

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPOS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JOÃO EGÍDIO GONÇALVES RODRIGUES

**QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS
DEPENDENTES**

PICOS - PI
2012

JOÃO EGÍDIO GONÇALVES RODRIGUES

**QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS
DEPENDENTES**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador (a):
Prof^ª. Ms. Ana Larissa Gomes Machado

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

R696q Rodrigues, João Egídio Gonçalves.

Qualidade de vida de cuidadores informais de idosos dependentes /
João Egídio Gonçalves Rodrigues. – 2012.

CD-ROM : il. ; 4 ¼ pol. (62 p.)

Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do
Piauí, Picos, 2012.

Orientador(A): Profa. MSc. Ana Larissa Gomes Machado

1. Idosos - Cuidadores. 2. Apoio Social. 3. Qualidade de Vida. I.
Título.

CDD 610.736 5

JOÃO EGÍDIO GONÇALVES RODRIGUES

QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS
DEPENDENTES

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 08/10/12

BANCA EXAMINADORA:

Ana Larissa Gomes Machado

Prof^ª. Ms. Ana Larissa Gomes Machado
Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB
Presidente da Banca

Francisca Tereza de Galiza

Prof^ª. Ms. Francisca Tereza de Galiza
Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB
2º. Examinador

Marília Braga Marques

Prof^ª. Ms. Marília Braga Marques
Professor Assistente Curso Bacharelado em Enfermagem UFPI/CSHNB
3º. Examinador

Dedicatória

Aos meus grandes exemplos de vida, **Luís (i.m)** e **Ana**, por dedicarem a mim todo o amor e cuidado, sendo sempre meu porto seguro.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Deus, pelo dom da vida, por sempre guiar e abençoar cada passo que dou. Que o senhor abençoe essa nova fase em minha vida que está para começar.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Profa. Ms. Ana Larissa Gomes Machado**, por ser sempre disponível, atenciosa, compreensível, dedicada. Grande exemplo de profissional a ser seguida. Sei que não foi fácil, mas sem seus ensinamentos não teria chegado à concretização deste sonho.

Ao **Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva – GPESC** e a todos que contribuíram para realização desta pesquisa.

Às **Profa. Ms. Francisca Tereza de Galiza, Profa. Ms. Marília Braga Marques e Enfermeira Mara Rita Gonçalves Rodrigues**, por aceitarem fazer parte da minha banca e por todas as contribuições propostas.

Aos demais **professores da UFPI**, por todos os conhecimentos transmitidos.

Às integrantes do GPESC: **Maria Aline Holanda, Poliana Oliveira, Saryse Castro, Juliana Caetano e Netinha** pelo auxílio concedido durante a coleta de dados.

A **meus avós** mesmo os que não mais presentes, pelos ensinamentos e palavras de conforto e apoio nas horas difíceis.

Ao demais integrantes do **G5 (Gleiciane Lucena, Gleiciane Conceição, Clara Maria e Gleison Resende)**, por terem sido durante esses 4 anos e meio de curso mais que companheiros de estudo, trabalhos, seminários, farras. Vocês foram para mim amigos irmãos que pude contar nos momentos que mais precisei.

Aos **tios e primos**, em especial minha tia, comadre e madrinha Anadete, pelos conselhos, ensinamentos e por me acompanharem até aqui.

Aos irmãos, **Fábio LÊNIN e Luis Augusto** pelo companheirismo, carinho, afeto.

Aos amigos **Rafael Fernandes, Allan Barros, Aline Holanda, Monnize Holanda, José Valmir, Jean Carlos, Wanderson Cardoso, Jacira Oliveira, Davi Ferreira e Janicléia**

Barros, por todos os momentos de descontração compartilhados e por sempre mostrarem meus erros quando eu não consegui enxergá-los.

Aos **demais colegas de turma**, em especial, **Gleiciane Lucena, Ana Klisse, Loisláyne Barros e Talita Reis** pelas contribuições propostas para realização desse trabalho.

A uma pessoa muito especial que entrou em minha vida nesses últimos meses, despertando um sentimento até então desconhecido. Obrigado pelo amor, carinho, preocupação, cuidado com que sempre me trata. Ao seu lado estou vivendo os momentos mais intensos da minha vida. **Te amo Amor!**

Aos meus afilhados, **Ananda e Kainã**, por sempre acreditarem e torcerem pelo padrinho.

Ao **Luis Carlos, Tamires Silva, Letícia Soares e Sammyra Ingrid** por terem sido meus companheiros de moradia em Picos durante esta jornada.

Aos enfermeiros **Felipe Tavares Duailibe e Risocelly dos Santos Andrade**, por terem concedido a oportunidade de passar uma temporada de estágios com vocês, posso dizer que uma experiência riquíssima para meu amadurecimento pessoal e profissional.

Sem todos vocês eu não teria chegado até aqui. Muito obrigado!

“O tempo que tudo transforma, transforma também o nosso temperamento. Cada idade tem os seus prazeres, o seu espírito e os seus hábitos.”

(Nicolas Boileau)

RESUMO

O aumento da longevidade da população brasileira destaca o idoso como ser mais vulnerável ao aparecimento de doenças crônicas degenerativas e incapacitantes, o que pode contribuir para o desenvolvimento de limitações e dependências. Nesse sentido, os idosos frágeis, necessitam de auxílio para os cuidados e realização das atividades de vida diária, e é a partir desse momento que a família apresenta-se como responsável pelos cuidados com a saúde do idoso. O estudo objetivou analisar a qualidade de vida de cuidadores informais de idosos dependentes na Estratégia Saúde da Família de Picos – PI. O mesmo foi realizado no período de agosto de 2011 a junho de 2012 em duas unidades de saúde, localizadas na zona urbana. Participaram do estudo 50 cuidadores. A coleta de dados deu-se no período de fevereiro a abril de 2012, por meio de visitas domiciliares a idosos dependentes e seus cuidadores. Para a coleta de dados utilizou-se 4 instrumentos: um formulário específico elaborado pelos pesquisadores, Index de Independência nas Atividades de Vida Diária de Katz, *Zarit Burden Interview*, *Medical Outcomes Study 36 – item Short-form health Survey*. A análise dos dados utilizou a estatística descritiva e os resultados foram apresentados por meio de figuras e tabelas. Os resultados mostraram predominância de cuidadoras, (47), na faixa etária de 31 a 60 anos (28), casadas (27), católicas (36), de cor branca (16), com renda de até dois salários mínimos (23), com ensino fundamental incompleto (17), possuíam três filhos ou mais (22), eram filhas dos idosos (27) e residiam com os mesmos (44). Verificou-se ainda, que além de trabalhar no domicílio, 5 dos cuidadores exercem alguma atividade fora dele. A carga horária diária de trabalho predominante no domicílio foi maior que 12 horas (29), sendo atividade exclusiva para os cuidadores que, em sua maioria, não exercem nenhum trabalho remunerado fora de casa (40). Em relação à autopercepção e cuidados com a saúde percebeu-se que maioria dos cuidadores declara sua saúde como regular (22) e referem piora no estado de saúde (21), quando indagados sobre a comparação da saúde antes do cuidado ao idoso. No tocante ao apoio social e familiar ao idoso verificou-se que em sua maioria recebem apoio para o cuidado ao idoso (27), este ofertado com maior frequência por filhos/ filhas (9). Averiguou-se uma moderada sobrecarga de trabalho domiciliar dos cuidadores. Em relação à qualidade de vida demonstraram-se que os menores escores obtidos foram verificados nos domínios Estados Geral de Saúde (50,1) e Aspectos Emocionais (56,6), em contrapartida os maiores escores foram para os domínios Capacidade Funcional (73,9) e Aspectos Sociais (76,2). Diante do exposto, percebe-se a necessidade de apoio aos cuidadores, fazendo-se necessário que os profissionais atuantes na atenção primária demandem uma atenção especial não só ao idoso dependente, mas também ao cuidador, visto que este ao cuidar do idoso passa a apresentar restrições em relação à sua própria saúde, o que interfere diretamente na qualidade de vida dessas pessoas.

