entre a sobrecarga e estas características dos cuidadores familiares: nível de escolaridade e ter ou não suporte para cuidar do idoso nas atividades referentes à higienização corporal e oral, à medicação e ao lazer. Tais achados reforçam que fatores relativos à renda, à autonomia e ao nível de dependência do idoso e fatores referentes à escolaridade/nível de conhecimento e ao suporte para o cuidado dos cuidadores familiares contribuíram efetivamente para a percepção de maior sobrecarga pelos cuidadores envolvidos neste estudo.

Assim sendo, os resultados do estudo permitem inferir que a sobrecarga dos cuidadores familiares constitui um fenômeno multifacetado e multideterminado que, como tal, requer um olhar diferenciado do sistema de cuidado em saúde de natureza formal, de modo que ele não continue escamoteado no cenário familiar, sem o devido enfrentamento do sistema de ação social de natureza pública.

Diante da realidade em que se insere o trabalho do cuidador, que compartilha de pouca visibilidade, em virtude da ineficiente estrutura assistencial, da desvalorização do seu trabalho, muitas vezes, naturalizando-o e desvalorizando-o, é oportuno destacar a relevância de novas investigações acerca das implicações do cuidado sobre a vida dos cuidadores, de modo que seja avigorada a premente necessidade de implementar políticas públicas e ações com vistas ao estabelecimento de suportes formais e emocionais para essas pessoas.

No âmbito do sistema de saúde, é de fundamental importância que os enfermeiros e demais profissionais envolvidos possam propiciar intervenções que visem à melhoria das condições de saúde e funcionais do idoso, bem como orientações e supervisões referentes ao cuidado dispensado pelos familiares. Vale ressaltar que o objetivo dessas intervenções não deve ser apenas o de instrumentalizar os membros familiares como cuidadores, mas como pessoas que também precisam de cuidados. Sugere-se, portanto, que sejam promovidos programas de apoio a cuidadores familiares de idosos, de forma a acolher seu

sofrimento e minimizar sua sobrecarga emocional, por meio de oferta de espaços facilitadores de ações e de trocas de experiências entre eles.

Referências

REFERÊNCIAS

- ABREU, I. D.; FORLENZA, O. V.; BARROS, H. L. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, v. 32, n. 3, p. 131-136, 2005.
- ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde colet.**, v.13, n.4, p.1199-1207, 2008.
- ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Fatores associados a incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Públ.**, v.44, n.3, p.468-78, 2010.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M.A.C.; ALVARENGA, M.R.M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n.2, p.266-72, 2008.
- ARGIMON, I.I.L.; STEIN, L.M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n.1, p. 64-72, 2005.
- BENNETT, K.M. Longitudinal changes in mental and physical health among elderly, recently widowed men. **Mortality**, v.3, p. 265-273, 1998.
- BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: **Anais do I Seminário Internacional - Envelhecimento Populacional**. Brasília: MPAS; 1996.
- BERTOLUCCI, P.H.; BRUCHI, S.M.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. **Arq. Neuro-psiquiatr**, v.52, n.1, p.1-7, 1994.
- BOCCHI, S.C.M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Revista Latino-Am. Enfermagem**, v.12, n. 1, p. 115-121, 2004.
- BONARDI, G.; SOUZA, V.B.A.; MORAES, J.F.D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. **Sci. Med.**, v. 17, n.3, p. 133-44, 2007.
- BORBA, A.M.C.; LELIS, M.A.S.; BRÊTAS, A.C.P. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n.3, p. 527-35, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e pesquisa – CONEP. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 2.528, de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF: 2006.

BRASIL, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1999.

BRAZ, E.; CIOSAK, S.I. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.13, n. 2, 2009. p. 372-77.

BRITO, F.C.; NUNES, M.I.; YUASO, D.R. Multidimensionalidade em Gerontologia II: instrumentos de avaliação. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 10, p.133-47.

BRUCKI, S.M.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P.H.F.; OKAMOTO, I.H. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq. Neuro-psiquiatr**, v. 61, n.3, p. 777-81, 2003.

BYRNE, G.; RAPHAEL, B. A longitudinal study of bereavement phenomena in recently widowed elderly men. **Psychological Medicine**, v.24, p. 411-421, 1994.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n.3, p.773-81, 2003.

CALDAS, C.P. Quarta idade: a nova fronteira da gerontologia. IN: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 12, p.163-73.

CAMARANO, A.A.; BELTRÃO, K.I.; PASCOS, A.R.P.; MEDEIROS, M.; GOLDANI, A.M. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO A.A.; organizador. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1999.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 88-104.

Camarano, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estud. av. USP**, v.17, n.49, p. 35-63, 2003.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J.L.; PASINATO, M.T. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: Camarano AA, organizador. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

CAMARANO, A.A.; YAZAKI, L.M. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica**. Rio de Janeiro: IPEA; 2002.

CARVALHO FILHO, E.T. Fisiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

CERQUEIRA, A.T.; OLIVEIRA, N.I. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicol. USP**, v. 13, n. 1, p.133-50, 2002.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. IN: FREITAS, E.V; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.Z.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. Cap. 11, p.106-30.

CHARCHAT-FICHMAN, H.; CARAMELLI, P.; SAMESHIMA, K.; NITRINI, R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.27, n.12, p. 79-82, 2005.

CONSTENARO, R.G.S.; LACERDA, M.R. **Quem cuida de quem cuida?** Quem cuida do cuidador? Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2001.

CREUTZBERG, M. Tratar mais a pessoa idosa, sobretudo a que está acamada: subsídios para o cuidado domiciliar. **Mundo da Saúde**, v.24, n.4, p.298-305, 2000.

CRUZ, M.N.; LECHETA, D.R.; WACHOLZ, P.A. Fatores associados à sobrecarga e à depressão em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Geriatria & Gerontologia**, v. 3, n.1, p.15-23, 2009.

DÁTILO, G.M.P.A.; HORIGUELA, M.L.M. Idosos dependentes: o lugar do familiar cuidador. In: BRUNS, M.A.T.; DEL-MASSO, M.C.S. **Envelhecimento humano: diferentes perspectivas**. Campinas: Alínea, 2007. Cap. 8. p. 143-65.

DIOGO, M.J.D.E.; DUARTE, Y.A.O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. IN: FREITAS, E.V. (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. Cap. 92, p.762-67.

DOORNBOS, M.M. Family caregivers and the mental health care system: reality and dreams. **Arch. of Psychiatr. Nurs.**, v.26, n.1, p.34-36, 2002.

DOURADO, M. et al. Consciência da doença na Demência. Resultados preliminares em pacientes com doença de Alzheimer leve e moderada. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v. 63, n.1, p. 114-8, 2005.

DRAPER, B.M.; POULOS, C.J.; COLE, A.M.D.; POULOS, R.G.; EHRLICH, F. A comparison of caregivers for elderly stroke and dementia victims. **J Am. Geriatr. Soc.**, v.40, p.896-901, 1992.

DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L.; LIMA, F.D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev. panam. Salud Pública**, v.17, n. 5/6, p. 370–8, 2005.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.41, n.2, p.317-25, 2007.

DUCA, G.F.; THUME, E.; HALLAL, P.C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev. Saúde Públ.**, v.45, n.1, p. 113-20, 2011.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.; COSTA Jr, M.L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Públ.**, v. 38, p. 93-9, 2004.

FARINATTI, P.T.V. Corte cronológico e compressão de morbidade. IN: FARINATTI,P.T.V. **Envelhecimento: promoção de saúde e exercícios**. Barueri, SP: Mande, 2008. Cap.2, p. 17-21.

FELICIANO, A.B.; MORAES, S.M.; FREITAS, I.C.M. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1575-85, 2004.

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA,T.R. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 4, p. 818-24, 2009a.

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA,T.R. Estrutura conceitual da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Eletr. Enf.** [internet], v. 11, n. 3, p. 469-76, 2009b. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11n3/v11/n3a02.htm>.

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA, T.R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 1, p. 57-63, 2009c.

FERNANDES, M.G.M.; GARCIA,T.R. Efeitos da provisão de cuidados sobre o cuidador familiar: uma análise conceitual. **Enferm. Atual**, v. 55, p. 23-8, 2010.

FIEDLER, M.M; PERES, K.G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.2, p. 409-15, 2008.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**, v.12, p.189-98, 1975.

FONSECA, F.B.; RIZZOTTO, M.L.F. Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. **Texto Contexto Enferm**, v.17, n.2, p.365-73, 2008.

FONSECA, N.R.; PENNA, A.F.G.; SOARES, M.P.G. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. **Physis**, v. 18, n.4, p. 727-743, 2008.

FOSS, M.P.; VALE, F.A.C.; SPECIALI, L.G. Influência da escolaridade na avaliação neuropsicológica de idosos: aplicação e análise dos resultados da Escala de Mattis para avaliação de demência. **Arq. Neuro-psiquiatr.**, v. 63, n.1, p. 119-26, 2005.

FRAÇOIS, B.; MOUSTAPHA, D.; MORRONE, I.; JEAN-LUC, N. Factors relating to carer burden for families of persons With muscular dystrophy. **J Rehabil Med**, v.38, p. 309-15, 2006.

FREIRE, S.A. **Bem-estar subjetivo e metas de vida**: comparação entre três grupos etários. 182f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas, 2001.

FREITAS, E.V. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. In: PY, L. et al. **Tempo de Envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004. Cap.1, p.19-38.

GARRIDO,R. MENEZES, P.R. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. **Rev. Saúde Públ.**, v. 38, n.6, p.835-41, 2004.

GIACOMIN, K.C.; PEIXOTO, S.V.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.6, p.1260-70, 2008.

GIACOMIN, K.C.; UCHÔA, E.; FIRMO, J.O.A. et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 80-91, 2005.

GRATÃO, A.C.M. **Demanda do cuidador familiar com idosos demenciados**. 2006. 89f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

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

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

GAUTHIER, S. **Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease**. 2 ed. London: Martin Dunitz, 2001.

- GUIMARÃES, R.M. Viver mais e melhor. **A Terceira Idade**, N. 46, P.96-102, 1999.
- GURALNIK, J.M.; FRIED, L.P.; SALIVE, M.E. Disability as a public health outcome in the aging population. **Annu Rev Public Health**, v.17, p.25-46, 1996.
- HAYS, J.C. Living arrangements and health status in later life: a review of recent literature. **Public Health Nurs**. V.199, n.2, p.136-51, 2002.
- HEBERT, R.; BRAVO, G.; PREVILLY, M. Reability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. **Can J Aging**, v.19, p. 494-507, 2000.
- HERRERA, E.J.; CARAMELLI, P.; SILVEIRA, A.S.B.; NITRINI, R. Epidemiologic survey in a community-dwelling Brazilian population. **Alz Dis Assoc Disord**, v.16, p.103-108, 2002.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2000**: características gerais da população, resultado da amostra, comentário dos resultados, pessoas portadoras de deficiência. Rio de Janeiro: IBGE; 2003.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados preliminares do censo de 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População da cidade de João Pessoa, 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php>> Acesso em: junho de 2011.
- KATZ, S. FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.; JAFFE, M.W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n.12, p.914-9, 1963.
- KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p.861-6, 2003.
- KINNEY, J. Home care and caregiving. In BIRREN, J. **Encyclopedia of gerontology**: age, aging, and the aged. vol. I. San Diego: Academic Press, 1996. p. 667-678.
- KINSELLA, G. et al. A review of the measurement of caregiver and family burden in palliative care. **Journal of Palliative Care**, v.14, n.2, p. 37-45, 1999.
- LAHAM, C.F. **Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar**. 2003. 161p. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2003.