PALAVRAS CHAVE: Idoso. Cuidadores. Apoio Social. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The increase of longevity in Brazilian population stand show to be more vulnerable the emergence of degenerative chronic disease sand incapacitating, which contribute the development of limitations and dependencies. In this sense, the frail older, need assistance for the care and conduct of activities of daily life activities, and it is from that time the family presents itself as responsible for the health care of the elderly. The study aimed to analyze the quality of life of informal caregiver of dependent elderly in the Family Health Strategy of Picos- PI. The same was performed between August 2011 to June 2012 in two health centers situated in urban areas. Participants were 50 caregivers. To collect the data it was used 4 instruments: a claim form prepared by the researchers, Index of Independence in Activities of Daily Living Katz, *ZaritBurden Interview*, *Medical Outcomes Study 36 - item Short-form health Survey*. Data collection gave up from February to April 2012, through home visits to dependent elderly and their caregivers. Data analysis used descriptive statistics and the results were presented by figures and tables. The results showed a predominance of caregivers, (47), aged 31-60years (29), married (27), Catholic (36), white (16), with incomes up to two minimum salaries (23) with incomplete primary education (17), had three or more children (22) were daughters of the elderly (27) and lived with them (44). It was also found that addition to working at home, 5 of caregivers did some activity outside it. The daily schedule of work prevalent at home was higher than 12 hours, 29, and exclusive activity for caregivers who mostly did not do any remunerated work outside the home (40). In relation to the perception and health care realized that most caregivers declare their health as regular (22) and related worsening in health status(21), when asked about the comparison of health before elderly care. With respect to social and family support for the elderly found that most of them receive support to care for the elderly (27), this offered more often by sons/daughters (9). It was studied a moderate hard work of home caregivers. In relation to quality of life showed that the lowest scores were found in areas States General Health (50.1) and Emotional Aspects(56.6), however the highest scores were for the Functional Capacity(73,9)and Social Aspects(76.2). With this, it perceives the need to support are givers, making it necessary that the active professionals in primary care demand a special attention not only to the dependent elderly, but also the caregiver, since that when caring for the elderly to present restrictions in relation to you row health, which interferes directly with the quality of life of these people.

KEYWORDS: Elderly.Caregivers.Social Support.Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AVD – Atividade de Vida diária

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PSF – Programa de Saúde da Família

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBASF – Unidade Básica de Saúde da Família

UFPI - Universidade Federal do Piauí

ZBI – Zarit Burden Interview

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Redes de apoio familiar e social do cuidador. Picos-PI, fev./abr., 2012.....29
- Figura 2.** Classificação da sobrecarga de trabalho dos cuidadores. Picos-PI, fev./abr., 2012.....29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização socioeconômica dos cuidadores, Picos-PI, fev/abr, 2012.....	26
Tabela 2.	Carga horária diária de trabalho do cuidador. Picos-PI, fev/abr, 2012.....	27
Tabela 3.	Autopercepção e cuidados com a saúde, Picos-PI, fev/abr, 2012.....	28
Tabela 4.	Valores obtidos para cada componente do SF-36. Picos-PI, fev./abr., 2012.....	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 Geral.....	17
2.2 Específicos.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
4 METODOLOGIA	23
4.1 Tipo de estudo.....	23
4.2 Local e período de estudo.....	23
4.3 População e amostra.....	24
4.4 Procedimentos de coleta de dados.....	24
4.5 Apresentação e análise dos dados.....	25
4.6 Aspectos éticos.....	26
5 RESULTADOS	27
6 DISCUSSÃO	32
7 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES	42
ANEXOS	43

1 INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade da população brasileira destaca o idoso como ser mais vulnerável ao aparecimento de doenças crônicas degenerativas transmissíveis ou não e/ou incapacitantes, o que pode contribuir para o desenvolvimento de limitações e dependências.

No contexto brasileiro, o envelhecimento se faz de maneira acelerada e o País conta com uma população de idosos, no ano de 2010, na ordem 20.590.599 milhões de habitantes. Isso representa um aumento na proporção de idosos com 65 anos ou mais, que era de 5,9% em 2000 para 7,4% em 2010. Já na Região Nordeste a proporção de idosos na população passou de 5,8% em 2000 para 7,2% em 2010. O Nordeste ainda tem, comparado a outras regiões, características de uma população jovem. Seus níveis de fecundidade também eram muito altos até 1980, mas a rápida queda a partir dessa década indica a clara tendência de envelhecimento de sua população. O estado do Piauí apresenta uma população de 331.877 idosos (IBGE, 2010).

Nem todos os idosos apresentam-se independentes. Alguns são acometidos pela fragilidade, a qual é compreendida como uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida aos estressores (BRASIL, 2006). Nesse sentido, os idosos frágeis, necessitam de auxílio para os cuidados e realização das atividades de vida diária, e é a partir desse momento que a família apresenta-se como responsável pela manutenção, prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde do idoso.

Para o cuidado desses idosos, o cuidador é fundamental, pois trata-se de uma pessoa, pertencente à família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menos grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa (BRASIL, 2006).

O cuidado informal é aquele realizado por esposas/maridos, filhos, vizinhos, amigos, entre outros, tendo predominância do sexo feminino, ou seja, cuidadores são pessoas que tenham algum tipo de vínculo com esses idosos e que se apresentem favoráveis a tal atividade. O cuidado informal ao idoso é realizado geralmente por membros da família que não visam fins lucrativos, mas sim o conforto de seus entes queridos, e para tanto passam a assumir as responsabilidades do cuidado com o idoso (ROMAO e PEREIRA, 2008).

Segundo Ferreira (2007), quanto maior a dependência, maior terá que ser a dedicação do cuidador que pode ser tanto informal, que é geralmente um familiar, quanto formal, que é um profissional capacitado para atender as necessidades do idoso dependente.

Para Fenandes e Garcia (2009), a experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido colocada como tarefa exaustiva e estressante, pois o cuidador ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso passa a ter restrições em relação à sua própria vida.

As tarefas atribuídas ao cuidador, muitas vezes sem orientação adequada, o suporte das instituições de saúde, a alteração das rotinas e o tempo despendido no cuidado têm impactos direto sobre a qualidade de vida do cuidador (AMENDOLA; OLIVEIRA; ALVARENGA, 2008).

Segundo Minayo; Hartz; Buss (2000) qualidade de vida é um conceito eminentemente humano, que tem sido aproximado ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe ainda, a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinam uma sociedade considerando seu padrão de conforto e bem-estar.

Para o Grupo de qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, a qualidade de vida foi definida como, a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994).

O apoio social é de vital importância para o cuidador, visto que constituiu-se qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material fornecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Focaliza a qualidade das interações, ou seja, por um processo recíproco, deve gerar efeitos positivos tanto para quem recebe como também para quem oferece o apoio (VALLA, 1999).

O cuidado ao idoso dependente é uma tarefa árdua e geralmente assumida por pessoas que desempenham outras atividades além do cuidado, e em algumas vezes impõe aos cuidadores situações de sobrecarga de trabalho, o que pode contribuir para o aparecimento de problemas de saúde e mudanças na qualidade de vida destes.

Dessa forma, foi realizada uma pesquisa acerca da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos dependentes, já que esse tipo de cuidado vem se tornando cada vez mais necessário para os idosos frágeis.

Esta pesquisa é de fundamental importância para a enfermagem já que proporciona o conhecimento acerca da qualidade de vida, sobrecarga de trabalho, características sociodemográficas e clínicas dos cuidadores, contribuindo para que desta forma sejam traçadas estratégias eficazes para a prevenção e detecção de qualquer tipo de alteração na saúde dos cuidadores informais.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a qualidade de vida de cuidadores informais de idosos dependentes para atividades de vida diária na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Picos – PI.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil socioeconômico e de saúde dos cuidadores familiares de idosos;
- Investigar as redes sociais de apoio ao cuidador informal;
- Averiguar a existência de sobrecarga de trabalho domiciliar dos cuidadores.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O Brasil é um dos países em desenvolvimento onde o envelhecimento da população está ocorrendo com grande velocidade. Nos últimos 50 anos houve um aumento expressivo da população com 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

Com o envelhecimento da população, é visto o crescimento rápido e preocupante do aumento do número de indivíduos com doenças crônico-degenerativas e limitadoras. A condição crônica, limitadora e dependente, requer dos serviços de saúde e da família, competências e aprendizado de habilidades constantes para seu manejo (ORSO, 2008). O crescimento da população de idosos leva ao aumento do número de pessoas com debilidades físicas e emocionas e, em muitos casos podem depender de um cuidador (ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008).

Segundo, Gomes e Gomes apud Viera (2010), o processo de transição epidemiológica ocorre hoje em todos os países desenvolvidos e se caracteriza pelo controle das doenças transmissíveis e aumento da esperança de vida, passando as doenças não-transmissíveis a terem mais importância nos aspectos de morbi-mortalidade da população.

Diante desse cenário surge o papel do cuidador, forjado subjetivamente na medida em que aparecem as dificuldades cotidianas de uma nova realidade, exigindo a tomada de decisões e a incorporação de atividades que passam a ser de sua inteira responsabilidade (LUZARDO; CORINI; SILVA, 2006).

Percebe-se que concomitante ao aumento da expectativa de vida e longevidade da população brasileira, associa-se o aumento das doenças crônico-degenerativas que podem levar os idosos a restrições na realização de algumas atividades da vida cotidiana, fazendo-se necessário a presença de um suporte, o qual é geralmente oferecido por um membro da família.