LAKS, J.; BATISTA, E.M.R.; FARIA, M.E.V.; FIGUEIRA, I.; ENGERLHARDT, E. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade. Dados parciais de Santo Antônio de Pádua, Rio de Janeiro, RJ. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.61, n.3b, p.782-5, 2003.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assesment o folder people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v.1, n.9, p.79-86, 1969.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.8, n.2, p. 127-41, 2005.

LEE, Y.R.; SUNG, K.T. Cultural influences on caregiving burden: cases of koreans and americans. *Int J Aging Human*, v.46, p.125-41, 1998.

LE MOS, N.; MEDEIROS, S.L. Suporte social ao idoso dependente. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006. Cap. 129. p. 1227-33.

LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, v.19, p. 700-1, 2003.

LIMA-COSTA, M.F.; CAMARANO, A.A. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. Cap. 1, p.3-19.

LINO, V.T.S.; PEREIRA, S.R.M.; CAMACHO, L.A.B.; FILHO, S,T,R.; BUKSMAN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.103-112, 2008.

LITVOC, J.; BRITO, F.C. Capacidade Funcional. In: LITVOC, L.; BRITO, F.C. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 2, p.17-35.

LLACH, X.B.L.; SURINACH, N.L.; GAMISANS, M.R. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. **Aten. Primária**, v.34, n.4, p.170-7, 2004.

LLOYD-SHERLOCK, P. **Ageing, development and social protection: Generalisations, myths and stereotypes**. USA: Unrisd, 2004.

LOGIUDICE, D. Dementia: an update to refresh your memory. **Intern Med J**. v.2, p. 535-40, 2002.

LOPES, M.C.L; MARCON, S.S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Rev Esc. Enferm. USP**, v. 43, n.2, p.343-50, 2009.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P. Mini-Exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Públ.**, v. 40, n. 4, p. 712-9, 2006.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.4, p.587-94, 2006.

MACHADO, J.C.; RIBEIRO, R.C.L.; LEAL, P.F.G.; COTTA, R. M. M. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n. 4, p. 592-605, 2007.

MACIEL, A. **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MACIEL ACC, GUERRA RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.10, n.2, p.178-89, 2007.

MARTINS, J.J.; ALBUQUERQUE, G.L.; NASCIMENTO, E.R.P.; BARRA, D.C.C.; SOUZA, W.G.A.; PACHECO, W.N.S. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm.**, v. 16, n.2, p.254-62, 2007.

MARTINS, J.J.; BORGES, M.; SILVA, R.M.; ERDMANN, A.L.; NASCIMENTO, E.R.P. O processo de viver e de ser cuidado de idosos e a percepção dos cuidadores. **Cogitare Enferm.**, v.16, n.1, p.96-103, 2011.

MARTINS, T.; RIBEIRO, J.P.; GARRETT, C. Estudo de validação dos questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psic. Saúde & Doenças**, v. 4, n. 1, p. 131-148, 2003.

MENEZES, T.N.; LOPES, F.J.M.; MARUCCI, M.F.N. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sóciodemográficas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.10, n.2, p. 168-71, 2007.

MENDES, P.B.M.T. O espaço domiciliar enquanto espaço diferenciador do cuidar. **Rev. Bras. Homecare**, v.64, n.4, p.20-4, 2000.

MEYERS, J.L.; GRAY, L.N. The relationships between family primary caregiver characteristics and satisfaction with hospice care, quality of life and burden. **Oncol. Nurs. Forum.**, v.28, n.1, p.73-82, 2001.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. INSTITUTO DE ESTUDOS ESPECIAIS PUC-SP. **Publicação do papel do cuidador domiciliar**. São Paulo, 1998.

MINOSSO, J.S.M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um Centro de saúde-escola da Universidade de São Paulo. **Cogitare Enferm.**, v.15, n.1, p.12-8, 2010.

MORAIS, E.P. **Envelhecimento no meio rural**: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS. 207. 215f. Tese. (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 2007.

MOREIRA, S.R.; TURRINI, R.N.T. Paciente oncológico terminal: sobrecarga do cuidador. **Enfermeria Global**, n, 22, p. 1-13, 2011.

MURTAGH, K.N.; HUBERT, H.B. Gender differences in physical disability among na elderly cohort. **Am J Public Health**, v.94, n.8, p.1406-11, 2004.

NAKATANI, A.Y.K. et al. Perfil sócio-demográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, v.5, n.1, p.131-6, 2003.

NEDER, M.M.; BORGES, A.A.N. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? **Rev. Bras. Hipertens.**, v.13, n.2, p.126-33, 2006.

NERI, A.L.; CARVALHO, V.A.M.L. O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. IN: FREITAS, E.V. (org). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002. Cap. 94, p.778-89.

NÉRI, A.L.; CARVALHO, V.A.M.L. O bem estar do cuidador: aspectos psicossociais. In: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M.L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 94, p. 778-90.

NERI, A.L. **Palavras-chaves em gerontologia**. 2 ed. Campinas: Alínea, 2005.

NERI, A.L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. IN: NERI, A.L. (org). **Cuidar de idosos no contexto da família**: questões psicológicas e sociais. 2 ed. São Paulo: Alínea, 2006. Cap. 1, p. 9-63.

NUNES, M.C.R.; RIBEIRO, R.C.L.; ROSADO, L.E.F.P.L; FRANCESCHINI, S.C. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas gerais. **Rev. Bras. Fisioter.**, v. 13, n. 5, p. 376-82, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Lisboa: Organização Mundial de Saúde, 2004.

O'SILLIVAN, S. Acidente Vascular encefálico. In: O'SULLIVAN, S. **Fisioterapia**: Avaliação e tratamento. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2004. p.519-65.

PASCHOAL, S.M.P; FRANCO, R.P; SALES, R.F.N. Epidemiologia do Envelhecimento. IN: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 4, p. 39-56.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos. IN: FREITAS, E.V; PY, L.; NERI, A.L. et al (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap.1, p.2-12.

PAPALÉO NETTO, M.N. Ciência do Envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. IN: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap.3, p.29-38.

PARAHYBA, M.I.; MELZER, D. Income inequalities and disability in older Brazilians. Abstracts of the European Congress of Epidemiology; 2004 Sept 8-11; Porto, Portugal. **J Epidemiol Community Health**, v.58, suppl.1, A44, 2004.

PARAHYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.4, p.967-74, 2006.

PARAHYBA, M.I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v.39, n.3, p. 383-91, 2005.

PAULA, J.A.; ROQUE, F.P.; ARAUJO, F.S. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de demência de Alzheimer. **J bras. psiquiatr.**, v. 52, n.4, p. 283-87, 2008.

PEDRAZZI, E.C.; DELLA MOTTA, T.T.; VENDRÚSCOLO, T.R.P.; FABRÍCIO-WEHBE, S.C.C.; CRUZ, I.R.; RODRIGUES, R.A.P. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.1, p.1-8, 2010.

PEDRAZZI, E.C.; RODRIGUES, R.A.P.; SCHIAVETO, F.V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Cienc cuid. saúde**, v. 6, n. 4, p. 407-13, 2007.

PEREIRA, RJ, COTTA RMM, FRANCESCHINI SCC, RIBEIRO RCL, SAMPAIO RF, PRIORE SE, CECON, PR. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global dos idosos. **Rev. psiquiatr**, v.28, n.1, p. 27-37, 2006.

PICCINI, R.X.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.;; SIQUEIRA, F.V.; et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.11, n.3, p.657-67, 2006.

PLATT, S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: na evaluation of some rating scales. **Psychological Medicine**, v.15, p.383-93, 1985.

QUEIROZ, Z.P.V. O impacto do cuidado na vida do cuidador de idosos: fator de risco de negligência doméstica em idosos dependentes. IN: BERZINS, M.V; MALAGUTTI, W.

Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice. São Paulo: Martinari, 2010. p. 295-307.

RABELO, D.F.; NERI, A.L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. **Psicol. estud.**, v.10, n.3, p. 403-412, 2005.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento. IN: FREITAS, E.V; PY, L.; NERI, A.L.; CANÇADO, F.A.Z.; GORZONI, M.L.; ROCHA, S.M. (orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.72-8.

RAMOS, M. P. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, ano 4, n. 7, p. 156-175, 2002b.

REIS, R. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cir Bras.**, v.18, Suppl 5, p. 47-51, 2003.

RESENDE, M. C.; TURRA, D.D.; ALVES, F.; PEREIRA, F.B.; SANTOS, S.A.P.; TREVISAN, V.C. Cuidar de idosos com Alzheimer: influências sociais, físicas e psicológicas envolvidas nesta tarefa. **RBCEH**, v. 5, n. 1, 2008.

RESENDE, M.C.; DIAS, E.C. Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho. **Physis.**, v.18. 4, p. 785-800, 2008.

RIBEIRO, R.C.L.; SILVA, A.I.O.; MODENA, C.M.; FONSECA, M.V. Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. **Est. Interdiscipl. Envelhec.**, v.4, p. 85-96, 2002.

RIBEIRO, P.C.C.; OLIVEIRA, B.H.D.; CUPERTINO, A.P.F.B.; NERI, A.L.; YASSUDA, M.S. Desempenho de idosos na bateria cognitiva CERAD: relações com variáveis sociodemográficas e saúde percebida. **Psicol.: Reflex. Crít.**, v.23, n.1, p. 102-5, 2010.

ROBINSON, K.M.; ADKISSON, P.; WEINRICH, S. Problem behavior, caregiver reactions, and impact among caregivers of persons with Alzheimer's disease. **J Adv. Nurs.**, v.36, n.4, p.573-82, 2001.

RODRIGUES, S.L.A.; WATANABE, H.A.W.; DERNTL, A.M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.4, p. 493-500, 2006.

ROMANELLI, G. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, M.C.B, org. **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez; 2000. p.73-88.

ROSA, T.E.C.; BENICIO, M.H.D.; LATORRE, M.R.D.O.; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Públ.**, v. 37, n.1, p.40-8, 2003.

ROSSET,I.; RORIZ-CRUZ, M.; SANTOS, J.L.F.; HAAS, V.J.; FABRICIO-WEHBE, S.C.C.; RODRIGUES; R.A.P. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Rev Saúde Públ.**, v. 45, n.2, p. 391-400, 2011.

SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.31, n.1, p.26-32, 2010.

SANTOS, S.M.A. **O cuidador familiar de idosos com demências**: um estudo qualitativo em famílias de origem nipo-brasileiras. 211f. Tese. (Doutorado). Campinas (SP): Universidade Estadual Campinas; 2003.

SCAZUFCA, M. Impacto nos cuidadores de idosos com demência e suas implicações para os serviços de saúde. In: FORLENZA, O.V.; CAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 57, p.577-86.

SCAZUFCA, M. Versão Brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.24, n.1, p.12-7, 2002.