O cuidado ao idoso é voluntário e complexo, tomado por sentimentos diversos e contraditórios como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação e choro. Esses sentimentos podem ser simultâneos e devem ser compreendidos, fazendo parte da relação entre o cuidador e a pessoa cuidada (BRASIL, 2006)

Salgueiro e Lopes (2010) conduziram um estudo em que analisaram o funcionamento da família cuidadora, relacionando o nível de dependência do familiar idoso e a idade dos cuidadores com a dinâmica familiar. Os achados do estudo permitiram identificar uma predominância do gênero feminino sobre o masculino quer nos idosos dependentes,

como nos próprios cuidadores principais. Em relação ao nível de coesão real, a totalidade de famílias apontam para um tipo familiar equilibrado e funcional onde existem fronteiras bem definidas, onde por um lado, têm-se o sentimento de pertença à unidade familiar e por outro, a possibilidade de individualização dessa unidade.

O desencadeamento de limitações e dependência pelos idosos leva a necessidade de um apoio domiciliar que possa subsidiar o cuidado e a realização de atividades cotidianas necessárias para com o idoso dependente.

Segundo Rocha; Vieira; Sena (2008) a atenção domiciliar surge como modelagem de atenção especialmente para idosos com doenças incapacitantes, dependentes do apoio de cuidadores. Essa modalidade de atenção é tão antiga quanto os agrupamentos sociais, mas tem se tornado mais visível com o envelhecimento da população e a reconfiguração do domicílio como “locus do cuidado”.

Estudos recentes mostram a necessidade de entender em que condições acontecem esse cuidado desempenhado pelo familiar, pois cuidar do idoso em casa é, certamente, uma situação que deve ser estimulada, mas cuidar de um idoso com algum tipo de incapacidade funcional é uma tarefa muito difícil (VIEIRA, 2010).

Percebe-se que o cuidado ao idoso ainda é feito predominantemente por mulheres, embora a figura masculina se apresente apta a essa atividade e em números cada vez mais significativos. No estudo de Fereira (2007) evidenciou-se que a mulher pode ser a cuidadora, por exemplo, porque é a dona de casa, que cuidou dos filhos, do marido e em tese está apta e preparada para assumir o cuidado do idoso, e acredita nessa obrigação.

A experiência de assumir a responsabilidade por idosos dependentes tem sido colocada pelos cuidadores familiares como uma tarefa exaustiva e estressante, pelo envolvimento afetivo e por ocorrer uma transformação de uma relação anterior de reciprocidade para uma relação de dependência, em que o cuidador, ao desempenhar atividades relacionadas ao bem-estar físico e psicossocial do idoso, passa a ter restrições em relação à sua própria vida (FERNANDES e GARCIA, 2009).

Segundo Vieira (2010), em seu estudo realizado com cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral e o cuidado clínico de enfermagem, a situação de cuidar é bem desgastante para o familiar que cuida de um paciente idoso com incapacidade funcional após um AVC, que apresentará dependência para realização de suas atividades de vida diária e necessidades para enfrentar e se adaptar às suas novas condições de vida.

O cuidador familiar trabalha sobrecarregado, sem ajuda e sem orientações pertinentes, interferindo na sua qualidade de vida e a do ser cuidado (NARDI; OLIVEIRA, 2008).

Em muitos casos os cuidadores podem encontrar-se sob estresse, sem tempo disponível para cuidar de si próprio e com uma grande sobrecarga de trabalho. Para tanto, faz-se necessário o apoio social aos cuidadores, através de programas que os assistam de maneira integral e que estejam dispostos a minimizar o impacto dos problemas em seu estado de saúde.

Quando um cuidador está disponível, a carga sobre ele pode ser muito significativa. É importante que outras opções assistenciais sejam oferecidas às famílias com o objetivo de adequar as necessidades emanadas pelos idosos. Os grupos de cuidadores podem ser uma estratégia útil para esse fim (BRASIL, 2006).

Rocha; Vieira e Sena (2008) sugerem para os profissionais de saúde propor políticas e implantar programas de suporte social à família, voltadas a realidade dos cuidadores, oferecer as orientações necessárias ao cuidado, proporcionar atenção à saúde dos cuidadores, bem como, que as famílias sejam incentivadas a atuar junto com o cuidador do idoso dependente.

O suporte familiar é primordial para uma prestação de cuidados de qualidade ao idoso. Prestar cuidados em casa a pessoas dependentes é uma tarefa árdua que pode acarretar consequências para o cuidador e para a família como um todo, podendo acarretar problemas para os idosos e para seus cuidadores, o que pode interferir diretamente na saúde dos mesmos (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Luzardo; Corini e Silva (2006) afirmam em seu estudo que a extensão e a complexidade de algumas doenças crônicas, progressivas e degenerativas repercutem de forma negativa sobre o cuidador, sendo esse merecedor de atenção especializada dos profissionais e dos serviços de saúde, no que concerne a educação em saúde, pois muitas vezes desconhece as condutas adequadas frente às manifestações das doenças e às exigências de cuidar de um idoso fragilizado.

Crossetti e Schossler (2008) afirmam que cuidar de um idoso no domicílio é uma tarefa árdua, pois geralmente aquele que cuida, não possui apenas essa atividade e acaba conciliando-a com outras tarefas, como o cuidado dos filhos, da casa, atividade profissional, dentre outras. Este acúmulo de atividades resulta em esgotamento, podendo levar o cuidador domiciliar ao adoecimento.

Rocha; Vieira e Sena (2008) realizaram um estudo sobre a vivência dos cuidadores informais de idosos. Os achados mostraram que diversos são os desafios e dificuldades no cotidiano dos cuidadores tais como convívio diário com os distúrbios de comportamento apresentados pelos idosos, dificuldade das pessoas cuidadas em executar atividades da vida diária, falta de preparo para o cuidado, sobrecarga de trabalho, falta de conhecimento, dificuldades financeiras, falta de uma rede de suporte social, falta de tempo para si próprio e para o contato com a família e os amigos, desempenho de novas tarefas para o cuidado e falta de tempo para lazer.

Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008), em seu estudo acerca da qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família – Associação Congregação Santa Catarina (PSF-ACSC), identificaram uma sobrecarga moderada de trabalho do cuidador e verificaram que indivíduos que referiram ter maior sobrecarga de trabalho apresentam menos satisfatoriamente sua saúde e qualidade de vida.

Minayo; Hartz e Buss(2000) em seu estudo intitulado qualidade de vida e saúde: um debate necessário afirma que o termo qualidade de vida abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Machado, Freitas e Jorge (2007) conduziram um estudo em que identificaram os significados atribuídos pelos cuidadores familiares de portadores de Síndrome Metabólica às suas ações de cuidado, no contexto domiciliar em uma Unidade Básica de Saúde (UBASF) na cidade de Fortaleza, Brasil. Através do estudo identificaram-se dificuldades financeiras no tocante ao aumento dos custos oriundos do tratamento e alimentação de seus familiares, e as necessidades emocionais das cuidadoras como principais dificuldades vivenciadas no cuidado ao idoso.

Dessa forma, Amendola; Oliveira e Alvarenga (2008) defendem que além das ações em âmbito particular e pontual como orientações de como realizar o cuidado, assistência à saúde, apoio físico e emocional aos cuidadores, que cabe às equipes de saúde da família ações que contemple os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitando uma intervenção mais efetiva na mudança do perfil de saúde e doença dessa população. Isso significa atuações intersetoriais e com a participação da comunidade para planejarem as ações que busquem melhorar a qualidade de vida das pessoas dependentes e seus cuidadores.

Para Minayo; Hartz; Buss (2000) O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Outro aspecto estudo na qualidade de vida é a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), a qual enfatiza o impacto da condição de saúde sobre a qualidade de vida do indivíduo. Ela deriva da experiência do sujeito quanto aos seus problemas de saúde abrangendo vários domínios, nem sempre priorizada pelo profissional de saúde, e tem implicações importantes na avaliação dos efeitos das intervenções terapêuticas (Rodrigues, 2010).

A QVRS fornece informações sobre o funcionamento e bem estar do paciente, sendo fundamental na avaliação dos benefícios das intervenções, permitindo o conhecimento do impacto da doença e do tratamento. Devendo-se destacar que a doença é apenas um dos aspectos que influenciam na qualidade de vida, ou seja, pacientes com a mesma doença, mas com características pessoais distintas, podem apresentar graus diferentes de comprometimento da qualidade de vida (COGHI, 2005).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem de natureza quantitativa. As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população. Podem ser elaboradas também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis. Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental (GIL, 2010).

Nos estudos descritivos, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira neles. Isso significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não manipulados pelo pesquisador (ANDRADE, 2006).

Os estudos transversais analisam dados em um determinado ponto no tempo; isto é, os dados são coletados apenas numa ocasião com os mesmos assuntos e não sobre os mesmos assuntos em vários pontos do tempo (LOBIONDO-WOOD, 2001).