SCHENE, A.H. Objective and subjective dimensions of family burden: towards an integrative framework for research. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v. 25, p. 289-07, 1990.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; HOFFMANN, J.F.; MOURA, L.; MALTA, D.C.; CARVALHO, R.M.S.V. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Públ.**, v. 43, n. 2, p. 74-82, 2009.

SCHNEIDER, R.H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R.R. Avaliação funcional de idosos. **Sci. Med.**, v.18, n.1, p. 4-9, 2008.

SEQUEIRA, C.A.C. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. **Revista Referência**, v.2, n.12, p.9-16, 2010.

SILVA, J.C. Velhos ou idosos? **A Terceira Idade**, v. 4, n.26, p.95-111, 2003.

SILVA, A.C. Processo Natural do Envelhecimento. IN: SILVA, J.V. **Saúde do idoso**: Processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos. 1 ed. São Paulo: Ítria, 2009.

SILVEIRA, T.M.; CALDAS, C.P.; CARNEIRO, ZCT. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.8, p.1629-1638, 2006.

SIMONETTI, J.P; FERREIRA, J.C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doenças crônicas. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.1, p.19-25, 2008.

SOTOLONGO, P.B.; CARILLO, P.C.; CARILLO, C.C. Deterioro cognitivo en la tercera edad. **Rev. Cubana Med Integr.**, v.20, p. 5-6, 2004.

SOUZA, C.B. et al. O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. **Rev. Enferm UERJ**, v. 17, n. 1, p. 41-5, 2009.

STEEN, C.; SONN, U.; HANSON, A.B.; STEEN, B. Cognitive function and functional ability. A cross-sectional and longitudinal study at ages 85 and 95 in non-demented population. **Aging**, v.3, p.68-77, 2001.

STUCK, A.E.; WALTHERT, J.M.; NIKOLAUS, T.; BÜLA, C.J.; HOHMANN, C.; BECK, J.C. Risk factor for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med*, v.48, p.445-69, 1999.

SZKLO, M.; NIETO, F.J. Epidemiology: beyond the basics. **Jones and Barlett Publishers**. 2 ed. 2006.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n.4, p.438-43, 2005.

TORRES, G.V.; REIS, L.A.; REIS, L.A.; FERNANDES, M.H.; ALVES, G.S. Avaliação da capacidade de realização das atividades cotidianas em idosos residentes em domicílio. **Rev. Baiana**, v.3, n.3, p. 466-75, 2009.

TORRES, S.V.S.; SÉ, E.V.G.; QUEIROZ, N.C. Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem-estar dos idosos e de suas famílias. In: DIOGO, M.J.D.; NERI, A.L.; CACIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2004. Cap. 5. p. 87-105.

TRENTINI, C.M.; WERLANG, B.S.G.; XAVIER, F.M.F.; ARGIMON, I.I.L. A Relação entre Variáveis de Saúde Mental e Cognição em Idosos Viúvos. **Psicol.: Reflex. Crít.**, v. 22, n.2, p. 236-43, 2009.

VERAS, R. P.; CALDAS, C.P.; DANTAS, S.B.; SANCHO, L.G.; SICSU, B.; MOTTA, L.B.; CARDINALE, C. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. **Rev. psiquiatr. clín.**, v. 34, n.1, p. 5-12, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Públ.**, v.4, n. 3, p. 548-54, 2009.

VITALIANO, P.P.; YOUNG, H.M.H.; RUSSO, J. Burden: a review of measures used among caregivers of individuals with dementia. **The Gerontologist**, v.31, p.67-75, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984. Disponível em <[http://: www.who.int](http://www.who.int)>. (acesso em: julho de 2010).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report 2003** – shaping the future. Genebra: WHO; 2003.

YUASO, D.R. Cuidadores de idosos dependentes no contexto domiciliário. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 57, p.711-17.

XAVIER, F.M. ; Ferraz, M.P.; Trentini, C.M.; Freitas, N.K.;Moriguchi, E.H. Bereavement-related cognitive impairment in an oldest-old community-dwelling Brazilian sample. **JCEN**, v.24, p. 294-301, 2002.

ZALMAN, S.S.; MILLER, R.S. **Mais velhos, mais sábios**. Uma visão nova e profunda da arte de envelhecer. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

ZARIT, S.H.; REEVER, E.K.; BACH-PETERSON, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. **The Gerontologist.**, v.20, n.6, p.649-55, 1980.

ZARIT, S.H.; TODD, P.A.; ZARIT, J.D. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. **The Gerontologist.**, v.26, n.3, p.260-66, 1986.

ZISOOK, S.; SCHUCHTER, S. Untraumatic bereavement. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.54, p. 365-372, 1993.

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Idoso



Estamos realizando uma pesquisa sobre “CONDIÇÃO DE VIDA, SAÚDE E ENVELHECIMENTO: UM ESTUDO COMPARADO”, financiada pelo Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD) em parceria do PPGENF/UFPB com a EERP/USP. É importante mencionar que não buscamos respostas certas ou erradas, mas sim a sua opinião sobre o assunto. Obrigado (a) pela sua participação com voluntário (a) em nossa pesquisa.

a) **Objetivo e justificativa da pesquisa:** O objetivo é compreender o que as pessoas pensam sobre os idosos na sociedade e o que pensam sobre essa etapa da vida.

b) **Procedimentos:** Realizaremos entrevistas mediante a aplicação de questionários e escalas de coleta de dados.

c) **Acesso às informações:** As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com o propósito científico. Os pesquisadores, o Comitê de Ética e Atividades reguladoras, terão acesso aos arquivos dos participantes, sem violar a confidencialidade. A pesquisa foi aprovada previamente pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba sob protocolo número 0598. A assinatura desse consentimento formaliza a autorização para o desenvolvimento da pesquisa.

d) **Termo de Consentimento:** Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar do estudo. Através desse instrumento e da melhor forma de direito, autorizo aos pesquisadores vinculados ao PROCAD/UFPB/EERP-USP a utilizar as informações obtidas através do que for falado e escrito com a finalidade de desenvolver trabalho científico. Autorizo a publicação do referido trabalho, de forma escrita, podendo utilizar as respostas e depoimentos. Concedo o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente que nada tendo a exigir a título de ressarcimento ou indenização pela minha participação na pesquisa. Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. No caso de surgimento de dúvida, solicitamos que a esclareça conosco através do telefone: (83) 3216 7109 – Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

João Pessoa ___/___/___

CPF: _____

Assinatura do pesquisador

De acordo,

Assinatura do(a) participante da pesquisa

APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o cuidador



Título da Pesquisa: Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com vivência comunitária

Pesquisador Responsável: Lara de Sá Neves Loureiro. Enfermeira e aluna do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Prezado (a) Senhor (a):

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa que tem como propósito avaliar se existe sobrecarga do cuidador familiar, bem como associá-la com alguns fatores relacionados ao idoso e ao cuidador. Solicitamos então que o Sr(a) atenda os(as) alunos(as) do mestrado em Enfermagem da UFPB que estarão devidamente identificados pelo uso obrigatório do crachá.

Para a realização desse estudo, precisaremos conversar em seu domicílio e o(a) Sr(a) deverá responder a algumas questões. Os nomes dos participantes desse estudo não aparecerão no final da pesquisa e não se espera causar nenhum desconforto aos entrevistados. Caso concorde em participar dessa pesquisa, o(a) Sr(a) deverá assinar esse termo. Sua participação é totalmente voluntária e não haverá custos para o(a) Sr(a) por estar participando da pesquisa. O(a) Sr(a) poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que o(a) Sr(a) ou qualquer membro de sua família seja prejudicado por isso. Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados em eventos científicos e nos diversos meios de comunicação. Esperamos contar com sua participação e colocamo-nos a disposição para qualquer informação adicional, no telefone: (83) 3216 7109 – Programa de Pós Graduação em Enfermagem.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido(a) sobre a pesquisa e dou o meu consentimento para participar da mesma e para a publicação dos seus resultados. Sei que no momento em que não quiser mais participar, posso desistir, assim como sei que meu nome será mantido em sigilo.

João Pessoa, ___/___/___

Assinatura do pesquisador

CPF: _____

De acordo,

Assinatura do(a) participante da pesquisa

ANEXO A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ROTEIRO DE ENTREVISTA

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES PESSOAIS DO IDOSO

ENTREVISTADO: idoso () cuidador ()

A1) Idade _____ (anos completos) Data de nascimento ____/____/____
A2) Sexo (1) Masculino (2) Feminino
A3) Qual seu estado civil? (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Divorciado(a)/desquitado(a) (4) Separado(a) (5) Viúvo(a) (99) NS/NR
A4) Quando o(a) Sr(a) necessita de atenção para acompanhar sua saúde qual o tipo de serviço o Sr.(a) utiliza como primeira opção? (1) SUS (2) Convênio de saúde (3) Particular (4) Farmácia (5) Benzedeira (6) Outro (especifique)_____ (88) Não se aplica (99) NS/NR
A5) Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho(s) (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s) (5) Outro idoso (6) Cuidador (7) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR
A6) Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o Sr (a)? ____
A7) Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho(s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o(s) filho(s) (7) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (8) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (10) Somente com os netos (sem filhos) (11) Não familiares (12) Outros (especifique)_____ (99) NS/NR
A8) Quem é o(a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso (2) Cônjuge (3) Filho(a) (4) Outro familiar (5) Não familiar (99) NS/NR
A9) Agora preciso saber sobre a formação desse arranjo familiar. Por favor, diga-me: (1) O sr.(a) veio morar aqui (2) As outras pessoas vieram morar com o sr.(a)? (88) Não se aplica (99) NS/NR
A10) Quantos filhos próprios e adotivos estão vivos? _____ (99) NS/NR
A11) Quantos anos o(a) Sr(a) frequentou a escola? (se nenhum, colocar 0) _____
A12) Qual a renda mensal em reais: Idoso: _____ (99) NS/NR Família (incluindo idoso) _____
A13) Qual dessas rendas o(a) Sr(a) tem? (Pode ser mais de uma opção) a) Aposentadoria d) Trabalho Próprio b) Pensão e) Doações (família, amigos, instituições) c) Aluguel f) Outras _____

SEÇÃO B – PROBLEMAS DE SAÚDE

O(a) Sr.(a) no momento tem algum destes problema de saúde?

	NÃO	SIM	NS/NR
B1) Anemia	0	1	99
B2) Ansiedade/transtorno do pânico	0	1	99
B3) Artrite (reumatóide/ osteoartrite/artrose)	0	1	99
B4) Asma ou bronquite	0	1	99
B5) Audição prejudicada	0	1	99
B6) Câncer Qual? _____	0	1	99
B7) DBPOC/enfisema (doença broncopulmonar)	0	1	99
B8) Diabetes Mellitus	0	1	99
B9) Depressão	0	1	99
B10) Derrame	0	1	99
B11) Doença cardíaca	0	1	99
B12) Doença Gastrointestinal Alta (úlceras, hérnia, refluxo)	0	1	99
B13) Doença vascular periférica (varizes)	0	1	99
B14) Doença Neurológica	0	1	99
B15) Hipertensão arterial	0	1	99
B16) Incontinência urinária e/ou fecal	0	1	99
B17) Obesidade	0	1	99
b18) Osteoporose	0	1	99
B19) Prisão de ventre	0	1	99
B20) Problemas de coluna	0	1	99
B21) Visão prejudicada (catarata/glaucoma)	0	1	99
B22) Outras – Qual? _____	0	1	99

SEÇÃO C: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

C1) ORIENTAÇÃO TEMPORAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).