4.2 Local e período de estudo

O estudo foi realizado no período de agosto de 2011 a junho de 2012, através de visitas aos domicílios de idosos cadastrados em duas Unidades de Saúde da Família, localizadas na zona urbana do município de Picos - PI. A escolha das unidades deu-se por conveniência a partir dos seguintes critérios: apresentar o maior quantitativo de idosos cadastrados e ser de fácil acesso para o pesquisador.

Picos é uma cidade da região Sudeste Piauiense, que faz parte da Macrorregião 3 – Semiárido, território do Vale do Guaribas. Fundada em 12 de dezembro de 1890, está a 206m de altitude, 320km distante de Teresina (capital do Estado) e tem uma população estimada em 73.414 habitantes (IBGE, 2010).

O município de Picos conta atualmente com um total de 30 unidades de ESF, 20 localizadas na zona urbana e 10 na zona rural. Vale ressaltar que duas unidades da ESF dividem o mesmo espaço físico para realização das atividades relacionadas à atenção básica.

4.3 População e amostra

A população constituiu-se por cuidadores informais de idosos do município de Picos-PI e a amostra utilizada deu-se por conveniência, devido ao fato da não existência de registros acerca da quantidade de idosos dependentes e cuidadores informais do município.

A amostra teve como base o estudo realizado por Torres (2011) acerca do perfil de cuidadores familiares de idosos fragilizados do município de Picos-PI, para o qual a amostra foi constituída por 100 cuidadores.

Para realização desta pesquisa pretendeu-se utilizar uma amostra similar. No entanto, a amostra desse estudo constituiu-se por 50 cuidadores. Esse fato ocorreu em virtude de algumas dificuldades, tais como: identificação (localização) dos idosos dependentes, bem como das microáreas de abrangência das unidades, dificuldade de encontrá-los em suas residências no momento da coleta de dados e resistência de alguns cuidadores em aceitar participar do estudo. A amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

1. Ser cuidador familiar de idoso dependente para as atividades básicas de vida diária;
2. Ser o cuidador principal, identificado pela família ou pelo idoso dependente;
3. Apresentar condições de comunicação e expressão.

4.4 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados deu-se no período de fevereiro a abril de 2012, por meio de visitas domiciliárias a idosos dependentes. A busca pelos participantes ocorreu a partir de informações colhidas junto às enfermeiras e agentes comunitários de saúde (ACS) das equipes da ESF, acerca da existência de idosos dependentes, bem como, de cuidadores informais nas áreas de abrangências. Foram investigados os registros de acompanhamento de visita domiciliar das unidades em busca de possíveis idosos dependentes. No primeiro momento, os cuidadores foram indagados quanto ao desempenho das AVD para identificação da independência/ dependência dos idosos. Após a identificação da dependência dos idosos, seus respectivos cuidadores foram questionados quanto à sobrecarga de trabalho e qualidade de vida.

Os dados foram coletados por meio de quatro instrumentos. O primeiro, um formulário específico elaborado pelos pesquisadores (APÊNDICE A) para investigar as

principais características sociodemográficas, perfil clínico dos cuidadores e existência de redes de apoio social ao cuidador.

Para a avaliação da dependência de idosos utilizou-se um formulário - Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de KATZ (ANEXO A), o qual avalia a independência/ dependência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes. Para classificação dos idosos quanto à dependência para realização das AVD utilizou-se a classificação proposta por Katz (ANEXO B).

Um terceiro instrumento foi utilizado para a avaliação da sobrecarga de trabalho dos cuidadores *Zarit Burden Interview* (ZBI) (ANEXO C). Compreende uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas se sentem ao cuidar de outra pessoa, além de permitir verificar o estresse nos cuidadores (BRASIL, 2006). A média dos escores de sobrecarga de trabalho variam entre 0 e 88. Quanto mais próximo de zero, menor será a sobrecarga de trabalho, em contrapartida, quanto mais próximo de 88, maior será a sobrecarga de trabalho destes. Para identificação do grau da sobrecarga de trabalho dos cuidadores utilizou-se a classificação proposta por Oliveira et. al. (2011) (ANEXO D).

Por fim, para avaliar a qualidade de vida dos cuidadores, foi utilizado o *Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey* (SF-36) (ANEXO E), o qual analisa a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS). Este instrumento possui 11 questões e 36 itens divididos em oito domínios (estado geral da saúde, capacidade funcional, aspectos físico, aspectos emocionais, aspectos sociais, dor, vitalidade e saúde mental). Os métodos de análise obedeceram a uma classificação já estabelecida para o instrumento utilizado (ANEXO F). Os valores obtidos para cada domínio variam de 0 a 100. Valores próximos a zero demonstram uma menor qualidade de vida, bem como, valores próximos a 100 uma melhor qualidade de vida dos cuidadores.

4.5 Apresentação e análise dos dados

Os dados foram digitados e tabulados no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0. A análise dos dados utilizou a estatística descritiva e os resultados foram apresentados por meio de figuras e tabelas.

4.6 Aspectos éticos

O estudo obedeceu às diretrizes e normas sobre pesquisas com seres humanos constantes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº196/96, na qual cada participante deve ser previamente informado acerca dos objetivos da pesquisa, bem como assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) antes da coleta de dados, onde constam a garantia do sigilo das informações e o anonimato do sujeito, mencionando ainda que o mesmo poderá desistir a qualquer momento, sem prejuízo de nenhuma espécie (BRASIL, 1996).

Este projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP da Universidade Federal do Piauí (UFPI) tendo sido aprovado em seus aspectos éticos e legais recomendados pela resolução nº 196/96 do Conselho Nacional, Nº CAAE: 0417.0.045.000-11(ANEXO G).

5 RESULTADOS

Foram investigados 50 cuidadores de ambos os sexos, dos quais predominaram as mulheres, (47; 94%), na faixa etária de 31 a 60 anos (29; 58%), casadas (27; 54%), católicas (36; 72%), de cor branca (16; 32%), com renda de até dois salários mínimos (23; 46%), com ensino fundamental incompleto (17; 34), possuíam três filhos ou mais (22; 44%), eram filhas dos idosos (27; 54%) e residiam com os mesmos (44; 88%).

Tabela 1. Caracterização socioeconômica dos cuidadores, Picos-PI, fev/abr, 2012.

VARIÁVEIS	F	%	
Sexo			
Feminino	47	94	
Masculino	3	6	
Faixa etária			
18 - 30 anos	6	12	Mediana: 50,5 anos
31 - 59 anos	28	56	
60 - 90 anos	16	32	
Estado Civil			
Solteiro	12	24	
Casado	27	54	
Viúvo	8	16	
Divorciado	1	2	
Outro	2	4	
Religião			
Católico	36	72	
Evangélico	14	28	
Cor			
Branco	16	32	
Negro	8	16	
Pardo	13	26	
Indígena	1	2	
Não sabem/não declararam	12	24	
Renda			
< 1	7	14	Mediana: R\$: 1244,0
1 - 2	23	46	
2 - 3	16	32	
> 4	4	8	
Escolaridade			
Analfabeto	15	30	
Ensino Fundamental Incompleto	17	34	
Ensino Fundamental Completo	12	24	
Ensino Médio Incompleto	5	10	
Ensino Superior Incompleto	1	2	

Número de Filhos

Sem Filhos	12	24
Até 2	16	32
3 ou mais	22	44

Grau de parentesco com o idoso

Cônjuge/ companheiro	11	22
Filho/ filha	27	54
Neto/ neta	3	6
Irmão/ irmã	1	2
Sem grau de parentesco	8	16

Mora com o idoso

Sim	44	88
Não	6	12

*Salário mínimo atual (2012) = R\$622,00

A seguir, na Tabela 2, serão apresentados os dados relacionados à jornada de trabalho do cuidadores.

Tabela 2. Carga horária diária de trabalho do cuidador. Picos-PI, fev/abr, 2012.

VARIÁVEIS	F	%
Realiza trabalho remunerado fora de casa		
Sim	5	10
Não	45	90
CH diária de cuidado ao idoso no domicílio		
4 – 8	6	12
9 – 12	15	30
> 12	29	58
CH de trabalho fora do domicílio		
Até 4 horas	3	60
> 4 horas	2	40

*CH: carga horária

Verificou-se que além de trabalhar no domicílio, 10% dos cuidadores exercem alguma atividade fora dele. A carga horária diária de trabalho predominante no domicílio foi maior que 12 horas (29; 58%), sendo atividade exclusiva para os cuidadores que, em sua maioria, não exercem nenhum trabalho remunerado fora de casa (40; 80%). Dos cuidadores que trabalhavam fora de casa, a maioria relatou realizar as seguintes atividades: lavrador, vendedor, funcionário público.

Na tabela 3 serão apresentados os dados relativos aos cuidados e auto percepção relacionados à saúde dos cuidadores.

Tabela 3. Autopercepção e cuidados com a saúde, Picos-PI, fev/abr, 2012.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Autopercepção de saúde		
Ótima	4	8
Boa	15	30
Regular	22	44
Ruim	9	18
Muito ruim	0	0
Comparação à saúde antes do cuidado ao idoso		
Melhor	12	24
Igual	17	34
Pior	21	42
Consultas médicas nos últimos 12 meses		
Nenhuma	20	40
Uma	12	24
Duas	6	12
Três ou mais	12	24
Internações nos últimos 12 meses		
Nenhuma	45	90
Uma	4	8
Duas	0	0
Três ou mais	1	2

Percebeu-se que maioria dos cuidadores declara sua saúde como regular (22; 44%) e referem piora no estado de saúde (21; 42%), quando indagados sobre a comparação da saúde antes do cuidado ao idoso. No que concerne aos cuidados com a saúde, evidenciou-se que esses não realizaram nenhuma consulta médica nos últimos 12 meses (20; 40%), referindo ainda não ter tido nenhuma internação no período de 12 meses (45; 90%).

A análise das informações colhidas quanto às redes sociais de apoio ao cuidador informal é apresentada na figura 1.

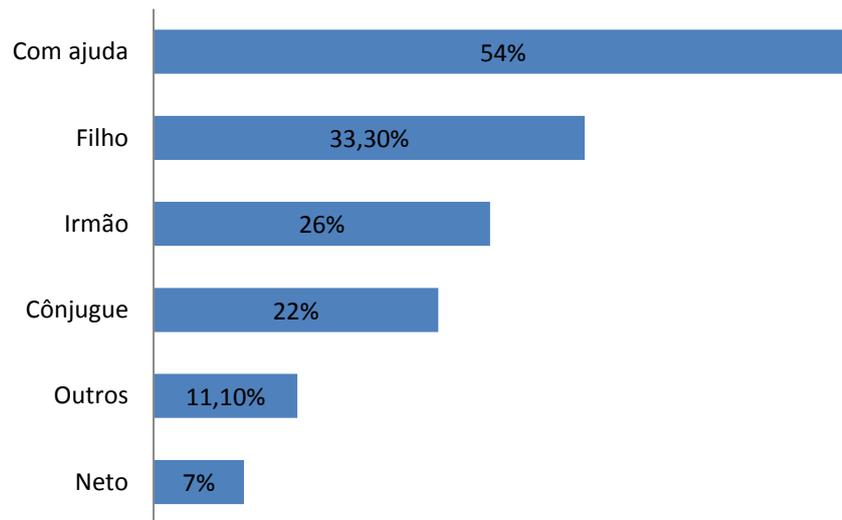


Figura 1. Redes de apoio familiar e social do cuidador. Picos-PI, fev./abr., 2012.

Conforme análise da figura 1 verificou-se que a maior parte dos cuidadores recebe apoio para o cuidado ao idoso (27; 54%). Este auxílio é ofertado com maior frequência por filhos/ filhas (33,3%). Vale ressaltar que mesmo em menor número, outros familiares exerciam o papel de cuidador, a saber: irmão (ã), cônjuge/ companheiro, neto (a). Outras pessoas sem grau de parentesco com o idoso e que exercem esse tipo de trabalho voluntariamente também foram identificadas.

Para apresentar a classificação da sobrecarga de trabalho dos cuidadores foi elaborada a figura 2.

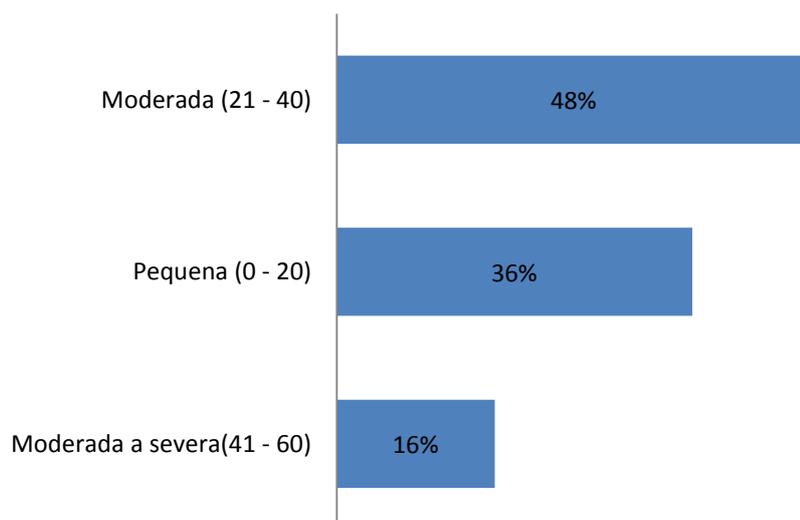


Figura 2. Classificação da sobrecarga de trabalho dos cuidadores. Picos-PI, fev./abr., 2012.

A aplicação da escala de avaliação da sobrecarga de trabalho resultou na variação entre 7 e 53 pontos, com uma mediana de 25,0 pontos. De acordo com a análise da figura 2, averiguou-se que a maioria dos cuidadores apresentou moderada sobrecarga de trabalho, o que sugere moderado nível de estresse do cuidador, (24; 48%).

A seguir, na tabela 4, são apresentados os escores relativos à qualidade de vida dos cuidadores, segundo os itens do *Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey* (SF-36).

Tabela 4 – Valores obtidos para cada componente do SF-36. Picos-PI, fev./abr., 2012.

Componentes	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Capacidade funcional	73,9	23,7	15,0	100,0
Aspectos físicos	58,5	39,9	0	100,0
Dor	64,1	24,3	20,0	92,0
Estado geral de saúde	50,1	16,6	15,0	92,0
Vitalidade	64,6	24,3	10,0	100,0
Aspectos sociais	76,2	25,6	0	100,0
Aspectos emocionais	56,6	41,6	0	100,0
Saúde mental	73,6	21,3	22,0	100,0

Verificou-se que os valores médios dos escores obtidos variaram entre 50,1 e 76,2. Os menores escores obtidos foram verificados nos domínios Estados Geral de Saúde (50,1) e Aspectos Emocionais (56,6), o que representa qualidade de vida regular dos cuidadores para estes critérios. Em contrapartida, os maiores escores obtidos foram para a Capacidade Funcional (73,9) e Aspectos Sociais (76,2), representando uma boa qualidade de vida dos cuidadores relacionada à saúde para esses quesitos.

6 DISCUSSÃO

Foram investigados 50 cuidadores informais de idosos dependentes e predominaram, entre eles, as mulheres cuidadoras. Esse fato foi observado também no estudo realizado por Orso (2008), onde foram investigados 47 cuidadores, dos quais 93,6% eram do sexo feminino.

Vale ressaltar que o fato anterior também foi observado na pesquisa realizada por Salgueiro e Lopes (2010), na qual 80% dos cuidadores familiares eram mulheres, sendo assim, percebe-se a feminização no cuidado ao idoso dependente.

Para Vieira e Fialho (2010) o aspecto da feminização do cuidado ainda está presente culturalmente na sociedade brasileira, pois apesar das mudanças sociais ocorridas, da maior participação da mulher no mercado de trabalho e das transformações dos papéis e valores da família, a mulher ainda é a principal responsável pelo cuidado, sendo este compreendido, muitas vezes, como uma extensão das atividades domésticas.

Encontravam-se na faixa etária de 31 a 60 anos (58%), com mediana de idade de 50,5 anos. Achados semelhantes a estes foram encontrados no estudo realizado por Trigueiro *et al.* (2011), acerca do perfil sociodemográfico e índice de qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência, no qual a idade variou entre 19 e 63 anos, com média de $36,29 \pm 11,10$ anos.

As cuidadoras deste estudo eram em sua maioria casadas. O estudo realizado por Santos e Pavarini (2010) entra em conformidade com este, pois, a maior parte dos cuidadores (67%) é casada ou vive com o companheiro. Já o estudo de Murta *et. al.* (2008) constatou que 52,2% dos cuidadores de sua pesquisa eram solteiros.

Para Nardi (2007), o estado civil do cuidador também requer atenção. Ser casado pode ser um fator positivo e facilitador quando constitui um apoio para as atividades desenvolvidas, ou negativo quando gera sobrecarga ao cuidador pelo acúmulo de papéis. Ser solteiro também reflete uma preocupação, pois a tarefa de cuidar pode influenciar negativamente na vida pessoal do cuidador.

Foi observado que a renda dos cuidadores nessa pesquisa era reduzida, o que obrigou alguns cuidadores a realizar atividades fora do domicílio. Segundo Vieira e Fialho (2010), a baixa renda familiar oferece dificuldades para a aquisição de alimentos, medicamentos, equipamentos, transporte, fora outros suprimentos necessários para a prestação de cuidados ao idoso, configurando um fator preocupante em relação à qualidade

deste cuidado dispensado, porque além dos gastos com as despesas normais da família, sabe-se que a condição de dependência gera gastos que oneram ainda mais o sistema de cuidado.

Acerca do nível de escolaridade dos cuidadores desta pesquisa, observou-se que possuíam poucos anos de estudo em sua maioria, estando em conformidade com pesquisa congênere realizada por Torres (2011) na qual 36% dos cuidadores fizeram até o ensino fundamental e 16% eram analfabetos. Já no estudo realizado por Santos e Pavarini (2010) observa-se uma significativa porcentagem de cuidadores com ensino fundamental incompleto (47%) e apenas 3% analfabetos.

As filhas dos idosos foram os familiares que se apresentaram em maior frequência como cuidadores nesta investigação e residiam junto ao idoso. Corroborando com esse achado, nos estudos realizados por Silva et.al (2010) e por Perlini e Faro (2005), 37,8% e 40% dos cuidadores eram filhas, respectivamente. Dessa forma, percebe-se mais uma vez a presença da mulher com responsável por desempenhar o papel de cuidador, a qual se apresenta como responsável pelos cuidados ao idoso dependente.

Os achados da pesquisa realizada por Amendola *et al.* (2008) reforçam o papel social da mulher, historicamente determinado, onde é esperado que ela seja a cuidadora principal e que o cuidado a pessoas dependentes fique a cargo dos parentes mais próximos. Para Rates (2007), a mulher assume o papel de cuidador não só por amor e compromisso, mas também por obrigação, imposta pelos laços morais e de parentesco.

Situação semelhante aos cuidadores desta pesquisa foi encontrada no estudo de Vieira e Fialho (2010), no qual a maioria dos cuidadores residia junto ao idoso (75%). A moradia junto ao idoso foi bastante mencionada pelos cuidadores desta pesquisa, esse fato deve-se ao apego que o idoso tem ao seu ambiente domiciliar e torna bem mais fácil a dispensação dos cuidados relativos à manutenção da saúde destes.

Verificou-se que predominou a carga horária diária de trabalho dos cuidadores investigados exercida no domicílio, sendo atividade exclusiva para os cuidadores que, em sua maioria, não exercem nenhum trabalho remunerado fora de casa. Esse fato também ocorreu no estudo realizado por Orso (2008), no qual 97,9% dedicam em média mais de cinco horas aos cuidados diários com o idoso. No estudo realizado por Oliveira et. al. (2011), com 126 cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial, 69,8% dedicam mais de 10 horas diárias ao cuidado com o idoso no domicílio.

A maioria dos cuidadores referiu não possuir trabalho remunerado fora de casa somente, dedicando-se em tempo integral às atividades relativas ao cuidado com o idoso. No entanto, no estudo realizado por Vieira e Fialho (2010), 57,7% dos cuidadores de idosos com

acidente vascular cerebral isquêmico encontrava-se desempregados, o que pode ser confirmado também no estudo realizado por Gonçalves et. al. (2006) onde 53% dos cuidadores referiram não ter atividades extradomiciliares, dedicando-se ao cuidado do idoso e de outros membros da família, além dos afazeres domésticos.

Alguns dos cuidadores também trabalhavam fora de casa. Trabalhar fora de casa apresenta-se como uma necessidade de realização pessoal, bem como, auxílio nas despesas relativas ao cuidado ao idoso dependente ou mesmo como uma fuga do cuidado. As atividades relativas ao cuidado ao idoso são bastante desgastantes, visto que este se torna responsável pelos cuidados aos idosos dependentes e trabalhar fora de casa impõe uma sobrecarga de trabalho do cuidador, podendo interferir diretamente na qualidade de vida e saúde do cuidador e do idoso cuidado.

Para Cerqueira; Oliveira (2002) o tempo de trabalho do cuidador deve ser avaliado com cautela, uma vez que, a atividade exercida por ele é deveras desgastante e a tarefa de cuidar de um adulto dependente, implica riscos de tornar o cuidador doente e igualmente dependente.

Em relação aos dados referentes à autopercepção e cuidados com a saúde dos cuidadores percebeu-se que maioria declara piora no estado de saúde quando comparam a saúde antes do cuidado ao idoso. Os resultados apresentados nesta pesquisa diferem com os da pesquisa realizada por Torres (2011), onde 67% dos cuidadores referiram ter a mesma saúde quando indagados sobre o seu estado de saúde nos últimos 5 anos. Percebe-se com isso, que o cuidado ao idoso dependente pode causar um impacto negativo aos cuidadores, bem como restrições em relação a sua própria saúde.

Para Nardi (2007) a família necessita se reestruturar e dividir tarefas para ajudar no cuidado. Apesar de poder contar com o apoio dos filhos para as tarefas no cotidiano, essa ajuda pode não ser suficiente associada ao grau de dependência do idoso, bem como à idade, à escolaridade e ao estado de saúde do cuidador. Estudos mostram que o estresse maior está relacionado à falta de ajuda por parte dos familiares. O cuidador, ao assumir sozinho o cuidado do idoso no domicílio, manifesta frequentemente seu desconforto e sentimento de solidão, quando não sente apoio de outros membros da família (SIMONETTI; FERREIRA, 2008).

Verificou-se que a maior parte dos cuidadores recebe apoio para o cuidado ao idoso sendo ofertado com maior frequência por filhos/ filhas. Dados da pesquisa realizada por Orso (2008) apresentam concordância com esta, pois 34% dos cuidadores da pesquisa residem diretamente com o seu cuidador, reforçando as relações entre as gerações familiares.

A falta de apoio para cuidar do idoso dependente, falta de tempo para o lazer, poucos recursos financeiros, limitações em relação ao cuidado, falta de apoio ao cuidador tem se tornado fatores condicionantes que podem levar ao adoecimento dos próprios cuidadores.

Segundo Bocchi (2004), o papel de cuidador não é desempenhado sem dificuldades e transtornos. Há sobrecargas físicas e emocionais no ato de cuidar do outro. Entre elas destacam-se: o isolamento social, as mudanças e as insatisfações conjugais, as dificuldades financeiras e os déficits na saúde física e no autocuidado do cuidador.

No estudo realizado por Pavarinni et. al (2008) acerca da vivência de cuidadores familiares de idosos com Alzheimer percebeu-se a necessidade premente de uma rede de suporte familiar e social, especialmente destinado aos cuidadores, para facilitar as discussões, as trocas de experiências e a transmissão de conhecimentos sobre as maneiras de cuidar do idoso com Alzheimer, além de aliviar as expectativas e os efeitos ansiogênicos gerados pelo processo de cuidar.

Um fator importante encontrado nessa pesquisa e que merece destaque foi o que apenas 9% dos cuidadores do estudo referiram utilizar estratégias de auxílio para o cuidado ao idoso, sendo este limitado ao culto religioso. Para Orso (2008) muitos cuidadores procuram a religião como forma de apoio para fugir um pouco de todo o desgaste físico e emocional que o cuidado traz para o cuidador de um idoso fragilizado.

No presente estudo, ao ser feita a aplicação da escala de avaliação da sobrecarga de trabalho do cuidador averiguou-se que a maioria dos cuidadores apresentou uma moderada sobrecarga de trabalho, o que sugere moderado nível de estresse do cuidador.

De acordo com o estudo realizado por Amendola; Oliveira; Alvarenga (2008), a escala de avaliação da sobrecarga ZBI variou de 0 a 67, com média de 32,12 (dp=14,7), portanto moderadamente sobrecarregados. Estando em conformidade também com estudo de Oliveira et. al (2011), no qual maior parte dos cuidadores apresentaram sobrecarga moderada(68,2%) e moderada à severa(38,6%).

O ato de cuidar de uma pessoa idosa dependente traz sobrecarga de ordem física, emocional e social para o cuidador familiar, cuja saúde vai se deteriorando com a exposição continuada a essas condições relativas ao ato de cuidar, de onde se conclui que o cuidador familiar, principal agente de produção de cuidados e proteção, também precisa de cuidados (BRITO; RABINNOVICH, 2008).

A tarefa de cuidar de alguém, geralmente, se soma às outras atividades do dia a dia, permitindo a sobrecarga do cuidador, pois muitas vezes assume a responsabilidade pelos cuidados, juntando-se a isso o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a

uma pessoa querida. Diante dessa situação, é comum o cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar (BRASIL, 2008b).

Percebeu-se que a maioria dos cuidadores encontrava-se sobrecarregados, tornando-se necessário o desenvolvimento de estratégias que contribuam para diminuição da sobrecarga e estresse dos cuidadores.

Outro aspecto avaliado nesse estudo foi à qualidade de vida dos cuidadores, verificou-se que os maiores valores médios foram para a Capacidade Funcional e Aspectos Sociais, em contrapartida, os menores escores obtidos foram verificados nos domínios Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais. Entrando em divergência dos resultados encontrados na pesquisa realizada por Oliveira et. al (2011), onde os maiores escores obtidos foram observados nas dimensões Capacidade funcional e Estado Geral de Saúde, sendo os menores obtidos nas dimensões Dor, Vitalidade e Aspectos físicos.

Em outro estudo realizado por Nogueira (2010), acerca da sobrecarga do cuidado e qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de idosos com lesão medular, obtiveram-se maiores escores nos domínios Aspectos Sociais e Capacidade Funcional, estando em conformidade com esta pesquisa.

Desta forma, torna-se importante a elaboração que estratégias que diminuam o impacto negativo que o cuidado a um idoso dependente pode trazer ao seu cuidador, visto que este pode ser assumido por pessoas que desempenham outras atividades além do cuidado ao idoso. Nesse contexto, a enfermagem torna-se um elemento essencial, devendo, assim, prestar cuidados ao idoso dependente, bem como, ao cuidador.

7 CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve grande relevância por se tratar de uma investigação que permitiu avaliar a qualidade de vida de cuidadores informais de idosos dependentes e dos fatores que podem influenciar nesta, visto que esse tipo de cuidado vem se tornando cada vez mais necessário para os idosos devido ao aumento da longevidade da população brasileira e aparecimento de doenças incapacitantes, o que pode levar o idoso ao desenvolvimento de limitações ou dependência.

Os resultados apresentados devem ser analisados considerando as limitações do estudo, que residem no fato de ter sido realizado com uma amostra pequena de cuidadores e apenas em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do município.

Os dados apresentados no estudo mostraram predominância da mulher como responsável pelos cuidados ao idoso dependente, estas dedicam mais de 12 horas diárias de cuidado ao idoso no domicílio, declarando piora no estado geral de saúde quando comparados à saúde antes do cuidado ao idoso. Pode-se perceber que a população em questão apresenta um baixo nível socioeconômico, o que pode ser somado ao fato de o cuidador dedicar-se em sua grande maioria ao cuidado ao idoso de forma integral. Além de apresentarem uma moderada sobrecarga de trabalho, o que sugere um moderado nível de estresse do cuidador e um comprometimento da qualidade de vida principalmente nas dimensões Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais.

A partir dos resultados encontrados, percebe-se a necessidade de apoio aos cuidadores, fazendo-se necessário que os profissionais que atuam na ESF demandem uma atenção especial não só ao idoso dependente, mas também ao cuidador, visto que este ao cuidar do idoso passa a apresentar restrições em relação à sua própria saúde o que interfere diretamente na qualidade de vida. Como meios de apoio ao cuidador sugere-se a criação de grupos de cuidadores, onde podem ser feitas discussões acerca do cuidado ao idoso, propor medidas que diminuam o impacto nesses cuidadores, oferecer orientações de como realizar os cuidados, bem como, servir de meio de suporte ao cuidador informal, possibilitando assim uma mudança no perfil de saúde da população em questão.

Espera-se que o estudo traga contribuições aos profissionais que atuam nas equipes da ESF do município, no tocante ao cuidado destinado ao idoso e ao cuidador, com vista a oferecer um cuidado de qualidade e voltado às necessidades do idoso e do cuidador. Pode-se destacar a importância do investimento em nível de capacitação destes profissionais da área da saúde atuantes na atenção básica de Picos-PI, capacitando-os para atuar no cuidado ao

idoso dependente e ao seu cuidador, a fim de prevenir qualquer tipo de alteração na saúde destes.

Os resultados encontrados no presente trabalho evidenciam a importância de mais estudos nessa área visto que se faz necessário a presença de um cuidador para auxílio/realização das atividades. Em virtude disso, espera-se que este trabalho possa servir de referência em outros estudos a cerca do tema e possibilite a criação de iniciativas que visem atenuar e prevenir o impacto negativo que o cuidado ao idoso pode trazer ao cuidador.

REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

AMENDOLA, F; OLIVEIRA, F.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, abr-jun 2008.

ANDRADE, M.M. **Pesquisa científica: noções introdutórias**. In:____. **Introdução à metodologia do trabalho científico**. 7. Ed. 2. Reimpressão. São Paulo: Atlas, 2006. Cap. 10, p. 54.

BOCCHI, S.C.M. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise do conhecimento. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n.1, p. 115-21, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS No. 196, de 10 de outubro de 1996** (dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos). Brasília, 1996.

BRASIL. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Caderno de atenção básica. Brasília: Ministério da saúde, 2006.

BRITO, E.S; RABINOVICH, E.P. Desarrumou tudo! O impacto do acidente vascular encefálico na família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 153-169, abr./jun. 2008.

CERQUEIRA A, OLIVEIRA N.I.L. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Psicol**, v.13, n.1. p.133-150, 2002.

COGHI, S.L. **Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com dermatite atópica**. 2005, 110 f. Dissertação (Mestrado em Ciências), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2005.

CROSSETTI, M.G; SCHOSSLER, T. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. **Texto contexto – enferm**, Florianópolis, v.17, n.2, p.280-7, abr-jun 2008.

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, 2009.

FERREIRA, A.R.S. **Perspectivas da oferta de cuidadores informais da população idosa, Brasil 2000-2015**. 2007, 101 fls. Dissertação (Mestrado). Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional de Ciências Econômicas. UFMG, Belo Horizonte, MG, 2007.

GIL, A.C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. In: _____. **Como Classificar as Pesquisa?** 5ed. São Paulo: Atlas, 2010. cap.4, p.25-43.

GONÇALVES, L.H.T; ALVAREZ, A.M; SENA, E.L.S; SANTANA, L.W.S; VICENTE, R.F. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n.4, p. 570-7, out-dez 2006.

IBGE. Sinopse do censo demográfico 2010. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 14 de julho de 2011.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: Métodos, Avaliação crítica e Utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUZARDO, A.R; CORINI, 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**, Florianópolis, v.. 15, n. 4, p. 587-94, out-dez 2006.

MACHADO, A.L.G; FREITAS, C.H.A; JORGE, M.S.B. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. **Rev.Bras Enferm**, Brasília, v.60, n.5, p. 530-4, set-out 2007.

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

MURTA, N.M.G; MIRANDA, L.S; NUNES, N.L.A; ALMEIDA, T.L. Perfil socioeconômico, nutricional e de saúde dos participantes do curso de cuidadores de idosos do Vale do Jequitinhonha/MG. **Revista Kairós**, São Paulo, v.11, n.2, p. 121-139, dez 2008.

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

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

NOGUEIRA, P.C. **Sobrecarga do cuidado e qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular**. 143 fls. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

OLIVEIRA, D.C; CARVALHO, G.S.F; STELLA, F; HIGA, C.M.H; ELBOUX, M.J.D. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.20, n.2, p. 234-40, abr-jun 2011.

ORSO, Z.R.A. **Perfil do cuidador informal de idosos dependentes no Município de Veranópolis – RS**. 116 fs. Dissertação (Mestrado). Instituto de Geriatria e Gerontologia. PUCRS, Porto Alegre, 2008.

PAVARINI, S.C.I; MELO, L.C; SILVA, V.M; ORLANDI, F.S, MENDIONDO, M.S.Z, FILIZOLA, C.L.A. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.10, n.3, p.580-90, 2008.

PERLINI, N.M.O.G; FARO, N.C.M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.2, p.154 – 63, 2005.

RATES, H.F. **Cuidado de saúde do idoso no domicílio: implicações para as cuidadoras, no Distrito Ressaca — Município de Contagem/MG** [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.

ROCHA, M.P.F; VIEIRA, M.A; SENA, R.R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Rev.Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.6, p.801-8, nov-dez 2008.

RODRIGUES, G.H.P. **Determinantes clínicos de dependência e qualidade de vida em idosos atendidos em um ambulatório de cardiologia**. 98 fls. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ROMÃO, A; PEREIRA, A. **Cuidadores informais de idosos - Conhecer os colaboradores da SCML**. Cidade Solidária, janeiro 2008.

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

SANTOS, A.A; PAVARINI, S.C.I. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v.31, n.1, p.115-22, mar, 2010.

SILVA, L; SILVA, M.C.L.S.R; BOUSSO, R.S. Perfil de famílias de idosos frágeis atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. Min. Enferm**, v.14, n.1, p.52 – 58, jan/mar, 2010.

SIMONETTI, J.P, FERREIRA, J.C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Rev Esc Enferm USP**. 2008;42(1):19-25.

TORRES, R.R.B. **Perfil de cuidadores familiares de idosos fragilizados**. 53fs. Monografia (Graduação). Universidade Federal do Piauí – UFPI. Picos-PI, 2011.

TRIGUEIRO, L.C.L; LUCENA, N.M.G; ARAGAO, P.O.R; LEMOS, M.T.M. Perfil sociodemográfico e índice de qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência física. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.3, p. 223-7, jul/set. 2011.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, n. supl 2, p 7-14, 1999.

VIEIRA, C.P.B. **Sobrecargas do cuidador familiar de idoso com acidente vascular cerebral isquêmico e o cuidado clínico de Enfermagem**. 147fs. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2010.

VIEIRA, C.P.B; FIALHO, A.N.M. Perfil dos cuidadores familiares de idosos com acidente vascular cerebral isquêmico. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 161-169, abr./jun.2010.

WHOQOL GROUP. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J , Kuyken W, (editors). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heigelberg: Springer Verlag; p 41-60, 1994.

13.0 Número de horas dedicadas ao cuidado com o idoso: _____

2.0 PERFIL CLÍNICO DO CUIDADOR

1.0 Autopercepção da saúde:

Ótima Boa Regular Ruim Muito Ruim

2.0 Em comparação à sua saúde antes do cuidado ao idoso, diria que sua saúde está:

melhor igual pior

3.0 Consultas médicas nos últimos 12 meses:

Nenhuma 1 2 3 ou mais

4.0 Internações hospitalares nos últimos 12 meses:

Nenhuma 1 2 3 ou mais

5.0 Caso tenha respondido sim a questão anterior, responda:

Motivo da internação: _____

3.0 REDES SOCIAIS DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL

1.0 Tem auxílio para o cuidado ao idoso:

Sim Não

2.0 Caso tenha respondido sim a questão anterior, de quem recebe a ajuda: _____

3.0 Que estratégias você utiliza como apoio ao cuidado com o idoso: : _____

APÊNDICE B



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: “Investigação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos dependentes para atividades de vida diária”

Pesquisador responsável: Ana Larissa Gomes Machado

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí / CSHNB/Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (089) 9983-9113

Pesquisador participante: João Egídio Gonçalves Rodrigues

Telefone para contato: (89)9926-9660

Você está sendo convidado para participar, como **voluntário (a)**, em uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser **esclarecido** sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizada de forma alguma.

Trata-se de um estudo cujo principal objetivo é avaliar a qualidade de vida de cuidadores informais de idosos na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Picos – PI.

A fim de atingir seu objetivo maior pretende-se:

- Descrever o perfil socioeconômico e clínico dos cuidadores familiares de idosos;
- Identificar cuidadores familiares de idosos dependentes para atividades de vida diária por meio de instrumento de medida de dependência para AVD;
- Averiguar a existência de sobrecarga de trabalho domiciliar a partir de formulário que investiga estresse no cuidador;

- Investigar as redes sociais de apoio ao cuidador informal.

Para coleta de dados será usado um formulário desenvolvido pelos pesquisadores para investigar as principais características sociodemográficas, perfil clínico dos cuidadores e existência de redes de apoio social ao cuidador. Para a avaliação da dependência de idosos será utilizado um formulário de avaliação da independência para as atividades de vida diária (Index de Independência nas Atividades Básicas de Vida Diária de KATZ) (BRASIL, 2006). Um terceiro instrumento será utilizado para de avaliação da sobrecarga de trabalho dos cuidadores (Zarit) (BRASIL, 2006). Por fim, para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores, será utilizado o *Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey* (SF-36).

Atente-se para o que se segue:

1. *Você poderá experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas.*
2. *Você poderá receber a visita do pesquisador em sua residência, caso haja necessidade para tal, nos horários e dias marcados.*
3. *Em qualquer fase do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.*
4. *Se você concordar em participar da pesquisa, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo e representantes do Comitê de Ética independente terão acesso a seus dados para verificar as informações do estudo.*
5. *A coleta das informações acontecerá no período de setembro a novembro de 2010. Você tem o direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo.*

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de prontuário/ n.º de matrícula/registro _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo "Investigação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos dependentes para atividades de vida diária", como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "Investigação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos dependentes para atividades de vida diária". Eu discuti com a pesquisadora Ana Larissa Gomes Machado sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito empaticipar do estudo.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ___ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga. Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina – PI. tel.: (86)3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep.

ANE**ANEXO A****AValiação DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRI (Katz) ***

1.0 Banho – a avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se e qualquer uma dessas situações.

() Não recebe assistência(entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho).

() Recebe assistência no banho somente para uma das partes do corpo (como costas ou uma perna).

() Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.

2.0 Vestir – para a avaliação da função “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Calçar sapatos está excluído da avaliação.

() Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.

() Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.

() Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.

3.0 Banheiro – a função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas.

() Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objeto de apoio como bengala, andador, barras de apoio e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã).

() Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre durante à noite.

() Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.

4.0 Transferência – a função “transferência” é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa.

() Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).

() Deita-se ou levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.

() Não sai da cama.

5.0 Continência – “continência” refere-se a ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar.

() Tem controle sobre as funções de urinar ou defecar.

() Tem acidentes* ocasionais.

() Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.

*Acidentes: perdas urinárias ou fecais

6.0 Alimentação – a função “alimentação” relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca.

() Alimenta-se sem assistência.

() Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.

() Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

*Retirado de (BRASIL, 2006).

ANEXO B

Classificação da dependência para atividades básicas de vida diária (Katz)

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F.

ANEXO C

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES (Zarit) *

	0	1	2	3	4
1. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) pede mais ajuda do que ele(a) necessita?					
2. O(a) Sr(a) sente que por causa do tempo que o (a) Sr(a) gasta com NOME DO IDOSO(A) não tem tempo suficiente para si mesmo(a)?					
3. O(a) Sr(a) se sente estressado(a) entre cuidar de NOME DO IDOSO(A) e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?					
4. O(a) Sr(a) sente envergonhado(a) com o comportamento de NOME DO IDOSO(A)?					
5. O(a) Sr(a) sente irritado(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
6. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?					
7. O(a) Sr(a) sente receio pelo futuro de NOME DO IDOSO(A)?					
8. O(a) Sr(a) sente que de NOME DO IDOSO(A) depende do(a) Sr(a)?					
9. O(a) Sr(a) se sente tenso(a) quando NOME DO IDOSO(A) está por perto?					
10. O(a) Sr(a) sente que sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com NOME DO IDOSO(A)?					
11. O(a) Sr(a) sente que Não tem tanta privacidade como gostaria por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
12. O(a) Sr(a) sente que sua vida social tem sido prejudicada em razão de ter de cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					
13. O(a) Sr(a) não se sente à vontade em receber visitas em casa por causa de NOME DO IDOSO(A)?					
14. O(a) Sr(a) sente que NOME DO IDOSO(A) espera que o(a) Sr(a) cuide dele(a) como se fosse a única pessoa de quem ele(a) pode depender?					
15. O(a) Sr(a) sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de NOME DO IDOSO(A) somando-se às suas outras despesas?					
16. O(a) Sr(a) sente que será incapaz de cuidar de NOME DO IDOSO(A) por muito mais tempo?					
17. O(a) Sr(a) sente que perdeu o controle de sua vida desde a doença de NOME DO IDOSO(A)?					
18. O(a) Sr(a) gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de NOME DO IDOSO(A)?					

19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por NOME DO IDOSO(A)?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por NOME DO IDOSO(A)?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de NOME DO IDOSO(A)?					
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado por cuidar de NOME DO IDOSO(A)?					

Legenda: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = algumas vezes; 3 = frequentemente; 4 = sempre.

Pontuação: 0-29 = sem sobrecarga (sem estresse); 30-60 = sobrecarga moderada (estresse moderado); 61 ou mais = sobrecarga elevada (estresse alto).

*Retirado de (BRASIL, 2006).

ANEXO D

CLASSIFICAÇÃO DA SOBRECARGA DE TRABALHO*

SOBRECARGA	PONTUAÇÃO
Pequena	0-20
Moderada	21-40
Moderada a severa	41-60
Severa	61-88

*Classificação proposta por Oliveira et. al. (2011).

ANEXO E

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão	1	2	3	4	5	6

deprimido que nada pode anima-lo?						
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranqüilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai	1	2	3	4	5

piorar					
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	

ANEXO F

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO SF-36

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
6	1,0	
08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>	

09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens a, d, e ,h, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6) Se a resposta for 2, o valor será (5) Se a resposta for 3, o valor será (4) Se a resposta for 4, o valor será (3) Se a resposta for 5, o valor será (2) Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (b, c,f,g, i), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor.
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5) Se a resposta for 2, o valor será (4) Se a resposta for 3, o valor será (3) Se a resposta for 4, o valor será (2) Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais
- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

$$\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{Limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$$

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Variação
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20

Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional: (ver tabela)

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Capacidade funcional: } \frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$$

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

$$\text{Dor: } \frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO G

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFPI REGISTRO CONEP: 045</p>	
--	---	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Investigação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos dependentes para atividades de vida diária.

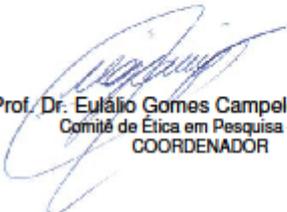
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0417.0.045.000-11
Pesquisador Responsável Ana Larissa Gomes Machado. Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Julho/2012 Relatório Final

Os membros do CEP-UFPI não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA APROVAÇÃO: 06/12/2011

Teresina, 15 de Dezembro de 2011.


Prof. Dr. Eulálio Gomes Campelo Filho
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI
COORDENADOR