Ano	()acertou	()errou	()Não sabe
Semestre	()acertou	()errou	()Não sabe
Mês	()acertou	()errou	()Não sabe
Dia	()acertou	()errou	()Não sabe
Dia da semana	()acertou	()errou	()Não sabe

C2) ORIENTAÇÃO ESPACIAL – Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero)

Nome da rua	()acertou	()errou	()Não sabe
Número da casa	()acertou	()errou	()Não sabe

Bairro	()acertou	()errou	()Não sabe
Cidade	()acertou	()errou	()Não sabe
Estado	()acertou	()errou	()Não sabe

C3) REGISTRO – Nomeie três objetos: árvore, mesa e cachorro (um segundo para cada nome)
Posteriormente pergunte os três nomes, em até 3 tentativas..

Anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram.

Lembrou = 1 Não lembrou = 0

Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar. O (a) sr(a) tem alguma dúvida?

Árvore	()conseguiu	()não conseguiu
Mesa	()conseguiu	()não conseguiu
Cachorro	()conseguiu	()não conseguiu

Número de repetições: _____

C4) ATENÇÃO E CÁLCULO - *Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).*

Vou dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos

100-7=93	()acertou	()errou	()Não sabe
93-7=86	()acertou	()errou	()Não sabe
86-7=79	()acertou	()errou	()Não sabe
79-7=72	()acertou	()errou	()Não sabe
72-7=65	()acertou	()errou	()Não sabe

Se não for capaz de realizar cálculo, aplique esta opção - Soletre a palavra “MUNDO” de trás para frente (não conte como pontuação)

()acertou	()errou	()Não sabe
------------	----------	-------------

C5) MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO DAS PALAVRAS – *Marcar 1 ponto para cada cálculo ou letra correta, em qualquer ordem*

Há alguns minutos, li uma série de 3 palavras e o(a) Sr(a)as repetiu. Diga-me agora de quais se lembra.

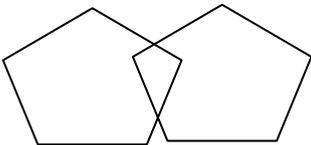
Árvore	()acertou	()errou	()Não sabe
Mesa	()acertou	()errou	()Não sabe
Cachorro	()acertou	()errou	()Não sabe

C6) LINGUAGEM – *Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).*

Aponte a caneta e o relógio e peça para nomeá-los...(permita 10 seg. para cada objeto)

Caneta	()acertou	()errou	()Não sabe
Relógio	()acertou	()errou	()Não sabe

C7) Repita a frase que vou lhe dizer - (*Pronuncie em voz alta, bem articulada e lentamente*). *A resposta correta vale 1 ponto.*

NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ			
Conseguiu ()		Não conseguiu ()	
<p>C8) <i>Dê ao idoso (a) uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: FECHER OS OLHOS, diga-lhe:</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Leia este papel e faça o que está escrito. (permita 10 seg).</i></p>			
Fechou os olhos () (1 ponto)		Não fechou os olhos () (zero)	
<p>C9) <i>Diga ao idoso (a):</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Vou lhe dar um papel, e quando eu o entregar, pegue-o com a mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão. Anotar se acertou (1 ponto) , errou (zero), ou não sabe (zero).em cada item.</i></p>			
Pegue o papel com a mão direita	()acertou	()errou	()Não sabe
Dobre esse papel ao meio	()acertou	()errou	()Não sabe
Ponha-o no chão	()acertou	()errou	()Não sabe
<p>C10) <i>Diga ao idoso(a):</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>O (a) Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha (com começo, meio e fim)? Contar 1 ponto se a frase tem sujeito, verbo e predicado, sem levar em conta erros de ortografia e sintaxe, se ele(a) não fizer corretamente, pergunte-lhe: "Isto é uma frase?" e permita-lhe de corrigir se tiver consciência de seu erro (máx. 30 seg)</i></p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">_____</p> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">_____</p>			
<p>C11) <i>Diga ao idoso(a):</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Por favor, copie este desenho:</i></p>		<p>Mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou dois ângulos (1 ponto)</p>	
		<p>Pontuação Final: _____</p>	

SEÇÃO D**AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVD – KATZ)**

Abreviações: I - Independência; A - Dependência parcial; D - Dependência total

<p>D1. BANHO</p> <p>(1) I: não recebe assistência</p> <p>(2) A: assistência para uma parte do corpo</p> <p>(3) D: não toma banho sozinho</p>
<p>D2. VESTUÁRIO</p> <p>(1) I: veste-se sem assistência</p> <p>(2) A: assistência para amarrar sapatos</p> <p>(3) D: assistência para vestir-se</p>
<p>D3. HIGIENE PESSOAL</p> <p>(1) I: vai ao banheiro sem assistência</p> <p>(2) A: recebe assistência para ir ao banheiro</p> <p>(3) D: não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas</p>
<p>D4. TRANSFERÊNCIA</p> <p>(1) I: deita, levanta e senta sem assistência</p> <p>(2) A: deita, levanta e senta com assistência</p> <p>(3) D: não levanta da cama</p>
<p>D5. CONTINÊNCIA</p> <p>(1) I: controle esfinteriano completo</p> <p>(2) A: acidentes ocasionais</p> <p>(3) D: supervisão, uso de cateter ou incontinente</p>
<p>D6. ALIMENTAÇÃO</p> <p>(1) I: sem assistência</p> <p>(2) A: assistência para cortar carne/manteiga no pão</p> <p>(3) D: com assistência, ou sondas, ou fluidos EV</p>

Lino, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividade da Vida Diária (Escala de Katz). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):103-112, jan, 2008.

Interpretação (Katz & Akpom):

0: independente em todas as seis funções; 1: independente em cinco funções e dependente em uma função; 2: independente em quatro funções e dependente em duas; 3: independente em três funções e dependente em três; 4: independente em duas e dependente em quatro; 5: independente em uma função e dependente em cinco funções; 6: dependente em todas as seis funções.

Katz S, Akpom CA. A measure of primary sociobiological functions. Int J Health Serv 1976; 6:493-508.

SEÇÃO E - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – CUIDADOR

<p>E1 – CARACTERÍSTICAS DO CUIDADOR</p> <p>NOME: _____</p> <p>GRAU DE PARENTESCO: 1-ESPOSO (A) 2-FILHO (A) 3-IRMÃO (Ã) 4-NETO (A) 5-GENRO (NORA) 6- CUNHADO (A) 7-OUTRO</p> <p>IDADE: _____</p> <p>SEXO: (1) MASCULINO (2) FEMININO</p>
<p>E2) ESTADO CIVIL:</p> <p>(1) - Nunca se casou ou morou c/ companheiro (2) - Mora com esposo(a) ou companheiro(a) (3) – Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a) (4) – Viúvo (a) (99) – NS/NR</p> <p>L3) Vive com o idoso: (0) – Não (1) – Sim (99)-NS/NR</p>
<p>E3) ESCOLARIDADE (EM ANOS):</p> <p>(1) - Analfabeto (2) - Sabe ler/escrever informal (3) - 1 a 4 (4) - 5 a 8 (5) - 9 a 12 (6) - 13 ou mais (99) – NS/NR</p>
<p>E4) CITAR SE HÁ CUIDADORES SECUNDÁRIOS:</p> <p>(0) - Nenhum (1) - Esposo (a)/companheiro(a) (2) - Filho(a) (3) - Genro/Nora (4) - Neto(a) (5) - Cuidador particular (6) – Outro (99) - NS/NR</p> <p>Para as questões L5 e L6:</p> <p>(0) Não (1) Pouco e insuficiente (2) Pouco, mas suficiente (3) Bem (4) Muito bem (99) NS/NR</p>
<p>E5) Considera-se informado em relação à saúde/doença do(a) idoso(a)</p> <p>E6) Considera-se informado em relação a como cuidar do(a) idoso(a)?</p>
<p>E7) Teve curso em instituição (formal) para cuidar do idoso?</p> <p>(0) – Não (1) – Sim (99)-NS/NR</p> <p>E7a) Qual: _____</p>
<p>E8) Teve algum outro tipo de treinamento?</p> <p>(0) - Não (1) - Sim (99) - NS/NR</p> <p>E8a) Se sim, qual : _____</p>
<p>E9) Tempo dedicado, levando em consideração último mês:</p> <p>E9a) Quantos dias da semana são dedicados para cuidar do idoso durante a semana</p> <p>E9b) Quantas horas por dia são dedicadas ao idoso durante a semana</p>
<p>E10) Conta com a ajuda de alguém para cuidar do (a) idoso (a)</p>

0- NÃO 1- ÀS VEZES 3- SEMPRE/QUASE SEMPRE 88- NÃO SE APLICA 99- NS/NR
E10A) Higiene Corporal :
E10B) Higiene Oral:
E10C) Eliminações:
E10D) Cuidados a/ a Pele:
E10E) Alimentação:
E10F) Medicação:
E10G) Sono e Repouso:
E10H) Atividade Física:
E10I) Lazer:
E10J) Serviço de Fisioterapia:
E10K) Retornos às Consultas:
E10L) Outro: _____

SEÇÃO F - BURDEN INTERVIEW

Para as questões F.1 a F.21, as respostas são:

(0) – NUNCA (1) – RARAMENTE (2) – ALGUMAS VEZES (3) – FREQUENTEMENTE (4) – SEMPRE

Obs.: s* refere-se a quem é cuidado (usar o nome)

F1 O Sr/Sra sente que s* pede mais ajuda do que ele(a) necessita?

F 2 O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com s, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo?

F 3 O Sr/Sra se sente estressado(a) entre cuidar de s* e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?

F 4 O Sr/Sra se sente envergonhado(a) com o comportamento de s?

F 5 O Sr/Sra se sente irritado quando s está por perto?

F 6 O Sr/Sra sente que s afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?

F 7 O Sr/Sra sente receio pelo futuro de s?

F 8. O Sr/Sra sente que s depende do Sr/Sra?

F 9 O Sr/Sra se sente tenso(a) quando s esta por perto?

F10 O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com s?

F 11 O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de s?

F 12 O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de s?

F 13 O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de s?

F 14 O Sr/Sra sente que s espera que o Sr/Sra cuide dele(a), como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?

F 15 O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de s, somando-se as suas outras despesas?

F 16 O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de s por muito mais tempo?

F 17 O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de s?

F 18 O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de s?

F 19 O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por s?

F 20 O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por s?

F 21 O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de s? k.4f)

OUTRO ESPECIFICAR: _____

Para a questão 22 as respostas são:

(0) – NEM UM POUCO (1) – UM POUCO (2) – MODERADAMENTE (3) – MUITO

(4)- EXTREMAMENTE

F 22 De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado(a) por cuidar de “S”?

ANEXO B - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES
 HUMANOS - CEP**

CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 30/11/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **SOBRECARGA EM CUIDADORES DE IDOSOS COMUNITÁRIOS DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB.** Protocolo CEP/HULW nº. 679/10, Folha de Rosto nº 385823, da pesquisadora **LARA DE SÁ NEVES LOUREIRO.**

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 30 de novembro de 2010.

Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW