

HELENA MEIKA UESUGUI

CUIDADORES DE IDOSOS: A REALIDADE DE UM CENTRO DE INTERNAÇÃO
DOMICILIAR, RONDÔNIA, BRASIL

BRASÍLIA, 2011

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

HELENA MEIKA UESUGUI

CUIDADORES DE IDOSOS: A REALIDADE DE UM CENTRO DE INTERNAÇÃO
DOMICILIAR, RONDÔNIA, BRASIL

Tese apresentada como requisito parcial
à obtenção do Título de Doutora em
Ciências da Saúde pelo Programa de
Pós Graduação *Stricto Sensu* em
Ciências da Saúde da Universidade de
Brasília – UnB.

Orientadora: Prof^a Dr^a Diana Lúcia
Moura Pinho

BRASÍLIA
2011

HELENA MEIKA UESUGUI

CUIDADORES DE IDOSOS: A REALIDADE DE UM CENTRO DE INTERNAÇÃO
DOMICILIAR, RONDÔNIA, BRASIL

Tese apresentada como requisito parcial à
obtenção do Título de Doutora em
Ciências da Saúde pelo Programa de Pós
Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília – UnB.

Aprovada em 31 de março de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Diana Lúcia Moura Pinho – (presidente)
Universidade de Brasília – UnB

Profª Drª Adélia Yaeko Kyosen Nakatani
Universidade Federal de Goiás – UFG

Profª Drª Sofia Cristina Iost Pavarini
Universidade Federal de São Carlos - UFSCar

Prfª Drª Moema da Silva Borges
Universidade de Brasília – UnB

Profº Drº Pedro Sadi Monteiro
Universidade de Brasília - UnB

*Dedico este trabalho a Deus, pela oportunidade;
A minha mãe, com quem aprendi o valor da busca pelo conhecimento;
Ao meu pai, que aos 82 anos, mantém plenamente sua saúde física e mental;
A minha sogra, aos 91 anos de idade, pelo apego a vida;
Aos meus queridos filhos Mariana e Vítor;
Ao Ito, meu companheiro de vida;
A amiga Gisele Dupas, pela prova de amizade, carinho e encorajamento.*

AGRADECIMENTOS

Aos *todos os idosos e cuidadores* que gentilmente concordaram em participar deste estudo

A professora *Dr^a Diana Lucia Moura Pinho*, por ceder seu valioso tempo durante todos estes anos à orientação de minha tese

Ao amigo *Ozias Alves Ferreira*, pela oportunidade concedida

A amiga *Noemy Witt Ferreira*, por compartilhar as alegrias e angústias

Ao nobre professor *Dr. Carlos Alberto Paraguassu-Chaves*, pelo apoio durante a elaboração da tese e artigos

A prof^o *Dr^a Wilma Maria Coelho Araújo*, pela orientação frente a necessidade de integralização dos créditos cursados

A prof^a *Dr^a Sofia Cristina Iost Pavarini*, pela honra concedida em revê-la neste momento tão importante de minha vida

Aos professores *Adélia Yaeko Kyosen Nakatani, Moema da Silva Borges e Pedro Sadi Monteiro*, pela cordialidade em participar da banca examinadora

Aos queridos acadêmicos *Aline Cristina Zorzi, Gustavo Barbosa Framil, Jemerson Mendes de Souza, Leandro Fantin de Pontes e Lucio Omar Meireles Novais*, pelo auxílio durante as etapas de coleta de dados

Ao professor *Dr. Diego Santos Fagundes*, por compartilhar na elaboração dos artigos

A bibliotecária *Vanessa Chaves Leal e Matheus William Portella*, pelo auxílio na formatação da tese

A querida prof^a *Dr^a Rosieli Alves Chiaratto*, pela amizade e carinho em todos os momentos

A *Silvana Capelassi e Ana Paula dos Santos Motti*, pela amizade e apoio incondicional em todas as demandas administrativas e financeiras

A professora *Ms Mônica Fernandes Freiburger*, pelo auxílio nas atividades de coordenação de curso

A todos os docentes e acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da FAEMA, pela compreensão nos períodos de ausência

Ao jovem *Walter Takashi Nakamura*, pela presteza e agilidade em auxiliar-me na formatação de gráficos e tabelas

Ao professor *Marcos Yuri Camparoto da Silva*, pela paciência e apoio nos cálculos estatísticos

Ao meu sobrinho *Dráusio Capobianco*, pelo auxílio na composição do banco de dados

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste grande desafio.

“O homem começa a morrer na idade em que perde o entusiasmo”
(Honoré de Balzac)

RESUMO

Atualmente, observamos um aumento da população idosa mundial e brasileira. A maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de processos patológicos nesta etapa da vida pode comprometer a capacidade funcional do idoso, demandando necessidade de cuidados diferenciados por parte de um cuidador. Proporcionar cuidados a idosos dependentes requer preparo técnico e emocional. Neste contexto, este estudo teve como objetivo relacionar a sobrecarga dos cuidadores formais e informais segundo características sócio-demográficas dos idosos e respectivos cuidadores cadastrados no Centro de Internação Domiciliar – CID de Ariqueles – Rondônia. As características estudadas em relação aos idosos foram, faixa etária, profissão, gênero, etnia, escolaridade, estado civil, renda individual, prática de atividade física e utilização de medicamentos. Para os cuidadores, faixa etária, gênero, escolaridade, estado civil, renda individual, outra atividade além de cuidar, consumo de bebida alcoólica, percepção de seu estado de saúde, grau de parentesco com o idoso, residir com o idoso, apoio para a prestação do cuidado, tempo em horas/dia e anos de prestação ao cuidado. Estudo exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 58 idosos (32 residentes em domicílio e 26 institucionalizados) e 36 cuidadores (31 informais e 5 formais). Os dados foram coletados por meio de entrevista nos domicílios e nas instituições de longa permanência para idosos, utilizando questionário semi-estruturado. Para avaliação do grau de dependência dos idosos, foram utilizados o Índice de *Katz* e a Escala de *Lawton*. O grau de sobrecarga dos cuidadores foi mensurado pela Escala de *Zarit Burden Interview (ZBI)*. As médias dos escores de ZBI foram comparadas com as variáveis sócio-econômicas dos idosos institucionalizados e residentes em domicílio, procedendo-se da mesma forma para os cuidadores formais e informais. Os resultados mostraram significância estatística para a variável “etnia”, relativa ao perfil dos idosos institucionalizados. Quanto ao perfil dos cuidadores informais, houve significância para a variável “percepção do seu estado de saúde”. Comparando o grau de dependência para Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs) entre os idosos institucionalizados e residentes em domicílio, verificou-se predominância para o escore “A” – Independente para todas as atividades (46,15%) para o grupo de idosos institucionalizados e “G” – Dependente para todas as atividades (46,9%) para os idosos residentes em domicílio. O grau de dependência para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) apresentou um escore médio de 16,46 (dp= 5,68) para o grupo de idosos institucionalizados e 12,39 (dp= 4,80) para o grupo dos idosos residentes em domicílio. O comparativo entre a sobrecarga dos cuidadores formais e informais apresentou um escore médio de 11,87 (dp= 6,3) e 23,75 (dp= 10,3), respectivamente. A identificação do perfil dos idosos e seus cuidadores, bem como o grau de dependência dos idosos e dos determinantes da sobrecarga dos cuidadores deste estudo, podem auxiliar na composição de um perfil para o cuidador, compatível com uma sobrecarga menor frente as atividades demandadas pelo cuidado ao idoso. Prover apoio formal aos cuidadores, permitindo o acesso a uma melhor qualificação, geração de renda e suporte a tarefa de cuidar, são alternativas viáveis no sentido de minimizar o impacto em relação a sobrecarga. Palavras-chave: Idosos; cuidadores; sobrecarga; enfermagem gerontogeriatrica.

ABSTRACT

Currently, an increase of elderly in Brazil and around the world has been observed. The greater vulnerability to the development of pathological processes in this stage of life may compromise the elderly functional capacity, demanding the necessity of differentiated care by the caregivers. Provide care for dependent elderly requires technical and emotional prepare. In this context, this study aimed to relate the overloading of formal and informal caregivers, depending on socio-demographic characteristics of elderly and their caregivers registered in the Centro de Internação Domiciliar – CID – at Ariquemes - Rondônia. The studied traits related to the elderly were age, profession, gender, ethnicity, education, marital status, individual income, physical activity and medication use. For caregivers, age, gender, education, marital status, individual income, other activities than caring, alcohol consumption, perception of their health status, relationship with the elderly, living with the elderly, support for providing care, time in hours / days and years of providing care. A quantitative approach was done through an exploratory and descriptive study. Samples were composed by 58 elderly (32 residents at home and 26 institutionalised) and 36 caregivers (31 informal and 5 formal). Data were collected through interviews conducted at home and at long stay institutions for elderly, using semi-structured questionnaire. Katz Index and Lawton Scale were used for the assessment of the degree of dependence of the elderly. The degree of overloading of caregivers was measured by Zarit Scale Burden Interview (ZBI). The averages of ZBI scores were compared to the socio-economic variables of institutionalized elderly people and home residents, by the same way for formal and informal caregivers. The results showed statistical significance for “ethnicity”, concerning to the profile of institutionalized elderly. As to the profile of informal caregivers, there was significance for the variable "perception of their state of health". Comparing the degree of dependence to Basic Activities of Daily Living (ADLs) among institutionalized elderly people and home residents, there was a predominance for the score "A" - Independent for all activities (46.15%) for the group of institutionalized elderly and "G" – Dependent for all activities (46.9%) for the elderly home residents. The degree of dependence to Instrumental Activities of Daily Living (IADL) presented a mean score of 16.46 (sd= 5.68) for the group of institutionalized elderly and 12.39 (sd= 4.80) for the group of elderly home residents. The comparison between the overburden of formal and informal caregivers presented a mean score of 11.87 (sd= 6.3) and 23.75 (sd= 10.3), respectively. Identifying the elderly and their caregivers profiles, as well as the degree of the elderly dependency and the determinants of caregiver burden in this study may assist on a composition of a caregiver profile, consistent with a lower overhead forward the activities demanded by the elderly care. Provide formal support for caregivers, improve access to a better qualification, income generation and support the task of caring are viable alternatives to minimize the impact in relation to burden.

Key words: elderly; caregivers, burden, geriatric nursing.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Idosos Cadastrados no Centro de Internação Domiciliar.....	45
TABELA 2	Situação cadastral de idosos atendidos no Centro de Internação Domiciliar	45
TABELA 3	Perfil dos idosos residentes em domicílio segundo as médias dos escores da Escala de <i>Zarit Burden Interview</i> (ZBI).....	52
TABELA 4	Perfil dos idosos institucionalizados segundo as médias dos escores da Escala de <i>Zarit Burden Interview</i> (ZBI).....	54
TABELA 5	Média de <i>Lawton</i> segundo os Índices de <i>Katz</i> – Idosos residentes em domicílio	55
TABELA 6	Média de <i>Lawton</i> segundo os Índices de <i>Katz</i> – Idosos Institucionalizados	56
TABELA 7	Perfil dos cuidadores informais de idosos segundo as médias dos escores da Escala de <i>Zarit Burden Interview</i> (ZBI).....	58
TABELA 8	Perfil dos cuidadores formais de idosos segundo as médias dos escores da Escala de <i>Zarit Burden Interview</i> (ZBI).....	60
TABELA 9	Comparativo entre o perfil dos idosos institucionalizados e idosos residentes em domicílio.....	77
TABELA 10	Comparativo entre o grau de dependência de idosos institucionalizados e residentes em domicílio para atividades de vida diária (AVDs), segundo Índice de <i>Katz</i> ...	79
TABELA 11	Comparativo entre o perfil dos cuidadores formais e informais de idosos.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVDs	Atividades Básicas de Vida Diária
<i>CBI</i>	<i>Care Burden Inventory</i>
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CID	Centro de Internação Domiciliar
CNS	Conselho Nacional de Saúde
<i>CSI</i>	<i>Caregiver Strain Index</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
<i>ADL</i>	<i>Activity Daily Living</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAINP	Projeto de Assistência Interdisciplinar ao Idoso em Nível Primário
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RO	Rondônia
SM	Salário mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
<i>ZBI</i>	<i>Zarit Burden Interview</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO	20
2.2	O CONTEXTO DO CUIDADO COM O IDOSO	30
2.2.1	O cuidado - um processo ao longo da vida	30
2.2.2	O Cuidador	34
2.3	SOBRECARGA DO CUIDADOR.....	38
3	OBJETIVOS	41
3.1	GERAL	41
3.2	ESPECÍFICOS	41
4	MÉTODOS	42
4.1	TIPO DE ESTUDO	42
4.2	LOCAL DE ESTUDO	42
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	44
4.4	AMOSTRA DO ESTUDO.....	45
4.5	COLETA DE DADOS.....	46
4.6	ANÁLISE DE DADOS.....	48
4.7	ANÁLISE ESTATÍSTICA	50
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	50
5	RESULTADOS	51
5.1	PERFIL DOS IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO.....	51
5.2	PERFIL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	53
5.3	GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVDs) E ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDs).....	55
5.4	GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVDs) E ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDs).....	56
5.5	PERFIL DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS.....	57
5.6	PERFIL DOS CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS	59
6	DISCUSSÃO	61
6.1	PERFIL DOS IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO.....	61
6.2	PERFIL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	64

6.3	GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO	66
6.4	GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVDs) E ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDs).....	68
6.5	PERFIL DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS.....	69
6.6	PERFIL DOS CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS	73
6.7	COMPARATIVO ENTRE O PERFIL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E RESIDENTES EM DOMICÍLIO	75
6.8	COMPARATIVO ENTRE O GRAU DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E RESIDENTES EM DOMICÍLIO PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVDs) E INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDs).....	78
6.8.1	Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs)	78
6.8.2	Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)	79
6.9	COMPARATIVO ENTRE O PERFIL DOS CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS DE IDOSOS.....	79
6.10	COMPARATIVO ENTRE O GRAU DE SOBRECARGA DOS CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS	83
7	CONCLUSÃO	84
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICES	99
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – IDOSOS.....	99
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – CUIDADORES.....	106
	ANEXOS	108
	ANEXO A – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA.....	108
	ANEXO B – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA.....	110
	ANEXO C – AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DOS CUIDADORES	111
	ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	112
	ANEXO E - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	113
	ANEXO F - CARTA DE ACEITE – REVISTA ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM	114
	ANEXO G– CARTA DE ACEITE – REVISTA OLAM CIÊNCIA & TECNOLOGIA	115

1 INTRODUÇÃO

A realização deste estudo fundamenta-se nas mudanças sociais e econômicas ocorridas nas últimas décadas no Brasil, como a migração, melhoria dos padrões sanitários, redução de fecundidade e mortalidade infantil. Estes fatores desencadearam um expressivo aumento da população idosa no Brasil. Segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), até 2025, essa população corresponderá a aproximadamente 32 milhões de pessoas. Em 2050, estima-se a cifra de 64 milhões (1).

Concomitante ao aumento da população idosa, as doenças crônico-degenerativas ocupam hoje papel de destaque, no que diz respeito à morbimortalidade entre os idosos. A proporção do crescimento populacional de idosos tem delineado em termos gerais, um crescimento em detrimento dos padrões de qualidade de vida deste grupo. A imagem da velhice em nosso meio cultural é vinculada à inexistência de um papel social definido. Soma-se a isto a falta de oportunidade no trabalho e políticas públicas seculares que se traduziram até então, em investimentos insuficientes de recursos destinados à promoção em saúde do idoso.

Avanços significativos, relativos aos direitos sociais dos idosos no Brasil, foram conquistados a exemplo da Lei 8842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e a Lei 10741, de 01 de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Entretanto, sua aplicação prática não tem demonstrado efetividade. As pesquisas sobre envelhecimento, em comparação com outras áreas temáticas, têm um longo caminho a trilhar e a avançar, tanto quantitativamente quanto qualitativamente, como é o caso da região norte do Brasil (2).

Há na literatura muitos estudos abordando a problemática dos idosos, os temas mais frequentemente abordados estão relacionados à epidemiologia, a exemplo de um estudo que discute os motivos do crescimento da população idosa, o processo da transição epidemiológica e as modificações que vem ocorrendo na estrutura etária, especialmente no Brasil (3).

Outra temática que tem sido preocupação entre os pesquisadores, envolve a o uso de medicamentos. Mosegui *et al.* (4) estudou a qualidade de utilização de

medicamentos entre as mulheres que frequentam a Universidade Aberta da Terceira Idade no Rio de Janeiro. O estudo sugere, que o padrão de uso de medicamentos é influenciado por prescrições médicas. Em 17% dos casos, os medicamentos foram utilizados inadequadamente, podendo acarretar danos à saúde. Além destes aspectos o estudo apontou a baixa seletividade do mercado, como fator prejudicial na utilização de medicamentos.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa em suas diretrizes, incentiva o apoio a estudos e pesquisas e relaciona quatro grandes tópicos de produção de conhecimentos. O primeiro refere-se a estudos sobre o perfil dos idosos nas diferentes regiões do país, a prevalência de problemas de saúde, incluindo dados sociais, nas formas de assistência e seguridade, situação financeira e apoios formais e informais. O segundo destaca a avaliação da capacidade funcional, prevenção de doenças e vacinação. O terceiro aborda temas referentes a modelos de cuidado, sua implementação, acompanhamento e avaliação. O último inclui linhas de pesquisas sobre hospitalização e alternativas de assistência hospitalar (5).

Chaimowicz (6) relata que os serviços de saúde e assistência social não têm conseguido garantir as necessidades que demandam desta parcela da população. Assim, destaca a importância de investimentos públicos na estruturação e capacitação de profissionais e de cuidadores a nível de atenção básica e reforça a importância de incentivos em programas de suporte a idosos e cuidadores.

As doenças crônico-degenerativas e os distúrbios mentais que comumente acometem idosos demandam frequentemente a utilização dos serviços de saúde. Apesar de representar menos de 8% da população total, os idosos absorveram 21% dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS) destinados ao pagamento das internações hospitalares (6). Em investigação com o objetivo de estudar os fatores associados a hospitalizações de idosos foi encontrada relação entre frequência maior de hospitalizações com incapacidade para realização de atividades de autocuidado e relato de queda (7).

Associado à estas questões, a mídia tem abordado com frequência, os maus tratos à pessoa idosa configurando-se como uma forma de violência. Esta tem sido uma preocupação crescente da sociedade em geral delineando outra problemática frente aos desafios presentes na terceira idade. Segundo Portaria 2528 (5) são três formas de violência: a estrutural, decorrente das desigualdades sociais, miséria e discriminação; a interpessoal referentes às relações do cotidiano e a denominada

institucional quer seja pela omissão da gestão das políticas sociais ou por instituições de assistência. Trata-se de questão complexa, que envolve aspectos éticos e legais. Entretanto, cabe à sociedade de uma forma geral e aos serviços de saúde em particular definir estratégias a fim de atender às necessidades demandadas pelos idosos, possibilitando o suporte e o encaminhamento frente a cada situação.

Outro desafio de caráter social a ser enfrentado, ocasionado pelo aumento da expectativa de vida, é um maior número de idosos que vivem sozinhos, com predomínio do gênero feminino, devido à perda do cônjuge ou separação(8).

A manutenção da capacidade funcional é também uma preocupação, nesta etapa da vida. Segundo o IBGE (9), a faixa etária que mais cresce entre os idosos é aquela com idade igual ou superior a 80 anos. Ela corresponde a 12,8% da população idosa e a 1,1% da população total. Conforme Brasil (5), 5% da população idosa na faixa etária de 60 anos, é dependente para realização das Atividades de Vida Diária (AVDs), porém ao analisar a faixa etária em torno dos 90 anos, este percentual aumenta para 50%.

Diante deste panorama é de se esperar que a dependência se acentue com a idade em função da diminuição e ou perda da capacidade funcional. Colocando em evidência a situação de dependência como uma preocupação para os idosos. Assim, estratégias que possam dar suporte a essa necessidade, passam a ser uma questão central e prioritária no âmbito das práticas de saúde. É neste contexto que surge um ator importante para a manutenção do bem estar do idoso: o cuidador (10).

Caldas (11) analisa questões fenomenológicas envolvidas no cuidado assistencial ao idoso e seus cuidadores destacando que a nossa própria condição de existência está subsidiada na autonomia e realização do auto-cuidado. Para o autor, quando por qualquer motivo esta autonomia não está preservada, é necessário o auxílio de outras pessoas para atender às nossas necessidades. Ele destaca ainda que a compreensão existencial é fundamental no sentido de aproximar o cuidador do idoso e aponta que essa compreensão é um caminho para a superação do desafio de olhar o idoso apenas no limite existencial de alguém que necessita de cuidados, ou seja, ser capaz de cuidar sem ferir a autonomia daquele que recebe seus cuidados.

A literatura destaca que o cuidado ao idoso está, na maioria das vezes, vinculado ao envolvimento de familiares. No Brasil, o suporte familiar é considerado

o principal eixo de sustentação (12; 6; 13). Assim, pressupõe-se que não só os idosos, mas também quem os assistem necessitam de acompanhamento.

Alguns autores classificam os cuidadores a partir da natureza do vínculo com o idoso. Para tanto, tomam como base a distinção entre o cuidado formal e informal. O cuidado formal é aquele realizado por profissionais e o informal é aquele dispensado por não-profissionais, familiares, amigos, vizinhos, redes de apoio da comunidade. Na situação do cuidado informal, esses cuidadores são classificados, segundo a literatura, em cuidador principal ou primário, aquele que possui a totalidade ou maior responsabilidade frente ao cuidado dispensado ao idoso. O cuidador secundário é aquele que presta assistência em atividades complementares, como os deslocamentos, transferências e de forma pontual. O cuidador terciário, o que realiza tarefas por curtos períodos como compras, dentre outras atividades. (11; 14; 10).

Com o objetivo de proporcionar suporte aos cuidadores informais e melhorar as condições de assistência aos idosos, algumas iniciativas têm sido descritas. Cerqueira e Oliveira (15) relatam a experiência de um programa de apoio a cuidadores desenvolvido no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu – SP. O programa foi concebido em três vertentes: uma centrada no cuidador, a outra no cuidado e a terceira na relação. Os resultados foram considerados positivos com mudanças comportamentais assumidas pelos cuidadores em relação à expressão de sentimentos, retorno às práticas de lazer e o estabelecimento de limites.

Outro projeto relatado por Dellaroza, *et al.* (16) foi implantado por docentes e acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina, fisioterapia, odontologia e serviço social da Universidade Estadual de Londrina (UEL), denominado Projeto de Assistência Interdisciplinar ao Idoso em nível primário (PAINP). Este projeto teve como objetivo desenvolver um programa de assistência interdisciplinar ao idoso no âmbito da atenção básica, proporcionando a formação de um grupo de capacitação para cuidadores informais. Os resultados foram otimistas analisados por vários ângulos, quer seja na melhora de atitudes por parte dos profissionais frente à assistência ao idoso ou na perspectiva do envolvimento de docentes e acadêmicos com o contexto real e a contribuição frente aos resultados gerando uma série de produções científicas.

A busca por alternativas e soluções viáveis que atendam às necessidades de grupos específicos vem ao encontro das diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, contribuindo para melhorar os panoramas atuais, no que diz respeito às ações envolvidas na busca da promoção de um envelhecimento saudável.

Apesar do relato de vários estudos encontrados na literatura que tem como foco o cuidador de idosos, na região amazônica não encontramos estudos referentes à caracterização do perfil de idosos e seus cuidadores ou de experiências similares, justificando assim, a relevância e o caráter de originalidade desta proposta. O conhecimento acerca da realidade regional, no tocante a esta problemática pode indicar caminhos para o planejamento de saúde e contribuir com estratégias na melhoria da qualidade de vida dos idosos e dos seus cuidadores.

Nesse contexto, conhecer o perfil das necessidades dos idosos e de seus cuidadores possibilitará traçar ações estratégicas que venham subsidiar programas de apoio e orientação aos cuidadores por meio de ações pactuadas que envolvam o contexto social, a esfera pública e parcerias com o setor privado de modo a contribuir com ações que permitam a redução de desigualdades, viabilizando práticas efetivas na busca por autonomia e bem-estar na terceira idade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO

As questões relativas ao envelhecimento tem sido foco de atenção, quer seja pela sua fisiologia, problemas associados, ou valores sócio-culturais ao longo da história da humanidade.

Segundo Beauvoir (17), 183:

Do antigo Egito ao Renascimento, vê-se que o tema da velhice foi quase sempre tratado de maneira estereotipada. A velhice é o inverno na vida. A brancura dos cabelos e da barba evoca a neve, o gelo: há uma frieza do branco à qual se opõem o vermelho – o fogo, o ardor – e o verde, cor das plantas, da primavera, da juventude. Os clichês se perpetuam, em parte porque o velho sofre um imutável destino biológico. Mas também, não sendo agente da História, o velho não interessa, não nos damos ao trabalho de estudá-lo em sua verdade. E, além disso, há na sociedade uma determinação que é a de silenciar sobre ele.

Existem relatos onde os povos da antiguidade conseguiam descrever algumas doenças vinculadas ao envelhecimento. O respeito à figura do idoso, associada à sabedoria, são inerentes a culturas orientais milenares, como Japão e China. Durante a Era Cristã, houve a pregação de amparo aos fragilizados e necessitados, o que certamente influenciou a sociedade a partir de então, a se preocupar com tais preceitos. O Renascimento foi palco de uma série de descobrimentos científicos, o que gerou estudos acerca da preservação e proteção da vida humana. A Era Moderna foi marcada pela Revolução Industrial e ascensão das ciências físicas e biológicas, que contribuíram para conhecimentos mais aprofundados relativos ao envelhecimento (18).

O envelhecimento é definido pela Organização Pan-Americana de Saúde, *apud* (5), p. 8:

Um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) distingue a denominação de “idoso” para países desenvolvidos e em desenvolvimento. São considerados idosos em países desenvolvidos aqueles com idade igual ou superior a 65 anos de idade e, nos países em desenvolvimento indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. No Brasil é idoso aquele com 60 anos ou mais (19).

Outra concepção define o envelhecimento como um processo distinto, variando segundo a área de pesquisa e objeto de interesse. É considerado multifatorial, pois engloba aspectos biológicos, psicológicos e sociais (20).

Biologicamente é tido como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível, inerente a cada indivíduo, que se instala a partir do nascimento, terminando com a morte. No transcorrer do processo evolutivo, provoca alterações morfológicas, fisiológicas e bioquímicas (20).

Essas alterações são discutidas por pesquisadores buscando desvendar as causas do envelhecimento humano. A primeira delas discute o princípio da deterioração dos mecanismos da síntese proteica, realizada pelas células do corpo humano. Uma segunda teoria destaca a hipótese do relógio biológico, onde consideram que a reprodução das células ocorre de maneira progressiva e finita, conforme seu tipo. A terceira hipótese, mais abrangente, conhecida como homeostase, compreende um conjunto de mecanismos reguladores responsáveis pelo equilíbrio funcional interno do nosso organismo. À medida que a idade cronológica avança a tendência é que o desequilíbrio também se acentue (20).

A abordagem psicológica e social do envelhecimento destaca o poder de enfrentamento do indivíduo frente a novas experiências. Este processo “interacional e multifacetário” busca continuamente a reintegração e contextualização da velhice durante todo o período de vida (20).

Neste enfoque o envelhecimento natural compreende aspectos bio-psico-sociais, caracterizados pelas perdas gradativas orgânicas e funcionais, que variam individualmente, diminuindo a capacidade de adaptação podendo tornar o organismo mais vulnerável à ocorrência de processos patológicos. Assim, alguns fatores podem contribuir para um envelhecimento patológico ou saudável. Os fatores internos são considerados os de natureza genética, psicológica e nutricional e os externos, relacionados ao meio ambiente e social em que vive o indivíduo (20).

O envelhecimento saudável deve buscar um equilíbrio entre as partes internas e externas a fim de proporcionar uma experiência positiva, onde o avanço

cronológico da vida deve vir acompanhado das garantias de oportunidades de saúde, segurança e participação ativa. Acompanhando esta visão conjuntural, a Organização Mundial da Saúde (19), p. 13, define envelhecimento ativo como: “Processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.

Os estudos e definições acerca do envelhecimento foram se aperfeiçoando a partir da metade do século XIX, quando houve um aumento do crescimento populacional de idosos, em decorrência de melhorias progressivas das condições de vida. Este crescimento veio acompanhado do reconhecimento social buscando adequação à nova realidade e às necessidades específicas. Avanços importantes foram conquistados na Europa e Estados Unidos, porém, de maneira significativa, ocorreu apenas a partir do início do século XX (21).

A urgência com que se faz necessário o enfrentamento deste desafio encontra respaldo também nos dados epidemiológicos. Segundo o autor Paschoal (21), estimativas apontam para um quadro preocupante, mostrando que nos países desenvolvidos a população de 60 anos ou mais passará de 11% em 1950 para 25% em 2025, e, nos países em desenvolvimento, de 6,3% para 12%, respectivamente, modificando a pirâmide populacional.

O Canadá desde 1960 está entre os 10 países com melhores índices de expectativa de vida ao nascer, estimada em 79,7 anos para ambos os sexos. Para o sexo masculino, o país possui um índice de 82,2 anos, ultrapassado apenas pelo Japão que detém o primeiro lugar com 84,9 anos. Nos Estados Unidos, em 2001, o índice era de 79,8 anos (22).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística de Portugal (23) no período compreendido entre 1960 e 1998, observou-se um decréscimo de 35,1% na população jovem (0 a 14 anos), contra um acréscimo de 114,4% da população idosa (65 anos ou mais). Entre os idosos o grupo que mais cresce em Portugal está na faixa etária acima de 75 anos.

Conforme o Ministério de Planificación do Chile (24) de maneira semelhante aos demais países da América Latina, os idosos representavam 10,6% da população em 2001 e, em 2025, segundo projeções, este percentual deverá alcançar 19% e a expectativa de vida atingir 80 anos.

Segundo Verdecia *et al* (25), em Cuba, na década de 70, para cada 100 jovens, existiam 24,3 idosos. Em 1996, para cada 100 jovens, a proporção de idosos era de 58,5 e de 93,4 idosos para cada 100 jovens em 2010.

Atualmente o envelhecimento populacional não se restringe a países desenvolvidos, sendo considerado um fenômeno mundial. No Brasil, o crescimento da população idosa está ocorrendo de forma mais acelerada, se comparado a outros países a exemplo da França, onde, para transpor o percentual de 7% para 14%, foram necessários 120 anos. Esta transição demográfica em proporções semelhantes a que ocorreu na França, deve se processar em apenas duas décadas em nosso país (26).

Em decorrência da queda da fecundidade e mortalidade, a expectativa de vida do brasileiro aumentou rapidamente. Em 1970 era de 52,67 anos e em 2001, já correspondia a 67,8 anos. Entretanto, se comparado a outros países da América Latina, a esperança de vida ao nascer ainda que tenha melhorado, é menor que na Argentina (73,9 anos) e Uruguai (75,1 anos). Assim, a longevidade deixará de ser característica de países desenvolvidos passando a ser realidade em todo o mundo, num espaço de tempo muito pequeno. Segundo projeções, o Brasil ocupará o sexto lugar em número de idosos em meados de 2025 (1).

Numericamente, o contingente de idosos que era de 3 milhões em 1960, passou para 7 milhões em 2000, chegando a 20 milhões em 2008, o que representa um aumento próximo de 700% em um período inferior a 50 anos. Isto significa que a cada ano ocorre o acréscimo de aproximadamente 650 mil novos idosos, incorporados à estatística brasileira (1).

Associado à transição demográfica, o Brasil tem sido palco de alterações no perfil epidemiológico das doenças. A partir de 1950, as doenças infecto-contagiosas até então prevalentes, foram substituídas gradativamente pelas crônico-degenerativas. Neste sentido, o termo transição epidemiológica seria melhor qualificado como acumulação epidemiológica visto que, as antigas doenças infecto-contagiosas que ainda persistem, somam-se às reemergentes, a exemplo da dengue e as emergentes como algumas viroses recentemente descobertas (27).

Na transição epidemiológica os processos agudos que tendem a evoluir para óbito ou cura rápida são substituídos por doenças crônico-degenerativas, onde o tratamento e reabilitação demandam a utilização de serviços de saúde por período prolongado, onerando custos. Como exemplos as doenças prevalentes na faixa

etária avançada como as cardiovasculares e respiratórias, fraturas decorrentes de queda, diabetes e síndromes demenciais (6).

Desta forma, um aumento de doenças crônico-degenerativas acompanhado de mais incapacidades, resulta em maior utilização dos serviços de saúde disponíveis (28).

Nos Estados Unidos, um terço dos recursos gastos em saúde, no ano de 1989, foi destinado aos 12% dos idosos (26).

Já, na Inglaterra, o ônus com a população idosa corresponde ao triplo, quando comparado ao gasto com as demais faixas etárias. Na década de 80, o Departamento Nacional da Saúde e Cuidados Sociais destinou 60% de seu orçamento aos programas envolvendo a terceira idade (29).

No Brasil, os valores pagos pelo SUS, entre 1984 e 1991, correspondem a uma elevação de U\$83,4 em 1984 para U\$268 em 1997, por internação. Os encargos mais elevados foram com gastos destinados à faixa etária de 60-69 anos com um custo aproximado por internação de U\$350 (30).

Os idosos representaram 18% das internações hospitalares constantes do SUS, cujas causas principais, em ordem de importância, foram doenças do aparelho respiratório, circulatório e digestivo. Apesar de representar menos de 8% da população total, em 1997, os idosos consumiram 21% dos recursos destinados a internações hospitalares do SUS (30).

Outra preocupação consequente do rápido processo de envelhecimento populacional é a redução na força de trabalho, além das implicações financeiras frente às políticas de aposentadorias e pensões, demandando novas abordagens para este fenômeno (31).

O envelhecimento populacional pode representar, ao invés de uma conquista, um grave problema social. O aumento da expectativa de vida deve ser uma aspiração de toda e qualquer sociedade, porém, ela é considerada significativa na medida em que se agreguem políticas que visem à preservação da capacidade funcional, autonomia, auto-satisfação, por meio de práticas preventivas no tocante ao cuidado e atenção integral à saúde do idoso. (28)

Frente ao atual panorama, são necessárias mudanças em relação à saúde do idoso que atendam às particularidades deste grupo, como a readequação dos modelos atuais de gestão em saúde que incorporem métodos alternativos dotados

de criatividade, resultando em eficiência de modo a permitir que o idoso possa desfrutar a longevidade com melhor qualidade de vida. (28).

Vários países têm buscado soluções que resultem em uma melhor qualidade de vida para os idosos, a exemplo do Chile, que estabeleceu como princípios norteadores a autonomia e o envelhecimento ativo; prevenção e educação para um envelhecimento sadio; flexibilidade na aplicação das ações; descentralização, subsídios e acompanhamento por parte do estado. (32).

Em Cuba, o programa de saúde pública preocupa-se não somente em reduzir a mortalidade infantil, mas também em manter a saúde e restabelecer as capacidades físicas e mentais de seus idosos (25).

Durante a década de 60, foram implementadas no Canadá ações por meio de intervenção estatal em suas políticas públicas, incluindo a reforma no setor saúde e serviços sociais. O novo modelo político de saúde implantado em Québec, última das províncias do país a adotá-lo, superou as expectativas, realizando o que ficou conhecido como “revolução tranqüila” na saúde (33).

Outro serviço de saúde muito difundido existente no Canadá é o *Home Care*, baseado no atendimento domiciliar por equipes especializadas. O número de idosos que são assistidos pelo *Home Care* é substancialmente maior que o número de idosos institucionalizados (34).

Em nosso país, observamos um avanço significativo em relação à legislação específica. Entre as principais podemos destacar a lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e cria o Conselho Nacional do Idoso e o decreto lei nº 1.948, de 03 de julho 1996, que regulamenta a lei nº 8842 e prevê, sobretudo, a ampliação dos direitos sociais em vários aspectos como a preservação da autonomia e sua integração e participação ao meio social no qual estão inseridos (2). Suas diretrizes priorizam a capacitação de recursos humanos, realização e divulgação de pesquisas na área e integralidade da assistência. Tais diretrizes vêm ao encontro com os princípios norteadores do SUS no que diz respeito à universalidade, igualdade e equidade, como instrumento no exercício da cidadania.

Outra conquista importante foi a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (35), que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, e prevê: sistema de cotas para facilitar acesso à moradia; salário mínimo e reajuste aos idosos com mais de 65 anos de idade;

oportunidades relativas ao mercado de trabalho; utilização de transporte coletivo gratuito e fornecimento de medicamentos pelo poder público.

A Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) tem como principais diretrizes: 1) a promoção do envelhecimento saudável com ações que têm como objetivos a melhoria das habilidades funcionais, pelo estímulo da prática de hábitos saudáveis, a realização de exercícios físicos, o cuidado com a alimentação, atividade ocupacional e vida social ativa; 2) a manutenção da capacidade funcional, por meio da prevenção de perdas funcionais, em dois níveis, da prevenção de agravos à saúde e detecção precoce de problemas de saúde, visando à manutenção das habilidades e da autonomia dos idosos; 3) a assistência às necessidades de saúde em nível ambulatorial, hospitalar e domiciliar, com foco nas necessidades específicas, colocando o nível ambulatorial na base da assistência; 4) a reabilitação da capacidade funcional; 5) a capacitação de recursos humanos especializados; 6) o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, no sentido de promover a saúde, prevenir incapacidades e manter a capacidade funcional dos idosos e de seus cuidadores. Nesta perspectiva a PNSI tem como eixo estruturante a promoção do envelhecimento saudável onde inter-relacionam ações visando à manutenção da capacidade funcional e às necessidades de saúde do idoso e de seus cuidadores (36).

Apesar da capacidade natural do ser humano em se adaptar a situações adversas, o idoso especificamente, em decorrência de declínios funcionais e mentais possui um risco potencial em desenvolver incapacidades que invariavelmente resultam em dependência parcial ou total para realização de atividades. Entretanto a dependência não deve ser considerada um estado permanente, mas um processo dinâmico, cuja evolução pode ser prevenida mediante intervenções adequadas(37).

A proporção de dependência da 3ª idade, calculada por meio da razão entre a população com idade de 60 anos ou mais e aqueles compreendidos entre a faixa etária de 15 e 59 anos, está mudando em todo o mundo com o número de idosos crescendo rapidamente, a exemplo do Japão, onde existem 39 idosos, para cada 100 pessoas entre 15 e 59 anos. A projeção é de que este número deve chegar a 66 em 2025 (31).

Mudanças biológicas e sociais constituem fatores preditivos para ocorrência da dependência, que podem ser classificadas em dependência estruturada, física e comportamental. (Baltes, MM; Silverberg, 1995, *apud* 38).

Dependência estruturada diz respeito à idéia onde o valor conferido ao ser humano é relacionado a sua participação no processo produtivo. A dependência física é conferida a situações onde o indivíduo é incapaz de realizar atividades cotidianas sem o auxílio de outras pessoas, sendo caracterizada como dependência parcial ou total. Finalmente, a dependência comportamental, considerada fruto da dependência física, é justificada sob dois ângulos: o primeiro, resultante do desamparo ao idoso é atribuída à negligência ou ambiente não-responsivo às necessidades do idoso dependente; o segundo, considerado instrumento de controle passivo, ocorre em situações onde, mesmo existindo a competência para o desempenho das funções pelo idoso, elas são realizadas arbitrariamente por terceiros. (Baltes, MM; Silverberg, 1995, *apud* 38).

A dependência pode ser socialmente induzida na velhice onde as potencialidades não são exploradas, desrespeitando as capacidades que o idoso ainda possui, levando à limitação da capacidade funcional (39).

Um dos fatores que levam à limitação da capacidade funcional são as doenças crônico-degenerativas. Desta forma a cronicidade e longevidade podem representar um incremento do número de idosos com limitação funcional (40).

Neste contexto, a avaliação funcional é inserida como forma de verificar como as doenças ou agravos podem interferir no desempenho das atividades cotidianas dos idosos (6).

Genericamente, a avaliação funcional representa uma maneira de mensurar se um indivíduo é capaz de realizar independentemente atividades relacionadas ao cuidado consigo mesmo e as sociais e, caso não seja, verificar se a necessidade de auxílio é parcial ou total. (Baltes, MM; Silverberg, 1995, *apud* 41).

Atualmente vários instrumentos são utilizados para avaliar a capacidade funcional dos idosos. Eles possibilitam a análise em dois domínios, as atividades básicas de vida diária (AVDs), que incluem as relacionadas com o auto-cuidado e, as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), que englobam tarefas consideradas mais complexas relacionadas com a vida social do indivíduo.

Para avaliação funcional segundo as AVDs, um dos instrumentos mais difundidos é o denominado "*Index of ADL (Index of Activity Daily Living)*", elaborado por *Sidney Katz*, denominado de Índice de *Katz*. Conforme este índice, os idosos classificados como independentes devem ser capazes de realizar um total de seis funções relacionadas, sem auxílio, supervisão ou orientação.

Outro instrumento é a Escala de *Lawton*, elaborada por Lawton e Brody, utilizada para avaliação funcional segundo as AIVDs, refletem a capacidade do idoso em se adaptar ao seu meio social e incluem atividades realizadas em seu entorno. Independência ou dependência para o desempenho destas tarefas determinam se o idoso tem condições de viver sozinho (42).

Alguns autores consideram atividades de vida diária, aquelas relativas ao autocuidado e atendimento das necessidades básicas, como alimentar-se, vestir-se e tomar banho, e, atividades instrumentais da vida diária, as que não estão diretamente vinculadas ao autocuidado, tais como utilizar telefone, transporte, realizar compras, controlar as próprias finanças. Elas se complementam e fornecem subsídios para avaliação do grau de dependência do idoso que varia entre dependência total, dependência parcial ou independente (43; 44).

Ramos e Saad (45) consideram a autonomia funcional do idoso mais importante que a morbidade, pois elas estão diretamente relacionadas com a qualidade de vida. Outra investigação conduzida no município de São Paulo mostrou que quanto maior a idade, maior é o grau de dependência relativa à realização das Atividades da Vida Diária (AVD) como vestir-se, deslocar-se de um local para outro, alimentar-se, cuidar da própria higiene. Os resultados mostraram que na faixa etária, entre 65 e 69 anos, 54% dos idosos possuíam autonomia para realização das AVD. No entanto, apenas 15% tinham a mesma aptidão, em se tratando de idade igual ou superior a 80 anos (46).

Autonomia e independência são conceitos integrados, porém distintos. A primeira é considerada a habilidade de tomar decisões, de acordo com suas próprias regras e a segunda, de executar funções relacionadas com a vida diária de maneira totalmente independente ou, com algum auxílio de outros. (31).

Uma visão diferenciada de autonomia é expressa como modo de ser do indivíduo, onde ela é construída por meio da inter-relação com a dependência. O sujeito autônomo é aquele que reconhece além de suas necessidades, as do outro em todas as suas dimensões. No contexto das políticas públicas deve ser considerado o fortalecimento das relações entre profissionais e pessoa cuidada, respeito as diferenças individuais, profissionais e tecnologias como parte integrante do processo, estímulo a ética, solidariedade, respeito e responsabilidade, democratização dos saberes e visão ampliada do conceito saúde-doença (47).

Várias investigações têm abordado os construtos de autonomia e independência, como uma conduzida no município de São Paulo, com o objetivo de verificar a limitação funcional em idosos, de acordo com o gênero e faixa etária, onde constatou-se que os homens apresentam melhores resultados frente aos testes aplicados, sugerindo que a limitação funcional é mais frequente em mulheres. O estudo mostra ainda que os indivíduos com 60 anos ou mais representam aproximadamente 50% do total de deficientes físicos, auditivos ou visuais, apesar de representar apenas 8% de toda a população da capital paulista (46).

Estudo realizado em um município do Rio Grande do Sul com idosos octogenários mostrou que a percepção dos mesmos em relação a fatores que determinam uma qualidade de vida positiva é a manutenção da autonomia, renda digna, relações familiares harmoniosas e vida social ativa (48).

Investigação conduzida em Porto Alegre, com o objetivo de identificar fatores associados ao envelhecimento bem sucedido em idosos socialmente ativos, apontaram a independência para realização das AVD e a satisfação no relacionamento com familiares e amigos como fatores positivos para idosos de ambos os sexos (49).

Uma pesquisa com o objetivo de conhecer a opinião dos idosos sobre o significado de qualidade de vida, realizado em Botucatu, interior do estado de São Paulo, mostrou que 49% dos idosos consideram importante a preservação de relacionamentos interpessoais, 38,9% manutenção da saúde, 34,3% manutenção do equilíbrio emocional, 28,5% acumulação de bens materiais durante a vida e 22,5% o acesso ao lazer (50).

Nesta perspectiva o fenômeno do envelhecimento populacional representa desafios para o sistema de saúde brasileiro demandando reorientação e implementação de estratégias para enfrentar essa realidade.

A Política Nacional do Idoso considera que “a tarefa de cuidar de um adulto dependente é desgastante e implica riscos de tornar doente e igualmente dependente o cuidador” (5). É neste contexto que se insere o objeto do presente estudo, de um lado as necessidades do idoso e do outro as necessidades dos cuidadores.

2.2 O CONTEXTO DO CUIDADO COM O IDOSO

2.2.1 O Cuidado – um processo ao longo da vida

Segundo Boff (51), p. 33:

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O cuidado é uma necessidade inerente aos indivíduos e à sociedade. Neste contexto, suas práticas não se desenvolvem em função da doença, mas, sobretudo, no entorno de tudo que assegura o desenvolvimento da vida.

O termo cuidado é utilizado no singular e plural e tem origem no verbo *soniare*, que significa *ocupar-se de* (52).

Cuidar, tomar conta da vida está na origem de todas as culturas. Surge “muito antes de qualquer doença e se mistura com a própria expressão da vida é uma prática inspirada nas mais antigas sabedorias da vida” (52), p. 2.

Segundo a autora o verbo cuidar, que é conjugado na forma passiva, pronominal e ativa como: ser cuidado (recorrer aos outros); cuidar-se (assegurar a si próprio/autocuidar) e cuidar (suprir temporariamente), revela as “etapas da vida que ultrapassamos progressivamente com a ajuda dos outros, para conseguir bastar-nos e depois, por sua vez acompanhar os outros” (52), p.132. Esse cuidado transmitido de mãe para filhos, dos adultos para as pessoas idosas cria redes de apoio e de solidariedade em torno das “grandes passagens da vida”, entre elas a passagem para o envelhecimento.

O Cuidado tem relação com carinho, dedicação, atenção, responsabilidade e encargo (53), significando o *ser cuidado*, ou seja, recorrer aos outros, para suprir necessidades do que ainda não se consegue fazer ou possibilitar o desenvolvimento da capacidade para fazer. Na concepção de Collière (52) *cuidar-se* corresponde à capacidade de assegurar por si próprio os cuidados diários, ou seja, a realização do autocuidado, compreendido como atitudes, que a pessoa assume em seu benefício, promovendo sua saúde, no sentido de assegurar e preservar sua própria vida (53).

Nesta perspectiva, o cuidar representa suprir temporariamente algo que alguns adultos não conseguem realizar por si próprios, seja em função de uma situação particular ou pela idade. Assim, cuidar não significa fazer pelo outro, mas auxiliá-lo quando necessário, preservando e respeitando sua autonomia.

Como dar conta hoje em dia de todos esses cuidados vitais que, muito antes de serem o apanágio [atributo] de um ofício e muito menos de uma profissão (ou seja, de estarem atribuídos aos que professam), foram durante milênios este bem, esta arte, este patrimônio de saberes (...). (52), p.3.

Assim, o cuidado transcende à esfera técnica e assistencial ao ser compreendido como valor em um contexto amplo, considerando aspectos sociais, culturais e históricos, desencadeando uma ação integral, onde saúde é interpretada como direito de ser. Por direito de ser, entende-se o cuidado considerando o respeito às diferenças (54).

O cuidar também requer a percepção de conhecer o outro por meio de gestos, falas, expressão da dor, reconhecendo suas limitações. Este cuidado deve extrapolar o corpo físico, levando em conta os sentimentos e a dinâmica da vida da pessoa cuidada (53).

Nesta linha, refletindo sobre cuidado como categoria ontológica, Ayres (55) destaca que o cuidado é uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio do sofrimento ou ao alcance de um bem-estar, sempre mediado por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Neste enfoque, o cuidado é compreendido como um projeto, dinâmico e temporal que se concretiza na interação, e caracteriza-se por movimento, plasticidade e desejo, mediados por saberes e responsabilidades, que são construídas na interação para alcançar uma finalidade (55; 52).

Assim, cuidar do ser humano idoso e seu familiar é envolver todos os sujeitos ativamente no processo do cuidado com vistas ao bem-estar, preservando a autonomia e a independência, avançando para além da manutenção das comorbidades crônicas comuns a esta etapa da vida humana. Neste processo de cuidar e autocuidar é essencial à compreensão de sua história, percebendo suas fragilidades e capacidades, permitindo a busca por soluções, explorando suas potencialidades e preservando sua autonomia no sentido de guiar seu autocuidado e respeitando as reais necessidades (56).

Com o envelhecimento, a doença, aguda ou crônica os cuidados passam a ser predominantemente de compensação e de manutenção da vida. Segundo Collière (52) os cuidados de compensação têm como objetivo compensar a diminuição da capacidade funcional dos idosos e os de manutenção podem ser complementares aos cuidados de compensação. Os cuidados de manutenção devem ser planejados considerando a avaliação da capacidade dos indivíduos.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (2), em uma de suas diretrizes referencia o apoio e o desenvolvimento de cuidados informais, segundo a Política, faz-se necessário o desenvolvimento de parcerias entre profissionais, familiares e membros da comunidade envolvidos no cuidado à pessoa idosa. Ela reforça o entendimento que tal estratégia configura-se em medida atual e menos onerosa no que diz respeito à promoção e manutenção da capacidade funcional das pessoas idosas.

Assim, Costa Rosa (57), considera desafios permanentes explorar e incentivar as possibilidades de viver com a máxima qualidade de vida investindo acima de tudo na família que se constitui atualmente no principal eixo de sustentação em relação ao cuidado ao idoso.

Estudos mostram que aproximadamente 40% das pessoas com 65 anos ou mais dependem de algum tipo de ajuda para realização de pelo menos uma tarefa (58).

Em diferentes países, existem formas variadas de apoio e cuidados aos idosos dependentes, ora de responsabilidade quase que exclusivamente estatal ou ainda através da iniciativa privada ou realizados por familiares (59).

Estima-se que 88% do cuidado ao idoso dependente na Espanha é prestado informalmente. No entanto, cada vez mais as famílias têm contratado serviços privados, devido à facilidade em encontrar mão de obra acessível, sobretudo de imigrantes (60).

No Brasil, o cuidado ao idoso dependente é realizado predominantemente por familiares, onde 98% dos cuidadores se constituem em membros da própria família (12).

O maior diferencial entre o Brasil e outros países desenvolvidos, consiste no fato de que em nosso país os cuidadores familiares que prestam cuidados aos idosos em contexto domiciliar, comumente realizam a tarefa sem receber nenhum aporte do sistema formal de saúde ou de qualquer outra rede de apoio social (61).

Em decorrência de modificações nas estruturas sociais rápidas transformações no contexto familiar foram observadas, famílias numerosas foram gradativamente substituídas pelas nucleares com conseqüente aumento de domicílios multigeracionais, onde várias gerações coabitam sob o mesmo teto. Desta forma, os cuidadores em potencial muitas vezes assumem papéis simultâneos, podendo gerar sobrecarga física e emocional, demandando atendimento às necessidades de cuidado tanto dos idosos quanto de seus cuidadores (61).

Ao assumir-se que o cuidado é construído na interrelação entre dois sujeitos, o cuidador e a pessoa idosa, há alguns aspectos que têm sido muitas vezes deixados em segundo plano, que se coloca a todos que têm por profissão ou ocupação o cuidar, dentre eles destacam-se: a) dificuldades relacionadas à dimensão tempo, marcadas por ritmos às vezes exigentes; b) o esforço demandado em termos de intensidade, física, cognitiva e mental; c) o espaço do cuidado, domiciliar e institucionalizado; d) a insuficiência de conhecimentos que possibilite a elaboração de saberes a serem utilizados na diversidade das situações de cuidado, assim como, na reconstituição de recursos afetivos, emocionais, físicos, intelectuais e espirituais (52).

Neste sentido é necessário um olhar mais aprofundado para o cuidador que também necessita *ser cuidado*.

2.2.2 O Cuidador

O aumento da população de idosos desencadeou uma crescente demanda de cuidadores em nosso país gerando a necessidade de reconhecimento de uma nova modalidade de atividade ocupacional, a prestação de cuidados a outros nas tarefas de vida diária. A Portaria 1395 da Política Nacional do Idoso define o cuidador como: “uma pessoa membro ou não da família, com ou sem remuneração que é responsável pelo cuidado do idoso doente ou dependente para o exercício das atividades de vida diária” (36).

O reconhecimento da categoria ocupacional de cuidador de idosos pelo Ministério do Trabalho está previsto na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), que define o cuidador como pessoa responsável por cuidar da pessoa doente ou dependente, facilitando o exercício de suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, além de aplicar a medicação de rotina e acompanhá-la junto aos serviços de saúde, ou outros requeridos no seu cotidiano, excluindo para tal, técnica ou procedimentos exclusivos de outras profissões legalmente estabelecidas (62).

O código atribuído a categoria de cuidador de idosos pela CBO é 5162-10, utilizado também para outras denominações similares como, cuidador de pessoas idosas e dependentes, cuidador de idosos domiciliar, acompanhante de idosos e *gero-sitter*. Estes cuidadores, além da remuneração, devem possuir registro em carteira de trabalho (62).

A CBO define as condições gerais do exercício da ocupação de cuidador, que podem ser prestadas aos idosos, crianças e jovens. Esta ocupação pode ser exercida por pessoas com pelo menos dois anos de experiência, autônomo ou assalariado, sob supervisão e desenvolvidas nos espaços domiciliares ou institucionais. Estabelece ainda formação profissional básica e escolaridade mínima de quarta série do ensino fundamental ao ensino médio. Em casos de alto grau de dependência para o cuidado é recomendado um cuidador com formação na área de saúde (62).

As funções a serem desempenhadas pelo cuidador, segundo a CBO, envolvem sete grupos de atividades: cuidar da pessoa; da alimentação; do ambiente domiciliar ou institucional; da saúde; promover o bem estar; incentivar a educação e

cultura e acompanhar em passeios, férias ou viagens. Considera ainda que o cuidador deve possuir preparo físico, emocional e espiritual, atender normas estabelecidas pelas instituições e manter padrões comportamentais condizentes com a ética e moral (62).

Em 1999, foi instituída a Portaria Interministerial 5153 de 7 de abril de 1999 que criou o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos. Neste mesmo ano, a Secretaria de Assistência do Ministério da Previdência e Assistência Social publicou um trabalho, fruto de uma parceria com pesquisadores da PUC (Pontifícia Universidade Católica) de São Paulo, que define o cuidador como aquele que exerce a função de (63), p. 7:

Cuidar de pessoas dependentes numa relação de proximidade física e afetiva – o cuidador pode ser desde um parente, que assume o papel a partir de relações familiares, até um profissional, especialmente treinado para tal fim.

Este mesmo estudo categoriza os cuidadores em principal e secundário, o principal tem a responsabilidade permanente em relação aos cuidados prestados e o secundário, aquele que divide a responsabilidade com o principal; cuidador remunerado e voluntário; cuidador profissional e leigo e o cuidador familiar que possui grau de parentesco com a pessoa cuidada. (63).

De modo similar, Caldas (11), considera o cuidador a pessoa membro da família ou não, que presta assistência a pessoa idosa para o desempenho de uma ou mais funções. O autor caracteriza como cuidador principal aquele que tem a responsabilidade pela maior parte do cuidado e, secundário aquele que desempenha tarefas complementares. Classifica ainda os cuidadores em formal e informal. O formal é o profissional com formação específica e o informal, usualmente é um integrante da família ou voluntário da comunidade. No presente estudo assumimos essa classificação.

Wanderley e Blanes (63) destacam a importância de considerar durante os treinamentos para cuidadores, a necessidade de adoção de princípios filosóficos pautados nos pressupostos de que, “cuidar de si” é essencial a vida humana, sendo assim, o autocuidado uma condição humana. Considera que “o cuidar do outro” é uma condição temporária devido a circunstância da impossibilidade em se cuidar. Destaca ainda, que o “cuidar do outro” deve considerar as potencialidades mútuas pautadas por compromissos positivos e relações afetivas harmoniosas. As tarefas

desenvolvidas pelo cuidador de idosos devem promover oportunidades de se autocuidar. Assim, as atividades devem ser planejadas envolvendo familiares e profissionais no sentido de prover orientações que considerem o cuidado ao outro e a si próprio.

A Política Nacional da Pessoa Idosa (5) destaca que o ato de cuidar é uma tarefa complexa que envolve sentimentos diversos ora de culpa, medo, apreensão, irritação. Considera relevante a inclusão do cuidador no acompanhamento e avaliação do planejamento assistencial.

Para Luzardo, Gorini e Silva (64) o cuidador é um elemento do processo que absorve um alto nível de ansiedade em decorrência de fatores como modificação de papéis sociais, adaptação à condição de cuidador que requer dedicação, paciência e abnegação, colocando em evidência a necessidade de acompanhamento e apoio, possibilitando o acesso a conhecimentos relativos tanto a diversidades de situações de cuidados, quanto as atividades inerentes ao cuidador.

Nesta perspectiva, mesmo havendo legislação específica acerca da ocupação do cuidador é importante aprofundar conhecimentos visando a compreensão e o significado do cuidado para o cuidador e seus familiares, bem como o aporte necessário, com a finalidade de prepará-los para assistir o idoso.

Na literatura encontramos estudos abordando essa problemática a exemplo do realizado por Caballero, Arroyo e González (65) em uma policlínica no Distrito de José Martí, em Cuba, com o objetivo de orientar os familiares acerca dos cuidados prestados ao idoso dependente. No estudo o grau de dependência de 62 idosos foi avaliada utilizando o Índice de *Katz* e a Escala de *Lawton*. O nível de conhecimento dos familiares foi verificada por meio de entrevista, que serviram de subsídio para a elaboração de um projeto de intervenção com a finalidade de preparar os familiares para o cuidar. Os resultados mostraram que antes da intervenção 100% dos participantes não possuíam conhecimentos em relação ao cuidado. Após a intervenção, observou-se que 85,48% haviam adquirido conhecimentos.

Outro estudo realizado no Japão avaliou 111 cuidadores, utilizando a Escala de *Zarit Burden Interview* e constatou elevado índice de *burden* entre os cuidadores de idosos demenciados (66).

A literatura destaca que é freqüente pessoas comuns, que de um momento para o outro se deparam com a situação de cuidar de um membro da família ou pessoa próxima por período prolongado. Muitas vezes essas pessoas não estão

preparadas para esta demanda, sendo confrontadas com responsabilidades que podem gerar desequilíbrio nas esferas pessoal, familiar e social. (Moos, 1982, *apud* 67;68).

Neste contexto problemas advindos da situação de cuidar de idosos dependentes podem gerar tensão e sobrecarga de natureza física, psíquica e social. Assim, não apenas a pessoa cuidada como seu cuidador deve ser foco de atenção.

2.3 SOBRECARGA DO CUIDADOR

A sobrecarga do cuidador é considerada uma perturbação decorrente da necessidade de cuidar de indivíduos portadores de incapacidades físicas, cognitivas, emocionais e sociais (69).

Conhecida internacionalmente como *caregiver burden*, a sobrecarga do cuidador é um termo traduzido da língua inglesa, similar ao estresse e considerada uma reação negativa demandada pela prestação de cuidados. Ela se manifesta na maioria das vezes, quando há um acúmulo de tarefas, conhecimento insuficiente para o desempenho da tarefa ou em situações onde as demandas existentes se intensificam (GIVEN *et al*, 1999 *apud* 70).

Outros fatores associados a sobrecarga são relatados na literatura como as dificuldades do idoso no desempenho das tarefas, grau de severidade das patologias, carência de apoio formal de profissionais que prestam serviços de atenção domiciliar, limitação das atividades sociais frente a responsabilidade assumida como cuidado (71).

A sobrecarga é considerada um processo multidimensional que envolve as esferas biológica, psicológica e social e tem relação com variáveis objetiva e subjetiva, tais como, tempo disponível para a prestação do cuidado, atribuições envolvidas no cuidar, aparato financeiro, condições físicas e psicológicas e apoio social (72).

Para a compreensão dessa problemática é importante definir algumas terminologias a exemplo de carga de trabalho. A utilização do termo “carga” se refere tanto ao nível de exigência de uma tarefa quanto as consequências dessa tarefa para o cuidador. O nível de exigência é definido pela tarefa e pode variar, dependendo das condições do idoso. Por outro lado o esforço representa os recursos físicos, psíquicos ou cognitivos do cuidador. O desequilíbrio entre o esforço e os recursos disponíveis do cuidador pode gerar sobrecarga de trabalho (73).

Essa sobrecarga pode ser traduzida em estressores, que representam as condições para a realização da tarefa e as experiências do cuidador que contrariam a normalidade, interferindo na expectativa das pessoas. Os estressores primários são aqueles relacionados às necessidades da pessoa cuidada (exigência da tarefa), enquanto os estressores secundários (recursos do cuidador) são consequência do

primeiro. Desta forma, podemos considerar que o grau de dependência funcional para AVDs e AIVDs, a função cognitiva e as alterações do comportamento do idoso, constituem indicadores para estressores primários, enquanto os sentimentos gerados no cuidador, produtos dos estressores primários se constituem como estressores secundários, a exemplo do isolamento social e comprometimento das relações familiares do cuidador (74;73).

Para os autores, a caracterização dos estressores permite a diferenciação entre os tipos de carga, objetiva e subjetiva. A primeira representa a percepção dos cuidadores frente a situações associadas ao desempenho da tarefa, como monitoramento de procedimentos, dependência econômica, privação de necessidades de outros membros da família. A segunda caracteriza as emoções frente a experiência, como sentimentos de culpa e baixa auto-estima (74; 75).

No presente estudo a concepção de sobrecarga adotada envolve as cargas objetivas e subjetivas experienciadas por cuidadores de idosos formais e informais. Alguns autores associam as cargas objetivas e subjetivas com as demandas nas esferas física, psíquica e social. A sobrecarga física é caracterizada pela natureza da patologia, pelo tipo de apoio formal ou informal e pelo grau de dependência do idoso (76). Esta tende a acentuar-se em decorrência do aumento da demanda de tarefas relacionadas ao banho, deambulação, transporte e auxílio para vestir-se (77).

A sobrecarga psíquica pode ser fruto da exposição prolongada a situação de desgaste físico e emocional, resultando em acometimento de agravos, a exemplo da depressão (78). A depressão do cuidador tende a comprometer a relação com o idoso, dificultando o equilíbrio e manutenção de sentimentos positivos podendo assim, aumentar a sobrecarga psíquica (71).

A sobrecarga social ocorre em decorrência de sobreposição da sobrecarga física e psíquica. Estudo realizado com cuidadores de portadores de Acidente Vascular Cerebral (AVC) mostrou que os cuidadores vivenciaram mudanças no seu estilo de vida desencadeando sentimentos de isolamento, frente às demandas da atividade de prestação do cuidado, restringindo suas ações basicamente a nível domiciliar (77).

Em casos onde o cuidador não encontra soluções viáveis para o enfrentamento das dificuldades demandadas pela prestação do cuidado, há uma tendência de desagregação tanto a nível familiar como individual, podendo comprometer o cuidado e o bem-estar do cuidador (77).

Em estudo conduzido com cuidadores de idosos cadastrados em um Programa de Atenção ao Idoso do Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba foram identificados alguns atributos relacionados à tensão do cuidador familiar como alterações do sono, do estado físico e emocional e enfrentamento individual comprometido. Os pesquisadores destacam a importância da existência de suporte formal e informal que sirva de subsídio ao atendimento das necessidades básicas ao idoso, possibilitando ao cuidador desfrutar de momentos de descanso, lazer e realização de atividades pessoais (79).

A sobrecarga de cuidadores pode ser avaliada por meio de instrumentos dentre eles, destacamos a *Caregiver Strain Index* – CSI (80) e a *Care Burden Inventory* – CBI (81). Neste estudo, optamos pela Escala de *Zarit Burden Interview* - ZBI, por ser bem difundida e validada no Brasil, o que permite maior amplitude de análise comparativa em relação a outros trabalhos. A Escala de *Zarit* avalia dimensões relacionadas à sobrecarga objetiva e subjetiva. A primeira diz respeito a aspectos relacionados à prestação do cuidado e a segunda, avalia as expectativas do cuidador frente ao cuidar (72).

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- Relacionar a sobrecarga dos cuidadores formais e informais, segundo características sócio-demográficas dos idosos e respectivos cuidadores cadastrados no Centro de Internação Domiciliar – CID de Ariquemes – Rondônia.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os idosos residentes em domicílio e institucionalizados quanto ao perfil sócio-demográfico;
- Identificar o grau de dependência dos idosos residentes em domicílio e institucionalizados;
- Caracterizar os cuidadores informais e formais de idosos quanto ao perfil sócio-demográfico;
- Identificar a sobrecarga dos cuidadores informais e formais de idosos;
- Identificar os fatores determinantes da sobrecarga do cuidador de idosos.

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caráter exploratório e descritivo utilizando uma abordagem quantitativa.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Ariquemes, situado ao norte do estado de Rondônia, distante aproximadamente 200 km da capital, com uma população em torno de 93000 habitantes e, segundo distribuição por faixa etária, os que possuem idade igual ou superior a 60 anos, correspondem a 5% do total (82). A cidade é considerada polo regional, pela existência de sete municípios circunvizinhos de menor porte, situados num raio de 100 km, que têm em Ariquemes um referencial no que diz respeito às condições que requerem uma melhor infra-estrutura ao atendimento de suas necessidades. A população total da microrregião é de aproximadamente 210.000 pessoas (82). O clima é quente e úmido, típico da região amazônica, com dois períodos distintos que duram em torno de seis meses cada, sendo conhecidos como inverno e verão. O primeiro caracterizado pela estação chuvosa e o segundo com predomínio de estiagem e seca. A temperatura média anual oscila entre 30 e 35°C.

A economia da região baseia-se na agricultura, com o cultivo de café, cacau, guaraná e cereais, pecuária de leite e corte, mineração e indústria madeireira, sendo considerado o primeiro município em arrecadação do interior do estado de Rondônia.

O sistema de saúde do município dispõe de 08 unidades básicas de saúde pública; 12 equipes do Programa Saúde da Família; 01 hospital regional com 60 (sessenta) leitos e 01 hospital infantil com 20 (vinte) leitos para internação e 06 (seis) para terapia de reidratação oral, e ainda um laboratório de análises clínicas central,

que atende toda demanda oriunda de unidades de saúde públicas do município. O município conta ainda com instituições de saúde privadas que congregam entre si um total de 175 leitos. Possui 06 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para adultos e 03 infantis, credenciados pelo SUS.

Compõe o sistema de saúde o Centro de Atenção Psicossocial e o Centro de Internação Domiciliar (CID), vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de Ariquemes.

O CID é uma instituição criada em 12.09.2005, idealizado e implantado por iniciativa municipal com o objetivo de internar, prover materiais, equipamentos e oferecer assistência humanizada a usuários em domicílio, por meio de equipe volante constituída por enfermeiro, médico, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo e técnicos de enfermagem que trabalham em regime de plantão. Tem como prioridade o atendimento a grupos populacionais compostos por idosos, portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas, portadores de patologias que necessitem de cuidados paliativos e portadores de incapacidade funcional provisória ou permanente.

Quando implantado, o serviço contava com enfermeiro, médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e técnicos de enfermagem. A equipe permanecia em atendimento itinerante das 7h às 19h, com plantões de sobreaviso noturno. Atualmente, devido a escassez de recursos financeiros, a equipe se restringe a médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Levantamento realizado revelou uma média de 70 atendimentos/mês.

Rotineiramente os usuários são identificados por meio da central de telefonia ou por meio de contato realizado por familiares que buscam o serviço.

O CID foi escolhido como referência para o desenvolvimento do estudo por se caracterizar em um serviço que assiste a um grande quantitativo de idosos dependentes que necessitam de acompanhamento e cuidados por parte de um cuidador (83).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi composta por idosos e seus cuidadores cadastrados no Centro de Internação Domiciliar (CID) do município de Ariquemes, selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão adotados.

Critérios de Inclusão:

Idosos: 1) Idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos; 2) estar cadastrado no Centro de Internação Domiciliar (CID) e domiciliado na zona urbana de Ariquemes; 3) Concordar em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Cuidador: 1) ser o cuidador principal do idosos (a); 2) estar exercendo papel de cuidador há pelo menos (01) um mês; 3) concordar em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de Exclusão:

Idoso: 1) Idade inferior a 60 (sessenta) anos; 2) não possuir cadastro no CID ou residir fora da área urbana; 3) não concordar em participar do estudo ou recusar-se a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; 4) Não possuir cuidador.

Cuidador: 1) estar exercendo papel de cuidador por período inferior a um mês; 2) não concordar em participar do estudo ou recusar-se a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.4 AMOSTRA DO ESTUDO

O total de inscritos mediante conferência dos dados cadastrais no Centro de Internação Domiciliar – CID de Ariquemes – Rondônia, apresentou um total de 618 inscritos. Destes, 367 (59,2%) com idade igual ou superior a 60 anos de idade (Tabela 1).

Tabela 1 – Idosos cadastrados no Centro de Internação Domiciliar

Usuários	Frequência	%
Idosos	367	59,2
Demais indivíduos	251	40,8
Total	618	100,0

Fonte: Centro de Internação Domiciliar – Ariquemes, 2008

Do total de 367 idosos sujeitos da pesquisa, inicialmente selecionados, 102 (27,8%) não foram localizados no domicílio, 67(18,3%) faleceram, 42(11,5%) mudaram de domicílio, 38(10,4%) foram encaminhados para atendimento através da Estratégia Saúde da Família - ESF e os demais 118 idosos (32%), permaneciam atendidos pelo CID (Tabela 2).

Tabela 2 – Situação cadastral de idosos atendidos no Centro de Internação Domiciliar

Situação	Frequência	%
Estratégia Saúde da Família (ESF)	38	10,4
Mudou-se	42	11,5
Óbitos	67	18,3
Não localizado no domicílio	102	27,8
Atendimento realizado pelo CID	118	32,0
Total	367	100,0

Fonte: Centro de Internação Domiciliar – Ariquemes, 2008

Dos 118 idosos, 27 (22,88%) não concordaram em participar do estudo, 16 (13,56%) faleceram, 10 (8,47%) mudaram de domicílio com rumo ignorado, 02 (1,69%) excluídos por falta de cuidador e 05 encaminhados a ESF. Assim a amostra final foi constituída por 58 idosos (32 residentes em domicílio e 26 institucionalizados) e 36 cuidadores (31 informais e 5 formais).

Os cuidadores foram selecionados a partir do cadastro dos idosos incluídos na amostra. Os informais foram considerados aqueles que cuidavam dos idosos em domicílios e os formais, que atuavam em duas instituições asilares do município.

4.5 COLETA DE DADOS

A primeira etapa, que teve como objetivo levantar o quantitativo de idosos cadastrados no CID foi realizada no período de setembro a dezembro de 2008. Inicialmente procedeu-se a conferência do banco de dados constante no CID e a seleção e treinamento dos auxiliares de pesquisa, os quais foram constituídos por cinco acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

A segunda etapa, com a finalidade de definir a amostra do estudo foi realizada no período janeiro a fevereiro de 2009. Compreendeu uma abordagem em domicílio por meio de conferência de dados dos idosos e seus cuidadores fornecidos pelo CID incluindo nome, endereço, idade, gênero e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cabe ressaltar que, em casos onde o idoso não era encontrado ou de domicílios fechados eram realizadas duas tentativas consecutivas de busca em datas distintas para que fosse considerado “não localizado”.

Definida a amostra dos participantes, nova visita foi realizada nos domicílios com o objetivo de caracterizar o perfil dos idosos e de seus cuidadores. Para isso foi aplicado o questionário adaptado do instrumento denominado Avaliação Multidimensional de Saúde e Qualidade de Vida de Assis (84), Este instrumento é composto por dados de identificação e sócio-demográficos dos idosos e seus cuidadores (Apêndice A e B).

A terceira etapa teve como objetivo estabelecer o grau de dependência dos idosos. No primeiro momento, para avaliar o grau de dependência dos idosos foram utilizados os instrumentos denominados Índice de *Katz* e a Escala de *Lawton*. Os dois instrumentos complementam-se na avaliação do grau de dependência do idoso, o primeiro avalia as atividades de vida diária e o segundo avalia as atividades instrumentais de vida diária.

O Índice de *Katz* avalia o desempenho em relação à independência de seis funções, conhecidas como Atividades de Vida Diária (AVDs) que são relacionadas ao autocuidado, a saber, banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, mobilizar-se, deambular e manter controle sobre suas necessidades fisiológicas. A escolha deste instrumento deu-se em função de tratar-se de um instrumento já validado, de fácil aplicação e amplamente difundido. Ele foi elaborado por *Katz* partindo da premissa que o declínio das funções e perda da capacidade para o desempenho das AVDs, seguem um padrão lógico de evolução (Anexo A).

A Escala de *Lawton* é um instrumento utilizado para avaliar as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), consideradas mais complexas, pois, têm relação com a participação do indivíduo no seu contexto social e com a capacidade de vida comunitária independente como utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições e cuidar das próprias finanças (Anexo B).

A quarta etapa teve como finalidade conhecer a sobrecarga do cuidador. Foi utilizado um instrumento denominado Escala de *Zarit Burden Interview* (ZBI), proposto por *Zarit & Zarit* e traduzido para o português por *Scazufca* (85). Trata-se de escala já validada, de simples aplicação e que tem como objetivo avaliar o estresse nos cuidadores. O instrumento avalia o quanto as atividades do cuidado causam impacto, nas dimensões sociais, emocional, bem-estar físico e finanças do cuidador, sendo de grande utilidade para elaboração do planejamento assistencial envolvendo além da pessoa idosa, o cuidador (Anexo C).

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos foram organizados em planilhas excell e submetidos posteriormente à análise estatística.

O grau de dependência dos idosos foi identificado por meio dos instrumentos denominados Índice de *Katz* e Escala de *Lawton*.

Pelo Índice de *Katz* os idosos foram classificados como dependentes ou independentes, segundo desempenho de seis funções, através do preenchimento de um questionário padrão. Este índice possibilita analisar a evolução de instalação de incapacidades em idosos, configurando-se como parâmetro importante no planejamento e avaliação assistencial. O escore apresenta uma variação de “A” a “G”, sendo o “A”, a independência para todas as atividades e “G”, dependente para todas elas (Anexo A).

Na função “banhar-se”, foram considerados independentes os idosos que conseguissem esfregar todo o corpo ou recebessem ajuda para esfregar uma parte específica. Dependência parcial foi atribuída em situações onde o auxílio foi necessário para esfregar mais de uma parte específica e dependência total para aqueles que eram incapazes de banhar integralmente sem ajuda.

Para avaliação da função “vestir-se”, considerou-se o ato de pegar a roupa e vestir. A dependência parcial ou total era considerada em situações onde o idoso permanecia parcial ou totalmente despido.

“Ir ao banheiro” compreendia o ato de deslocar-se para excreções, higiene e manusear as próprias roupas. A condição de independência era mantida quando o idoso utilizava auxílio mecânico, desde que desempenhasse a função sozinho. Dependentes eram aqueles que necessitavam de auxílio direto parcialmente ou integralmente.

“Transferência” era avaliada pelo ato de sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Dependência era atribuída em situações onde o idoso necessitava de auxílio parcial ou integral para o desempenho da função.

“Continência” refere-se à função de autocontrole para urinar e defecar. A dependência parcial ou total foi relacionada à existência de incontinência.

A última das funções “alimentar-se”, estava relacionada ao ato de dirigir o alimento a boca. Cortar e prepará-lo estavam excluídos da avaliação. Eram

considerados dependentes aqueles que necessitavam de qualquer tipo de auxílio para o desempenho da função.

A Escala de *Lawton* foi analisada a partir de três níveis, “sem ajuda”, “com ajuda parcial” e “não consegue”, sendo-lhe atribuída uma pontuação máxima de 27 pontos. A escala é composta por 9 perguntas, em cada uma delas existem 3 alternativas de resposta. A primeira alternativa indica independência, a segunda dependência parcial e a terceira dependência total. Assim, quanto maior o escore maior o grau de independência (Anexo B).

A Escala de *Zarit Burden Interview* (ZBI) foi utilizada com o cuidador principal e a entrevista, realizada sem a presença da pessoa idosa. Ela é constituída de uma lista composta por 22 frases afirmativas onde o cuidador, expressa a sua percepção em relação às atividades do cuidado realizado. A percepção do cuidador foi registrada em uma escala (nunca, algumas vezes, frequentemente, sempre). Não existem respostas certas ou erradas. O escore varia de 0 a 4 pontos. A sobrecarga foi definida pelo somatório da pontuação. Quanto maior o escore, maior é a sobrecarga atribuída ao cuidador (Anexo 3).

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para verificar o grau de diferença entre médias de *Lawton* segundo o escore de *Katz* foi utilizado o teste não-paramétrico de *Kruskal-Wallis*.

As médias da *Escala de ZBI* foram comparadas com as categorias das variáveis relativas ao perfil dos idosos (faixa etária, profissão, gênero, escolaridade, estado civil, com quem reside, renda individual, prática de atividade física e utilização de medicamentos), procedendo-se igualmente com as categorias das variáveis referentes ao perfil dos cuidadores (faixa etária, gênero, escolaridade, estado civil, ocupação além de cuidar do idoso (a), renda individual, consumo de bebida alcoólica, percepção do seu estado de saúde, grau de parentesco com o idoso, se reside com o idoso (a), se possui auxílio para o cuidado ao idoso, período (horas/dia) para prestação do cuidado, período (anos) de prestação ao cuidado e tipo de cuidador).

As médias da *Escala de ZBI* foram comparadas utilizando os testes de *Kruskal-Wallis* e *Mann-Whitney*.

Os valores foram expressos em média \pm dp tabulados em planilhas sendo agrupados de acordo com a disposição já adotada na coleta dos mesmos no *software Br Office Calc*. Diferenças foram consideradas estatisticamente significativas quando $p < 0,05$. Para a análise estatística foi utilizado o programa estatístico *BioEstat 5.0*.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / Ministério da Saúde - CNS/MS (86). O presente projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Faculdade São Lucas, situada à rua Alexandre Guimarães nº 1927, bairro Areal, município de Porto Velho – Rondônia (RO), mediante Carta AP/CEP/156/07, emitido em 23 de novembro de 2007. (Anexo D e E)

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL DOS IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO

Os idosos residentes em domicílio segundo faixa etária apresentaram idade média de 77,6 anos (dp= 8,9), aposentados (87,50%), gênero masculino (46,88%) e feminino (53,13%), etnia branca (78,78%) e negra (21,21%), ensino fundamental incompleto (56,25%) e analfabetos (43,75%), casados (46,88%) e viúvos (46,88%), residem com familiares (56,25%), renda individual menor ou igual a 1 salário mínimo (87,50%), não praticam qualquer atividade física (93,75%) e fazem uso de medicamentos (93,75%). Quanto a utilização de medicamentos foram divididos em duas categorias, a primeira (40,62%), o grupo de idosos que fazem uso de 2 (dois) a 4 (quatro) fármacos distintos simultaneamente e, a segunda (34,37%), o grupo que fazem uso de 5 (cinco) ou mais medicamentos, denominados de polimedicação menor e polimedicação maior, respectivamente.

Ao comparar as médias dos escores de *ZBI* com as variáveis relativas aos idosos, não foi observada nenhuma relação estatisticamente significativa (Tabela 3).

Tabela 3 - Perfil dos idosos residentes em domicílio segundo as médias dos escores da Escala de Zarit Burden Interview (ZBI). (n= 32)

Característica	(%)	Média	Desvio Padrão	IC 95%		P-valor
Faixa Etária						
60 a 70 anos	15,63%	26,20	5,54	19,32	33,08	0,831*
70 a 80 anos	43,75%	23,36	10,07	17,55	29,17	
80 a 90 anos	31,25%	23,50	13,97	13,51	33,49	
90 a 100 anos	9,38%	23,33	10,02	-1,55	48,22	
Profissão						
Aposentado (a)	87,50%	23,79	11,08	19,49	28,08	0,848**
Não Aposentado (a)	12,50%	24,25	6,13	14,49	34,01	
Gênero						
Masculino	46,88%	24,80	12,09	18,10	31,50	0,526**
Feminino	53,13%	23,00	9,21	18,26	27,74	
Etnia						
Branca	78,78%	23,88	10,49	19,64	28,12	0,97**
Negra	21,21%	23,71	10,60	13,90	33,52	
Escolaridade						
Analfabeto	43,75%	21,71	6,66	17,87	25,56	0,338**
Ensino Fund. Incomp.	56,25%	25,50	12,70	19,19	31,81	
Estado Civil						
Casado	46,88%	23,87	12,48	16,95	30,78	0,948*
Separado	3,13%	16,00	-	-	-	
Divorciado	3,13%	11,00	-	-	-	
Viúvo	46,88%	24,20	9,34	19,03	29,37	
Com quem reside						
Familiares	56,25%	24,22	8,74	19,88	28,57	0,808**
Cônjuge	43,75%	23,36	12,79	15,97	30,74	
Renda Individual						
1 SM	87,50%	23,75	10,50	19,68	27,82	0,934**
2 SM	12,50%	24,50	12,29	4,95	44,05	
Prática de atividade Física						
Pratica	6,25%	18,50	2,12	-0,56	37,56	0,403**
Não pratica	93,75%	24,20	10,77	20,18	28,22	
Utilização de medicamentos						
Sim	93,75%	24,00	10,76	19,98	28,02	0,629**
Não	6,25%	21,50	7,78	-48,38	91,38	

*Kruskal-Wallis Test
 ** Mann-Whitney Test

5.2 PERFIL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Os idosos institucionalizados segundo faixa etária apresentaram idade média de 76,2 anos ($dp= 9,7$), aposentados (80,77%), gênero masculino (96,15%) e feminino (3,85%), etnia branca e negra (50%), ensino fundamental incompleto (50,00%) e analfabetos (50,00%), solteiros (53,85%), viúvos (15,38%), separados (15,38%), renda individual menor ou igual a 1SM (81,82%), não praticam qualquer atividade física (76,92%) e utilizam medicamentos (92,31%), idosos incluídos na categoria de polimedicação menor (50%) e polimedicação maior (19,23%). (Tabela 4).

As médias dos escores de ZBI comparadas com as variáveis relacionadas aos idosos institucionalizados foram significativas estatisticamente para a variável “etnia” ($p=0,03$).

Apesar de não representar diferença estatisticamente significativa, a variável estado civil foi evidenciada devido ao $p\ valor= 0,05$, expressar-se no limite de significância. (Tabela 4).

Tabela 4 - Perfil dos idosos institucionalizados segundo as médias dos escores da Escala de Zarit *Burden Interview* (ZBI). (n= 26)

Característica	(%)	Média	Desvio- Padrão	95% Intervalo de Confiança		Mínimo	Máximo	P-valor
				Menor	Maior			
Faixa etária								
60 a 70 anos	34,62%	12,80	4,60	9,26	16,33	6,00	18,33	0,64*
70 a 80 anos	26,92%	13,29	3,04	10,48	16,09	11,00	19,67	
80 a 90 anos	26,92%	12,33	5,12	7,60	17,07	6,33	21,50	
90 a100anos	11,54%	11,00	2,60	4,53	17,47	9,33	14,00	
Profissão								
Aposentado (a)	80,77%	12,22	4,08	10,37	14,08	6,00	21,50	0,41**
NãoAposentado(a)	19,23%	14,17	3,86	9,38	18,96	9,67	18,33	
Gênero								
Masculino	96,15%	12,43	4,03	10,77	14,10	6,00	21,50	0,39**
Feminino	3,85%	16,67	.	.	.	16,67	16,67	
Etnia								
Branca	50,00%	14,28	3,90	11,93	16,64	9,67	21,50	0,03**
Negra	50,00%	10,91	3,55	8,76	13,06	6,00	16,67	
Escolaridade								
Analfabeto	50,00%	12,51	3,84	10,19	14,83	6,00	19,67	0,66*
Ensino Fun.Incomp.	50,00%	12,68	4,38	10,03	15,33	7,00	21,50	
Estado Civil								
Solteiro	53,85%	10,46	2,90	8,79	12,14	6,00	15,67	0,05*
Casado	7,69%	12,42	0,12	11,36	13,48	12,33	12,50	
Separado	15,38%	14,04	4,49	6,90	21,19	10,00	18,33	
Divorciado	7,69%	16,67	0,00	16,67	16,67	16,67	16,67	
Viúvo	15,38%	16,67	4,70	9,19	24,14	11,50	21,50	
Renda Individual								
Não possui	53,85%	12,80	4,16	10,39	15,20	6,33	19,67	0,204*
1 SM	42,31%	11,53	3,00	9,52	13,54	6,00	17,50	
2 SM	3,85%	21,50				21,50	21,50	
Atividade Física								
Pratica	23,08%	12,42	6,04	6,07	18,76	6,00	21,50	0,78**
Não pratica	76,92%	12,65	3,44	11,04	14,26	6,33	19,67	
Utiliz. Medicamentos								
Sim	92,31%	12,63	3,91	10,97	14,28	6,00	21,50	0,92**
Não	7,69%	12,25	7,42	-54,46	78,96	7,00	17,50	
Local								
ILPI 01	42,31%	13,18	4,38	10,24	16,13	6,33	19,67	0,76**
ILPI 02	57,69%	12,17	3,86	10,03	14,31	6,00	21,50	

* *Kruskal Wallis Test*

** *Mann-Whitney Test*

5.3 GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVDs) E ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDs)

Na avaliação funcional no domínio das AVDs que incluem as atividades relacionadas ao autocuidado segundo o *Índice de Katz*, os idosos situaram-se entre dois extremos na classificação, em um extremo pelo escore “A” (22,58%), “independente para todas as atividades” e o outro, pelo “G” (48,39%) “dependência total”. Os demais escores variam entre os idosos “independentes para todas as atividades menos uma” (3,23%, escore B), “independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional” (9,68%, escore E), e “independentes para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional” (16,13%, escore F). Nenhum idoso foi classificado nos escores C “independentes para todas as atividades menos banho e mais uma adicional” e D “independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma”.

No domínio das AIVDs, que incluem as atividades relacionadas ao convívio social, obteve-se pela *Escala de Lawton* uma média de 12,39 (dp=4,80).

Entre o grau de dependência do idoso para atividades básicas de vida diária (AVDs) e grau de dependência para atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), foi verificada uma relação direta entre os valores encontrados (Tabela 5).

Tabela 5 – Média de *Lawton* segundo os Índices de *Katz* – Idosos residentes em domicílio

	(%)	Média de Lawton	Desvio Padrão	LAWTON		Mínimo	Máximo	P-valor
				95% Intervalo confiança da média				
				Limite inferior	Limite Superior			
KATZ								0,001*
A	22,58%	19,71	4,11	15,91	23,52	12	24	
B	3,23%	18,00	-	-	-	-	-	
E	9,68%	11,33	1,53	7,54	15,13	10	13	
F	16,13%	11,00	1,87	8,68	13,32	9	13	
G	48,39%	9,27	0,59	8,94	9,60	9	11	
Total	100,00%	12,39	4,80	10,63	14,15	9	24	

*Kruskal-Wallis Test

5.4 GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVDs) E ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDs)

Na avaliação do domínio das AVDs pelo *Índice de Katz*, os escores encontrados situavam-se em: “A” (46,15%), “B” (3,85%), “C” (19,23%), “E” (7,69%), “F” (7,69%), “G” (15,38%). Nenhum idoso foi classificado no escore D.

Quanto a avaliação para o grau dependência para as AIVDs, obteve-se pela *Escala de Lawton* uma média de 16,46 (dp=5,68).

Entre o grau de dependência do idoso para atividades básicas de vida diária (AVDs) e o grau de dependência para atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), foi verificada uma relação direta entre os valores encontrados. (Tabela 6).

Tabela 6. Média de *Lawton* segundo os Índices de *Katz* – Idosos Institucionalizados

	(%)	Média	Desvio-Padrão	LAWTON		Mínimo	Máximo	P-valor
				95% Intervalo de Confiança				
				Menor	Maior			
KATZ								
A	46,15%	20,41	5,83	16,70	24,12	12,00	27,00	0,026*
B	3,85%	16,00	.	.	.	16,00	16,00	
C	19,23%	14,60	1,94	12,18	17,02	12,00	17,00	
E	7,69%	13,50	0,70	7,14	19,85	13,00	14,00	
F	7,69%	12,50	2,12	-6,55	31,55	11,00	14,00	
G	15,38%	10,50	2,38	6,71	14,28	9,00	14,00	
Total	100,00%	16,46	5,68	14,16	18,75	9,00	27,00	

* *Kruskal-Wallis Test*

5.5 PERFIL DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS

Os cuidadores informais de idosos apresentaram idade média de 47,7 anos (20 – 80, dp = 15,37) gênero feminino (96,67%) e masculino (3,33%), nível máximo de escolaridade com ensino fundamental completo (66,67%), casadas (63,33%), outra atividade (remunerada ou não), além da tarefa de cuidar do idoso (50,00%), renda de até 1 salário mínimo (70,00%), não consomem bebida alcoólica (90,00%), percepção do estado de saúde auto-referenciada como “satisfatória” (63,33%), são filhos (as) ou cônjuge do idoso (83,33%) residem com o idoso (86,67%), possuem apoio para a prestação do cuidado (73,33%), período superior a 10 horas destinados à prestação do cuidado (63,33%). O período (tempo em anos) dedicado à prestação do cuidado variou de 1 a 3 anos (46,67%) dos cuidadores (tabela 4).

As médias dos escores de *ZBI* comparadas com as variáveis relacionadas aos cuidadores foram significativas estatisticamente para a variável “percepção de seu estado de saúde” ($p=0,018$).

Apesar de não representar diferenças estatisticamente significantes, devido a algumas variáveis que foram evidenciadas por expressarem diferenças maiores entre as médias das categorias, “consumo de bebida alcoólica” (*ZBI*= 18,33% *sim* e 25,22% *não*); “reside com o idoso” (*ZBI*= 25,53% *sim* e 18,00% *não*); “possui apoio para a prestação do cuidado ao idoso” (*ZBI*= 25,86% *sim* e 20,87% *não*); “período em horas/dia para a prestação do cuidado” (*ZBI*= 21,71% *até 8 horas* e 24,05% *acima de 8 horas*); “período (anos) de prestação ao cuidado” (*ZBI*= 26,92% *até 3 anos* e 23,33% *acima de 5 anos*) (Tabela 7).

Tabela 7- Perfil dos cuidadores informais de idosos segundo as médias dos escores da Escala de Zarit Burden Interview (ZBI). (n= 31)

Característica	(%)	Média	Desvio padrão	IC 95%		P-valor
Faixa etária						
20 a 35 anos	20,00%	27,333	7,033	19,952	34,714	0,808*
35 a 50 anos	46,67%	25,071	11,146	18,636	31,507	
50 a 65 anos	20,00%	23,833	11,923	11,321	36,346	
65 a 80 anos	13,33%	19,500	13,026	-1,227	40,227	
Gênero						
Masculino	3,33%	27,000	-	-	-	0,839**
Feminino	96,67%	24,448	10,742	20,362	28,534	
Escolaridade						
Ensino Fund. Compl. e Incompl	66,67%	24,350	10,101	19,623	29,077	0,831*
Ensino Med. Compl. e Incompl	16,67%	22,800	6,380	14,879	30,721	
Ensino Sup. Compl. e Incompl	16,67%	27,000	16,508	6,503	47,497	
Estado Civil						
Solteiro	36,67%	23,818	10,815	16,553	31,084	0,675**
Casado	63,33%	24,947	10,695	19,792	30,102	
Outra atividade além de cuidar do idoso						
Sim	50,00%	25,933	11,919	19,333	32,534	0,545**
Não	50,00%	23,133	9,219	18,028	28,238	
Renda Individual						
Até 1 SM	70,00%	24,667	9,871	20,174	29,160	0,287**
Acima de 1 SM	30,00%	24,222	12,686	14,471	33,974	
Consumo bebida alcoólica						
Sim	10,00%	18,333	5,686	4,208	32,459	0,204**
Não	90,00%	25,222	10,821	20,941	29,503	
Percepção de seu estado de saúde						
Insatisfatório	36,67%	30,273	10,706	23,080	37,465	0,018**
Satisfatório	63,33%	21,211	9,187	16,783	25,638	
Grau de parentesco com o idoso						
Filho e Conjugue	83,33%	24,520	11,237	19,882	29,158	0,897**
Outros familiares	16,67%	24,600	7,197	15,663	33,537	
Reside com o idoso						
Sim	86,67%	25,538	10,730	21,204	29,873	0,137**
Não	13,33%	18,000	7,348	6,307	29,693	
Apoio para a prestação do cuidado?						
Sim	73,33%	25,864	10,895	21,033	30,694	0,292**
Não	26,67%	20,875	9,250	13,142	28,608	
Período (horas/dia) destinado ao cuidado						
Até 8 horas	23,33%	21,714	8,712	13,657	29,772	0,165*
8 a 10 horas	13,33%	31,750	5,909	22,347	41,153	
Acima de 10 horas	63,33%	24,053	11,569	18,477	29,628	
Período (anos) destinado ao cuidado						
Até 3 anos	46,67%	26,929	12,958	19,447	34,410	0,622*
3 a 5 anos	33,33%	21,900	8,698	15,678	28,122	
Acima de 5 anos	20,00%	23,333	6,563	16,446	30,220	

*Kruskal-Wallis Test

**Mann-Whitney Test

5.6 PERFIL DOS CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS

Os cuidadores formais de idosos apresentaram idade média de 38,8 anos (26 – 52, dp = 10,56), gênero feminino (100,0%), nível de escolaridade com ensino médio completo (80,00%), solteiras (60,00%), não possui outra atividade além da tarefa de cuidar do idoso (80,00%), renda de 2SM (100,0%), não consome bebida alcoólica (60,00%), percepção do estado de saúde auto-referenciada como “satisfatória” (80,00%), não possui apoio para a prestação do cuidado (80,00%), período superior a 10 horas destinados à prestação do cuidado (60,00%). período (anos) dedicado à prestação do cuidado de 1 a 3 anos (60,00%).

Ao comparar as médias dos escores de ZBI com as variáveis relativas aos cuidadores de idosos formais, não foi observada nenhuma relação estatisticamente significativa (Tabela 8).

Tabela 8- Perfil dos cuidadores formais de idosos segundo as médias dos escores da Escala de *Zarit Burden Interview* (ZBI). (n= 5)

Característica	(%)	Média	Desvio-Padrão	95% Intervalo de Confiança		Mínimo	Máximo	P-valor
				Menor	Maior			
Idade								
Menor que 50 anos	80,00%	12,00	4,94	4,14	19,89	6,53	17,80	0,5**
Acima de 50 anos	20,00%	15,00				15,00	15,00	
Escolaridade								
Ens. Med Comp	80,00%	12,45	5,26	4,08	20,81	6,53	17,80	0,99**
Ens. Sup. Incomp	20,00%	14,09				14,09	14,09	
Estado civil								
Solteiro	60,00%	13,84	4,09	3,69	24,00	9,64	17,80	0,8**
Casado	40,00%	11,18	6,57	-47,81	70,16	6,53	15,82	
Ocupação								
Sim	20,00%	6,53				6,53	6,53	0,4**
Não	80,00%	14,34	3,48	8,80	19,87	9,64	17,80	
Consumo de bebida alcoólica								
Sim	40,00%	11,86	3,15	-16,44	40,16	9,64	14,09	0,8**
Não	60,00%	13,38	6,01	-1,56	28,33	6,53	17,80	
Percepção de seu estado de Saúde								
Insatisfatório	20,00%	14,09				14,09	14,09	0,99**
Satisfatório	80,00%	12,45	5,26	4,08	20,81	6,53	17,80	
Possui apoio para a prestação do cuidado?								
Sim	20,00%	17,80				17,80	17,80	0,4**
Não	80,00%	11,52	4,22	4,80	18,24	6,53	15,82	
Período (horas/dia) para prestação do cuidado								
Até 08 horas	0,00%	-	-	-	-	-	-	0,99**
08 a 10 horas	40,00%	12,17	7,97	-59,41	83,74	6,53	17,80	
Acima de 10 horas	60,00%	13,18	3,19	5,26	21,11	9,64	15,82	
Período (anos) de prestação do cuidado								
Até 03 anos	80,00%	12,01	4,94	4,14	19,89	6,53	17,80	0,34*
03 a 05 anos	0,00%	0,00						
Acima de 05 anos	20,00%	15,00				15,00	15,00	

* *Kruskal Wallis Test*

6 DISCUSSÃO

Os resultados apresentados sugerem uma desatualização entre os dados obtidos no cadastro do CID e aqueles encontrados mediante conferência por meio de visita em domicílio, caracterizados pelo grande percentual de idosos que poderiam compor a amostra do estudo. No entanto, não foram considerados em decorrência da descontinuidade por parte dos responsáveis pelo serviço no CID, em manter os dados de cadastramento atualizados. As perdas foram contabilizadas como óbitos, mudança de domicílio e endereço não localizado.

6.1 PERFIL DOS IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO

A maioria dos idosos residentes no domicílio são aposentados ou pensionistas, confluentes com dados de outros estudos realizados, onde foram encontrados resultados similares (87; 88).

Telles Walter (89) afirma que os rendimentos provenientes das aposentadorias têm se configurado como fator decisivo na manutenção das necessidades básicas familiares e de outros membros dependentes como crianças e idosos que demandam de assistência contínua.

O perfil dos idosos quanto ao gênero, acompanha a tendência nacional onde o gênero feminino prevalece (64; 90; 91; 92; 93; 94), o que tem sido atribuído a maior longevidade das mulheres devido a menor exposição a alguns fatores de risco como, atividades laborais associadas ao maior risco em adoecer, menor prevalência de tabagismo e etilismo. Outra abordagem considera a ênfase em programas de promoção à saúde da mulher, além das próprias características culturais onde ela procura os serviços de saúde para realização de procedimentos de caráter preventivo com maior frequência em relação aos homens (95).

Quanto à escolaridade prevaleceu o ensino fundamental incompleto, dado compatível com outros estudos (90; 91; 96; 97; 88). Apesar da proporção de analfabetos em nosso estudo não ser preponderante, os dados sugerem prevalência de um baixo nível de escolaridade entre os idosos. Em estudo realizado em um

serviço psicogeriátrico do município de São Paulo, os analfabetos correspondiam a 36,7% do total de idosos integrantes da amostra estudada (13).

Quanto ao estado civil, casados e viúvos apresentaram a mesma proporção (46,88%). Esses dados são corroborados por estudo conduzido em Ribeirão Preto – SP, onde os viúvos eram em maior número (80%) seguido dos casados (53%). (88). Similarmente aos resultados encontrados, investigações conduzidas em um município do Chile mostraram prevalência de idosos casados(49,7%) e viúvos(37,3%), como uma característica peculiar (94).

Neste estudo, 43,75% dos idosos residem com o cônjuge e 56,25% com filhos e netos. A configuração familiar na atualidade vem desenhando uma composição com um número de componentes reduzido, onde o número de idosos é cada vez maior, sendo encontradas diferentes gerações coabitando sob o mesmo teto, existindo em um mesmo local pessoas de gerações diferentes. Os autores consideram necessária uma atenção diferenciada para que possíveis conflitos intergeracionais não interfiram na harmonia da dinâmica familiar (98).

A renda individual de até 1 salário mínimo (SM) que corresponde a 87,50% dos idosos pode sugerir possíveis dificuldades na manutenção das necessidades básicas do idoso. Resultado similar foi encontrado em estudo realizado no município de Ribeirão Preto-SP (88), onde a renda individual entre 1 a 3 SM correspondia a 72,1% do total de idosos. De forma semelhante, outro estudo constatou que para 53,85% a renda familiar variou entre 1 e 3 SM, onde 44,4% dos idosos eram responsáveis pelo sustento familiar e os recursos oriundos da aposentadoria respondiam por 79,5% da renda dos idosos (87).

Em pesquisa que teve como objetivo analisar a percepção da qualidade de vida de idosos foi apontada a “condição financeira ruim”, entre as percepções de maior insatisfação, situando-se como parâmetro de mensuração da qualidade de vida do grupo estudado (90).

Existe um elevado percentual de idosos que não praticam atividades físicas (93,75%), colocando em evidência a importância de inserir no delineamento de propostas atividades que visem à promoção de estilos de vida saudáveis. Segundo Portaria 2528 (5), o sedentarismo é considerado um dos mais importantes fatores de risco para ocorrência de doenças crônicas. Os benefícios proporcionados pela prática de atividades física incorporam as dimensões biológicas, psicológicas e

sociais propiciando redução do risco de adoecer por doenças cardio-vasculares, melhora da resposta imunológica e qualidade do sono, entre outros.

Outra variável estudada que deve ser objeto de aprofundamento e reflexão foi a utilização de medicamentos, onde, 40,62% dos idosos foram classificados como componentes do grupo referente à polimedicação menor.

A polimedicação é conhecida como sendo a utilização simultânea de fármacos de forma crônica. Ela pode ser classificada como polimedicação menor que corresponde à utilização simultânea de dois a quatro fármacos e polimedicação maior, de cinco ou mais (99).

O tema tem sido motivo de discussão entre os pesquisadores, substancialmente em se tratando de idosos onde naturalmente com o avançar da idade, ocorre redução de massa muscular, do metabolismo hepático e da função renal, o que pode acarretar efeitos nocivos ao organismo. Em estudo que objetivou avaliar o uso de medicamentos, 51,9% dos idosos utilizavam entre dois a quatro fármacos e 28,8%, cinco ou mais. Segundo o autor, os idosos são considerados multiusuários de fármacos, em decorrência da maior prevalência de doenças crônico-degenerativas (100).

A utilização de medicamentos em maior escala, é uma tendência natural com o avançar da idade, os quais devem ser ajustados conforme necessidades individuais (101).

Estudo que objetivou avaliar a utilização de medicamentos de idosos em um município de Santa Catarina mostrou que 51,9% dos idosos foram classificados na categoria polimedicação menor, enquanto que 28,8% em polimedicação maior. (100). Os medicamentos mais referenciados foram os associados à hipertensão, diabetes, problemas circulatórios e cardíacos (100; 102).

Além da propensão em consumir uma quantidade maior de medicamentos, outros aspectos têm sido referenciados por pesquisadores como Diaz (103) que aborda problemas relacionados à adesão medicamentosa por idosos, como a dificuldade em compreender a posologia, o déficit cognitivo comprometido, sabor e apresentação inadequados.

6.2 PERFIL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

A média de idade dos idosos institucionalizados encontrada neste estudo (76,2 anos) foi similar ao resultado de investigação realizada em Concelho de Lamego (Portugal) com idosos institucionalizados de quatro lares da terceira idade, onde a maior proporção (50%) correspondia à faixa etária de 75 a 84 anos (113). Distintamente, um estudo realizado em Natal – RN, em três instituições asilares, apresentou um percentual maior de idosos na faixa etária de 60 a 64 anos (91).

Considerando a condição laboral, resultados de outras investigações mostraram similaridade em relação a predominância de aposentados, a exemplo do estudo citado por Davim (91), onde 91% dos idosos participantes eram aposentados.

Mendes (114) considera a aposentadoria como um momento de rompimento com o passado, onde o indivíduo deve interagir com uma nova condição, que por um lado gera benefícios como oportunidades de lazer e descanso e por outro, desvantagens como a desqualificação. O autor referencia ainda as políticas previdenciárias que, na maioria dos casos, restringem os valores destinados à aposentadoria, gerando dificuldades em suprir as necessidades básicas.

Quanto ao gênero, vários estudos evidenciaram em seus resultados a prevalência do sexo feminino, a exemplo dos referenciados por Davim; Almeida e Rodrigues; Del Luca (91; 113; 7), que encontraram percentuais de 58%; 82,1% e 70,8%, respectivamente. Estes valores expressam uma tendência contrária a encontrada em nosso estudo, onde 96,15% corresponde ao gênero masculino, o que pode ser justificado em função dos critérios estabelecidos pelas instituições que optaram por aceitar preferencialmente idosos do sexo masculino.

Em relação a escolaridade, prevaleceu o ensino fundamental incompleto e analfabetos dividindo a mesma proporção (50%). Estes resultados foram corroborados em estudo citado por Davim (91) que encontrou valores para o ensino fundamental incompleto (53%) e analfabetos (46%). Já, em outra investigação citada por Del Luca (7), os analfabetos totalizaram 52,8%.

Veras (115) considera o baixo nível de escolaridade resultado das precárias condições de vida e trabalho durante longo período de vida dos idosos, refletindo em dificuldade de acesso escolar, o que ocorreu até meados da metade do século XX.

Resultados semelhantes aos encontrados nesta investigação, referentes ao estado civil, foram citados por Almeida e Rodrigues (113), com predominância de solteiros (32,2%) e viúvos (60,7%), apontando uma característica singular do idoso institucionalizado.

Outra investigação que objetivou verificar a qualidade do sono em idosos residentes em instituições de longa permanência, o percentual de solteiros foi de 39,5%. Del Luca (7) encontrou em sua amostra percentuais de 37,5% e 44,6%, para solteiros e viúvos, respectivamente. Em estudo citado por Araujo e Ceolim (116), o principal motivo referenciado pelos idosos em relação à opção pela institucionalização foi a solidão.

Outra variável que apresentou similaridade com os nossos resultados foi a renda individual, com prevalência maior na faixa de um salário mínimo (42,31%). Mendes (114) considera que a baixa renda pode comprometer a qualidade de vida e a própria saúde do idoso, frente à insuficiência dos recursos financeiros que não atendem suas necessidades básicas.

O sedentarismo em relação às práticas de atividade física foi prevalente para 76,92% dos idosos institucionalizados. Este resultado também foi verificado em outro estudo que apresentou um percentual de 77% (104).

Christensen (117) relata que o processo de envelhecimento pode desencadear naturalmente o declínio da aptidão física gerando incapacidades, em virtude da inatividade. Ainda, segundo o autor, esta situação predomina entre os idosos residentes em instituições.

A utilização de medicamentos entre os idosos institucionalizados, de acordo com a classificação já referenciada anteriormente, considerando a polimedicação menor e maior apresentou percentuais de 65,39% e 34,61%, respectivamente.

Segundo a Portaria 2528 (5), a presença de co-morbidades e consequente utilização de medicamentos associados estão presentes no cotidiano dos idosos, sendo necessário um acompanhamento criterioso em relação à posologia, vias de administração, tipos, intervalos entre as doses e orientação adequada dos idosos e seus familiares. O excesso de medicamentos prescritos, período de tratamento prolongado, complexidade do regime terapêutico, déficit de informação, são fatores que contribuem para o desencadeamento de efeitos adversos. Assim, o autor considera importante que os profissionais de saúde saibam lidar com as limitações em decorrência da senescência, estimulando idosos e familiares no sentido de

adotar esquemas terapêuticos simples com o objetivo de minimizar a ocorrência de efeitos adversos e maximizar a eficiência terapêutica.

A significância estatística encontrada para o valor da média de sobrecarga maior atribuída ao cuidador em relação aos idosos de cor branca ($p=0,03$), talvez possa estar relacionado com um nível de exigência maior por parte deste grupo em questão.

Em concordância com nossos resultados, Cassis (110), encontrou um nível de sobrecarga emocional menor para os cuidadores da raça negra em relação as outras etnias ($p=0,012$).

Outra publicação relatou resultados similares onde cuidadores negros de pacientes com Alzheimer apresentaram nível de estresse menor que os cuidadores de cor branca. O autor destaca que o achado merece uma investigação mais aprofundada, onde o resultado não deve ser atribuído isoladamente apenas considerando a variável “raça” (118).

Na análise do estado civil, os maiores valores de sobrecarga têm relação com idosos viúvos e divorciados, onde a média de ZBI para ambos foi de 16,67. Em estudo citado por Garrido (13), a variável foi analisada, porém, não foi encontrada associação com o grau de sobrecarga do cuidador, onde a média de ZBI para viúvos e divorciados foi de 26,5 e 31,0, respectivamente, com $p=0,93$.

6.3 GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO

Nenhum idoso foi classificado nos escores C “independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional” e D “independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma”, havendo uma concentração na distribuição percentual de idosos nos dois extremos da escala, com predominância do escore G “dependência total”, seguido do escore A “independente para todas as atividades”. Cabe destacar que os escores de classificação convergindo para uma dependência maior (“E” e “F”) pode indicar uma tendência global para dependência mais severa. Nesse sentido, o *Índice de Katz* pode ser considerado um instrumento preditor para utilização no planejamento da necessidade de cuidado ao idoso.

Em relação à dependência para realização de atividades de vida diária, a dependência total apresentou valor percentual maior para “vestir-se” e a independência para “continência”.

Para as atividades instrumentais de vida diária a dependência foi maior para as atividades “lavar e passar roupas” e “realizar compras”. A dependência parcial expressou-se de maneira mais acentuada para a atividade “utilizar meio de transporte” e a condição de independência para “tomar medicamentos em dose e horários corretos” e “cuidar das finanças”.

Estudo citado por Costa, Nakatani e Bachion (112), apresentou resultados similares relacionando maior dependência para as atividades de vida diária banhar-se, vestir-se, utilizar vaso sanitário e passar da cama para cadeira. Já para as AIVDs maior dependência foi relacionada para lavar roupas, realizar trabalho doméstico e utilizar telefone.

A incapacidade para realização para AVDs e AIVDs pode prejudicar a autonomia do idoso e acarretar prejuízo em relação a sua vida social o que potencialmente gera transtornos aos seus familiares, que necessitam realizar um rearranjo global no sentido de otimização de tempo, recursos financeiros e humanos, para atendimento às demandas existentes.

O Índice de *Katz* e a *Escala de Lawton*, associados, colocou em evidência que quanto maior a dependência para as AVDs, maior será também, a dependência para as AIVDs, reforçando a importância da utilização dos dois instrumentos de forma complementar para a avaliação do grau de dependência do idoso.

Destacamos ainda a existência de associação entre dependência do idoso para realização de AVDs, AIVDs e grau de sobrecarga do cuidador, onde o aumento do grau de dependência é acompanhado pelo aumento da sobrecarga atribuída ao cuidador. Em estudo conduzido no Hospital Universitário da Universidade Federal da Paraíba, o autor cita a associação entre dependência do idoso para realização de tarefas que requerem maior esforço físico, com acentuado nível de tensão atribuída ao cuidador (79).

6.4 GRAU DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVDs) E ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDs)

Nesta investigação, o grau de dependência dos idosos institucionalizados para atividades básicas de vida diária, a predominância foi de 46,15% para o escore “A” (independente para todas as atividades). Nenhum idoso foi classificado no escore “D” (independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma).

Outros achados deste estudo mostram que na dependência para realização de atividades de vida diária, a incapacidade apresentou-se maior para as atividades “banhar-se”, “vestir-se” e “ir ao banheiro” e a independência para “alimentação”.

A incapacidade dos idosos para as AIVDs apresentou uma frequência maior para a atividade “lavar e passar roupas”. A dependência parcial expressou-se de maneira mais acentuada para as atividades “utilizar telefone”, “utilizar transporte”, “tomar medicamentos em dose e horários corretos” e maior independência foi relacionada a “realizar trabalhos domésticos”.

Almeida e Rodrigues (113) apresentaram resultado de estudo realizado em quatro instituições de longa permanência para idosos, com objetivo de identificar o grau de dependência dos idosos utilizando o *Índice de Katz*, onde, 63,4% dos idosos foram independentes para realização de AVDs.

Resultados de outra investigação com a mesma finalidade, conduzida em Taubaté-SP, onde participaram 187 idosos residentes em três instituições de longa permanência, mostrou que 37% deles eram independentes para AVDs (116).

Recentemente investigação realizada em Pelotas – RS, que objetivou identificar o grau de dependência para AVDs e AIVDs, utilizando o *Índice de Katz* e a *Escala de Lawton* obteve como resultado a maior prevalência para incapacidades para atividades básicas, “continência”, “vestir-se” e “banhar-se”. Quanto às atividades instrumentais as maiores frequências de incapacidades foram observadas para “utilizar meio de transporte”, “realizar compras” e “lavar e passar roupas”.

Araújo e Ceolim (116) destacam as possíveis razões para a institucionalização de idosos, onde segundo os autores, para os idosos dependentes, possivelmente existem dificuldades entre familiares em assumir o

cuidado. Em contrapartida, as hipóteses para o fato de o idoso ser independente e institucionalizado pode ser justificado por fatores como solidão, dificuldades de ordem financeira ou necessidade de auxílio para o desempenho de AIVDs.

6.5 PERFIL DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS

Os resultados colocam em evidência algumas características do perfil de cuidadores informais em consonância com o observado na literatura, onde a faixa etária média de 47,7 anos, acompanhou a tendência de uma pesquisa realizada em Florianópolis, onde a média de idade foi de 48,5 anos (104). Recentemente, estudo conduzido na Região do Porto, em Portugal, revelou que a média de idade encontrada foi de 55 anos (105).

Yeh S, Johnson MN, Wang S e Sanchez CS, *apud* (79), consideram que cuidadores idosos estão mais predispostos ao impacto negativo demandado do cuidado prestado, caracterizados pela própria condição de envelhecimento que possibilita a vivência de condições semelhantes às enfrentadas pelos idosos.

Quanto ao gênero, evidenciou-se que o cuidado ao idoso é majoritariamente realizado por mulheres, filhas ou esposas, corroborado por vários estudos. (90; 12; 79; 106). Historicamente, ao longo dos anos o papel da mulher em assumir o cuidado pode ser justificado frente à tradição de, no passado, não ter assumido funções que extrapolavam os limites do contexto doméstico. Porém, esta realidade vem se modificando em função da redefinição de papéis na atual conjuntura do mercado de trabalho globalizado (105).

Neste estudo o nível de escolaridade caracterizou-se como baixo, onde 66,67% dos cuidadores possuíam escolaridade compatível com o ensino fundamental completo, acompanhando a tendência observada em outras investigações, como a conduzida junto ao Programa de Atendimento ao Idoso do Hospital Universitário Lauro Wanderley – UFPB, onde 26,7% das cuidadoras haviam concluído o ensino fundamental e 13,3% eram analfabetas (79).

Gonçalves *et al.* (104), em publicação referente a uma pesquisa multicêntrica realizada em Florianópolis que objetivou traçar o perfil da família cuidadora de

idosos, relataram resultados semelhantes, onde 50,3% dos cuidadores tinham escolaridade compatível com o ensino fundamental completo.

Nakatani, *et al.* (107) considera que a baixa escolaridade influencia direta ou indiretamente na qualidade do cuidado prestado, podendo acarretar prejuízos ao idoso, frente à necessidade de realizar tarefas como verificação de dietas, prescrições de medicamentos e procedimentos.

Nesta investigação foi encontrado um predomínio de cuidadores casados (66,67%), resultados que são confluentes com dados encontrados em outros estudos.

Publicação de autoria de Garrido e Menezes (13), cujo estudo tinha como objetivo analisar o impacto da sobrecarga de cuidadores de idosos demenciados demonstrou que 57,1% dos cuidadores eram casados.

Pimenta, *et al.* (105) em estudo realizado em Portugal, com objetivo de conhecer o perfil do cuidador familiar, encontrou um percentual de 78% de cuidadores casados.

Chou KR, *apud*, (79), relata que as mulheres casadas tendem a desenvolver níveis mais elevados de tensão frente à necessidade de conciliar atividades demandadas pelo cuidado ao idoso com as demais obrigações, categorizando as cuidadoras de idosos como “a geração sanduíche” ou “mulheres divididas”.

Estudo recente relatou que 43,3% dos cuidadores possuíam outro vínculo formal, além da atividade de cuidar do idoso. Os autores consideram que assumir o cuidado, simultaneamente com outras obrigações constitui fator gerador de tensão. Tais obrigações podem variar desde cuidar de filhos ou netos e afazeres domésticos até as condições onde os cuidadores exercem atividades fora do domicílio. O conflito de papéis tem sido considerado fonte geradora de tensão ao cuidador, onde outras investigações apontam correlação entre o trabalho formal do cuidador associado a maiores níveis de tensão. Meyers JL, Gray LN, *apud* (79).

Prover cuidados a outros sugere atendimento a necessidades como alimentação, transporte, aquisição de insumos e medicamentos o que demanda tempo e custo. Portanto, a limitação de recursos financeiros pode traduzir-se em fator gerador de estresse ao cuidador.

Sanches (108) considera que quando a provisão de cuidados é realizada concomitante à carência de recursos materiais, a prestação do cuidado tende a ser considerada como dever e não como opção gerando estresse. Em nosso estudo

70% dos cuidadores possuem renda de até 1 SM, o que pode comprometer a qualidade assistencial aos idosos, além de gerar sobrecarga ao cuidador.

Apesar de não haver de significância estatística, observou-se neste estudo que os valores das médias de sobrecarga atribuída a todos os cuidadores que consumiam bebida alcoólica foram menores em relação aos que não consumiam.

Recentemente estudo relatado por Fernandes e Garcia (79) que objetivou averiguar os determinantes da tensão do cuidador apresentou resultados onde se observou o aumento do consumo de álcool por parte dos cuidadores após assumir esta função.

Similarmente a este estudo onde foi verificada a existência de significância estatística para a variável “percepção do estado de saúde”, outra investigação com pacientes e cuidadores de um hospital escola no município de São Paulo, demonstrou significância estatística entre os escores de *ZBI* e “saúde física referenciada”, o que pode sugerir um desgaste físico e emocional em decorrência da prestação de cuidados contínuos ao idoso (13).

Em pesquisa realizada em Centros de Saúde da Região do Porto, localizados em Portugal, os resultados expressaram a auto-apreciação da saúde referenciada como regular ou boa para 85% dos cuidadores entrevistados, Entretanto, quando indagados em relação às conseqüências advindas da tarefa de cuidar, 46% dos participantes referenciaram piora da condição de saúde. A predominância de condição “regular” ou “boa”, foi relacionada à satisfação e à sensação de dignificação perante o papel do cuidador (105).

Investigação realizada em Florianópolis apontou que 22,4% dos sujeitos participantes, referenciaram piora em relação à percepção de saúde, quando questionados acerca das conseqüências advindas da tarefa de cuidar (104).

Outra pesquisa realizada no município de São Paulo, com objetivo de conhecer o perfil de cuidadores principais em domicílio, revelou que a condição física detectada permitiu inferir que eles podem ser considerados potencialmente doentes e com sua capacidade funcional constantemente em risco (12).

A avaliação de satisfação em relação à própria saúde indica que quanto pior a condição de saúde percebida, maior a sobrecarga. Além disso, esta variável pode ser considerada um bom indicador da condição do cuidador, permitindo o delineamento de propostas de ações e intervenções aos grupos considerados mais

sobrecarregados em decorrência de atividades demandadas do cuidado prestado ao idoso (96).

No que se refere ao grau de parentesco com o idoso, a literatura consultada corrobora com os resultados encontrados em nosso estudo, onde prevalece a condição de cuidadores filhas ou cônjuges. Garrido (13), relatou em seu trabalho que 53,1% dos cuidadores eram filhos e 26,5% cônjuges. Amendola *et al.* (96) verificou em seu estudo uma proporção maior de cônjuges cuidadores (62,2%) em relação aos filhos (37,9%).

Segundo Neri (14), existe uma hierarquia em relação ao compromisso de cuidar, ocupado primeiramente pela esposa, seguido da filha solteira ou que vive só. Destaca ainda que raramente são observadas situações onde o cuidador é do gênero masculino ou outro parente, o que foi confluyente com nossa investigação onde encontramos apenas um cuidador do sexo masculino. Este cuidador era solteiro e durante o período da coleta de dados, ele não possuía outro vínculo formal, auxiliando o idoso principalmente nas atividades externas ao domicílio como realizar compras, receber proventos e acompanhar o idoso nas visitas a unidade de saúde.

Historicamente, tanto no âmbito nacional como internacional os achados reafirmam o papel social da mulher onde é esperado que o cuidado a pessoas dependentes seja realizado por elas e secundariamente pelos parentes com grau de parentesco mais próximo (12; 109).

Estudos realizados indicam que o fato do cuidador residir com o idoso, pode ser um fator gerador de sobrecarga e estar relacionado à exposição constante às demandas do cuidado, além da necessidade do cuidador em realizar outras atividades além do cuidado prestado, colocando em evidência a dimensão tempo e espaço como variáveis determinantes da sobrecarga.

Cassis (110) estudou a correlação entre características dos idosos e o estresse do cuidador. Segundo o autor, o maior preditor de estresse está relacionado aos sintomas comportamentais do idoso e, quando associados às características relacionadas ao cuidador “residir com o idoso” e “tempo de prestação do cuidado”, apresentou uma clara e evidente correlação.

Em contrapartida, para o idoso a condição de residir com seu cuidador é considerada benéfica, visto que suas necessidades tendem a ser atendidas com maior brevidade (111). Apesar deste estudo não indicar diferença estatística

significativa em relação a esta variável, o p-valor encontrado foi próximo ao nível significativo ($p= 0,137$), o que pode ser atribuído a uma amostra heterogênea apresentando desvio padrão elevado.

Os idosos incluídos neste estudo recebiam cuidados de familiares, o que via de regra foi observada em outras pesquisas (79; 96; 104).

Fernandes e Garcia (79) consideram a família como principal núcleo protetor ao idoso dependente. Em situações onde a harmonia é comprometida a tendência é sobrecarregar um de seus elementos.

No tocante ao número de horas/dia e período/anos dedicados ao cuidado, neste estudo foi observada prevalência de tempo superior a 10 (dez) horas/diárias e por um período de 1(um) a 3 (três) anos, respectivamente. Resultado semelhante foi identificado em outra investigação relatada por Garrido e Menezes (13), onde prevaleceu o tempo em horas e anos, maior que 10 (dez) horas. Variação distinta foi apresentada em estudo citado pelo mesmo autor em relação ao tempo/anos onde mais de 50% dos cuidadores realizavam esta atividade em período inferior a 1(um) ano (13).

6.6 PERFIL DOS CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS

A média de idade de cuidadores formais de idosos encontrados em outras investigações relatadas na literatura foram similar a deste estudo. No estudo de Molari (119), a média de idade foi de 31 anos. Outra publicação relatou média de 40 anos (120).

As mulheres predominam na atividade de cuidadora de idosos, formais ou informais, em relação ao gênero masculino frente aos trabalhos consultados na literatura, reforçando a condição histórica da maioria das sociedades, onde a condição de gerar sua prole, naturalmente atribuiu a ela a condição de cuidadora (121; 120).

O nível de escolaridade baixo tem sido atribuído aos cuidadores em outros trabalhos realizados como o citado por Molari (119), onde 64% tinham nível de escolaridade compatível ao ensino fundamental completo e 35% ensino médio

completo. Rodrigues, Andrade e Marques (120), encontraram o mesmo percentual de 50%, para o ensino fundamental completo e ensino médio completo.

Ribeiro *et al.* (121) realizou estudo comparativo entre instituições privadas e filantrópicas de longa permanência para idosos em Belo Horizonte - MG, onde observou que mais da metade dos cuidadores das instituições privadas eram casados. Em contrapartida, nas filantrópicas o percentual de casados foi o mesmo encontrado para os solteiros, de 37,8%, resultado que pode indicar uma tendência em relação ao estado civil de cuidadores de idosos institucionalizados, onde os solteiros prevalecem sobre os casados.

Quanto a existência de outros vínculos, 76,92% das cuidadoras exerciam apenas esta função e as demais, compartilhavam a prestação de cuidado ao idoso com outras atividades remuneradas.

A renda tem sido associada à escolaridade, onde normalmente o tipo de ocupação define o padrão de renda que comumente é compatível com o grau de instrução. Neste estudo a renda de 2SM foi similar ao encontrado em estudo citado por Ribeiro (121) onde a remuneração dos cuidadores pesquisados que recebiam 2SM foi de 82,2%.

Segundo Rowe e Kahn, *apud* (122), as condições físicas e mentais são considerados indicadores associados ao envelhecimento saudável. Assim, a exemplo deste estudo, onde a totalidade das cuidadoras referenciaram a percepção sobre sua saúde como boa ou ótima, esta variável foi investigada por Garrido e Menezes (13), que encontraram associação estatisticamente significativa entre sobrecarga atribuída ao cuidador com a saúde física referenciada. Molari (119) apresentou resultados de estudo onde a qualidade de vida para cuidadores de idosos foi expressa nas dimensões social, profissional e de saúde física.

Quanto ao apoio recebido de outros pelos cuidadores durante a prestação de cuidados ao idoso, 80% referenciaram não recebê-lo em momento algum e o restante (20%), quando solicitado, recebiam de outros funcionários da instituição e eventualmente de familiares durante o período de visita ao idoso.

Em relação a horas/dia destinadas à prestação do cuidado, o grupo de cuidadores que cumpre a carga horária de 08 a 10 horas trabalha diariamente em horário comercial. Em momentos de descanso remunerado, a função é indiretamente assumida por outros funcionários da instituição, como os que atuam nas atividades de zeladoria e cozinha.

Os cuidadores que cumprem carga horária acima de 10 horas/dia trabalham em regime de plantão de 12 horas com 36 horas de descanso.

Investigação citada por Ribeiro *et al* (121) encontrou resultado aproximado do valor encontrado em nosso estudo em relação ao tempo (anos) na função de cuidador em instituição de longa permanência, onde 60,2% dos cuidadores exerciam a função em período inferior a 5 anos.

A inexistência de relação estatisticamente significativa entre variáveis relativas aos cuidadores institucionais e às médias dos escores de ZBI, possivelmente possa ter ocorrido devido ao número amostral reduzido de cuidadores. Cabe ressaltar que, durante o período estabelecido para a coleta de dados, todos os cuidadores de idosos institucionalizados foram incluídos na amostra estudada.

6.7 COMPARATIVO ENTRE O PERFIL DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E RESIDENTES EM DOMICÍLIO

A análise da faixa etária para os dois grupos sugerem um predomínio de idosos com idade igual ou superior a 70 anos. Segundo o IPEA (123), a idade avançada está, geralmente relacionada com a perda da autonomia, sendo considerada um dos determinantes para a institucionalização do idoso em ILPIs.

Diferenças estatisticamente significante foram observadas entre os participantes do estudo, quando comparados os grupos de idosos institucionalizados e os residentes em domicílio para as variáveis: gênero, estado civil e renda individual.

A proporção do gênero feminino predominante para o grupo de idosos residentes em domicílio expressou-se de modo inverso para o grupo de idosos institucionalizados onde 96,15% são do gênero masculino.

Resultado de estudo publicado pelo IPEA (123) apresentou a mesma tendência, com predomínio do gênero masculino nas ILPIs do Estado de Rondônia (83%), o que pode ter ocorrido devido a migração de um grande contingente de trabalhadores em dois momentos: a primeira em decorrência da construção da ferrovia Madeira-Mamoré no início do século XX e a segunda, devido a descoberta de reservas de ouro e cassiterita.

Neste estudo a etnia branca mostrou predominância sobre a negra entre os idosos residentes em domicílio. Para os institucionalizados o percentual foi o mesmo para as duas categorias.

Quanto ao estado civil, considerando o grupo dos idosos institucionalizados foi verificado o predomínio de solteiros (53,85%). Em contrapartida, para o grupo dos idosos residentes em domicílio predominou os casados e viúvos, com 43,80% e 50,0%, respectivamente.

O predomínio dos solteiros entre os idosos institucionalizados e, de maneira similar, a predominância de casados e viúvos entre os idosos residentes em domicílio, pode estar relacionada ao vínculo familiar, onde a presença do cônjuge ou filhos pode ser um fator sugestivo à permanência do idoso em âmbito domiciliar. Na condição oposta, a opção pela institucionalização pode ocorrer devido a situações de falta de apoio, desagregação familiar, dificuldades de ordem financeira ou como forma de minimizar a solidão.

Outra investigação, realizada em Veranópolis – RS, com o objetivo de traçar o perfil de cuidadores informais, mostrou um percentual de 82,1% entre os idosos casados residentes em domicílio (124).

Em estudo conduzido em um município de médio porte da região norte do Rio Grande do Sul, mulheres residentes em uma instituição de longa permanência, referenciaram a solidão em decorrência da viuvez e a limitação de recursos financeiros como determinantes para a institucionalização(125).

Apesar de não apresentar significância estatística, algumas variáveis apresentaram resultados que merecem destaque a exemplo da escolaridade, prática de atividade física e utilização de medicamentos. A proporção de analfabetos, ausência de prática de atividades físicas e a utilização de medicamentos de forma crônica, foram predominantes em ambos os grupos. (Tabela 9)

Em estudo realizado em um município do Rio Grande do Sul, verificou que 74,3% dos idosos não praticavam qualquer atividade física de maneira regular. A proporção de idosos analfabetos e com escolaridade compatível com ensino fundamental incompleto foi de 90,3%. O levantamento em relação a utilização de medicamentos mostrou que entre o grupo de idosos, 15% referenciaram como principal despesa a aquisição de medicamentos (124).

Investigação conduzida em Pinheiros – SP reforça o resultado de nosso estudo onde, 58,1% dos idosos tinham escolaridade compatível com ensino fundamental incompleto (39).

Tabela 9 – Comparativo entre o perfil dos idosos institucionalizados e idosos residentes em domicílio

	Total		Idoso Institucionalizado		Idoso residente em domicílio		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Faixa Etária							
60 a 70 anos	15	25,90%	9	34,62%	6	18,80%	0,445*
70 a 80 anos	20	34,50%	7	26,92%	13	40,60%	
80 a 90 anos	17	29,30%	7	26,92%	10	31,30%	
90 a 100 anos	6	10,30%	3	11,54%	3	9,40%	
Gênero							
Masculino	39	67,20%	25	96,15%	14	43,80%	0,000*
Feminino	19	32,80%	1	3,85%	18	56,30%	
Etnia							
Branca	38	65,50%	13	50,00%	25	78,10%	0,020*
Negra	20	34,50%	13	50,00%	7	21,90%	
Escolaridade							
Analfabeto	27	46,60%	13	50,00%	14	43,80%	0,466*
Ensino Fund. Incomp.	31	53,40%	13	50,00%	18	56,30%	
Estado civil							
Solteiro	14	24,10%	14	53,85%	0	0,00%	0,000*
Casado	16	27,60%	2	7,69%	14	43,80%	
Separado	5	8,60%	4	15,38%	1	3,10%	
Divorciado	3	5,20%	2	7,69%	1	3,10%	
Viúvo	20	34,50%	4	15,38%	16	50,00%	
Renda Individual							
Não possui	14	24,14%	14	53,85%	0	0,00%	0,000*
< 1 SM	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	
1 SM	39	67,24%	11	42,31%	28	87,50%	
2 SM	5	8,62%	1	3,85%	4	12,50%	
Atividade Física							
Pratica	8	13,80%	6	23,08%	2	6,30%	0,058*
Não pratica	50	86,20%	20	76,92%	30	93,80%	
Utiliza Medicamentos							
Sim	54	93,10%	24	92,31%	30	93,80%	0,805*
Não	4	6,90%	2	7,69%	2	6,30%	

* Teste não-paramétrico do Qui-quadrado

6.8 COMPARATIVO ENTRE O GRAU DE DEPENDÊNCIA DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E RESIDENTES EM DOMICÍLIO PARA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (AVDs) E INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (AIVDs)

6.8.1 Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs)

Quando comparados os escores para AVDs, segundo o Índice de *Katz* entre o grupo de idosos institucionalizados e os residentes em domicílio, diferenças estatisticamente significativa foram observadas (Tabela 10).

Verificou-se que 46,15% dos idosos institucionalizados estão classificados para o escore A (independente para todas as atividades) e 46,9% dos idosos residentes em domicílio para o escore G (dependente para todas as atividades), ou seja, enquanto a independência para todas as atividades prevalece entre os idosos institucionalizados a condição inversa de dependência para todas as atividades, é predominante entre os idosos residentes em domicílio, tendência também observada para os escores E (Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional) e F (Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional).

Estudo publicado pelo IPEA (123), referente a caracterização das ILPIs na Região Norte, revelou que cerca de 48% dos residentes eram independentes para todas as atividades.

Para o escore C foram classificados 19,23% dos idosos institucionalizados e nenhum idoso residente em domicílio, podendo configurar uma tendência em avançar para um grau de dependência maior.

Apesar da inexistência de significância estatística, os valores encontrados podem servir como um parâmetro ao reforçar uma tendência verificada entre os participantes do estudo onde foi observada uma gradativa elevação do grau de dependência para os escores E, F, G, entre os idosos residentes em domicílio (Tabela 10).

Sobrecarga maior para atividades básicas de vida diária têm sido relacionadas à incapacidade física do idoso, devido à exposição contínua dos

cuidadores as demandas para o cuidado, especialmente aquelas que requerem um esforço físico maior (79).

Tabela 10 – Comparativo entre o grau de dependência de idosos institucionalizados e residentes em domicílio para atividades de vida diária (AVDs), segundo Índice de *Katz*.

	Total		Idoso Institucionalizado		Idoso residente em domicílio		p-valor
	n	%	n	%	N	%	
Katz							
A	20	34,50%	12	46,15%	8	25,00%	0,022*
B	2	3,40%	1	3,85%	1	3,23%	
C	5	8,60%	5	19,23%	0	0,00%	
E	5	8,77%	2	7,69%	3	9,40%	
F	7	12,10%	2	7,69%	5	15,60%	
G	19	32,80%	4	15,38%	15	46,90%	

* Teste não-paramétrico do Qui-Quadrado

6.8.2 Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)

No que se refere às AIVDs constatou-se um escore médio de 16,46 (dp=5,68) para o grupo de idosos institucionalizados e 12,39 (dp= 4,80) para os idosos residentes em domicílio. Considerando que, quanto maior o valor atribuído ao escore, maior o grau de independência, podemos inferir que o grupo de idosos institucionalizados é mais independente em relação aos idosos residentes em domicílios.

6.9 COMPARATIVO ENTRE O PERFIL DOS CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS DE IDOSOS

A análise comparativa dos dados sugere cautela em sua análise devido ao número reduzido de cuidadores formais que participaram do estudo (Tabela 11).

Os valores percentuais analisados mostram significância estatística para as variáveis escolaridade (p= 0,00), renda individual (p= 0,00), percepção de seu

estado de saúde ($p= 0,046$) e apoio para a prestação do cuidado (0,047). Enquanto a maior parte dos cuidadores formais possuía escolaridade compatível com ensino médio completo (80%), os analfabetos (67,74%) prevaleciam entre os cuidadores informais. De modo similar à variável renda individual apresentou valores percentuais discrepantes onde 100% dos cuidadores formais tinham renda de 2 SM e 67,74% dos cuidadores informais, não possuíam nenhum provento.

Estudo conduzido no Rio Grande do Sul (123) constatou escolaridade compatível com o segundo grau completo para 48,9% dos cuidadores informais. A diferença observada entre os resultados encontrados podem sugerir a existência de condições distintas de desenvolvimento sócio-econômico regional.

Fatores como elevados grau de dependência, sobrecarga emocional e financeira aos cuidadores familiares, são citados como causas para a institucionalização dos idosos (126).

Apesar de não expressar significância estatística, algumas variáveis estudadas apresentaram valores percentuais sugestivos de destaque.

Além da prestação do cuidado ao idoso, 48,39% dos cuidadores informais possuíam outra ocupação. De maneira oposta, 80% dos cuidadores formais, dedicavam-se exclusivamente à tarefa de prestação do cuidado.

Prejuízos no trabalho formal foram associados as tarefas demandadas da prestação de cuidados e geradores de tensão aos cuidadores informais em estudo citado por Fernandes e Garcia (79).

O gênero feminino prevaleceu para o grupo de cuidadores formais e informais, característica observada em todos os estudos citados na literatura.

Na análise da variável “prática de atividade física” o sedentarismo prevaleceu para ambos os grupos.

A maioria dos cuidadores formais eram solteiros (60%), enquanto esta condição era oposta para cuidadores informais, onde os casados correspondiam a 61,29%.

Nenhum cuidador formal referenciou a auto-percepção do seu estado de saúde como insatisfatória. Já para os cuidadores informais, tal condição expressou-se para 35,48% dos cuidadores.

Em relação ao apoio para a prestação do cuidado, 80% dos cuidadores formais não recebiam auxílio. Já para os informais, o resultado foi inverso, ou seja, 79,97%, recebiam apoio para a prestação do cuidado.

Estudo citado por Fernandes e Garcia (79), revela que o suporte social recebido pelas cuidadoras era restrito. Recebiam suporte formal (13,3%). Quanto ao suporte informal, recebiam ajuda de amigos frequentemente (6,7%), não recebiam nenhum tipo de auxílio (40%) e contavam com o suporte frequente por parte de familiares (30%).

Tabela 11 – Comparativo entre o perfil dos cuidadores formais e informais de idosos

	Total		Cuidador Formal		Cuidador Informal		Teste
	n	%	n	%	n	%	P-valor
Outra ocupação							
Sim	16	44,44%	1	20,00%	15	48,39%	0,355*
Não	20	55,56%	4	80,00%	16	51,61%	
Gênero							
Masculino	1	2,78%	0	0,00%	1	3,23%	1,000*
Feminino	35	97,22%	5	100,00%	30	96,77%	
Escolaridade							
Analfabeto	21	58,33%	0	0,00%	21	67,74%	0,000*
Ens Fund. Comp.	5	13,89%	0	0,00%	5	16,13%	
Ens Fund. Incomp.	5	13,89%	0	0,00%	5	16,13%	
Ens. Med. Incomp.	1	2,78%	1	20,00%	0	0,00%	
Ens. Med. Comp.	4	11,11%	4	80,00%	0	0,00%	
Estado civil							
Solteiro (a)	15	41,67%	3	60,00%	12	38,71%	0,630*
Casado (a)	21	58,33%	2	40,00%	19	61,29%	
Renda Individual							
Não possui	21	58,33%	0	0,00%	21	67,74%	0,000*
< 1 SM	10	27,78%	0	0,00%	10	32,26%	
2 SM	5	13,89%	5	100,00%	0	0,00%	
Atividade Física							
Pratica	6	16,67%	2	40,00%	4	12,90%	0,131*
Não pratica	30	83,33%	3	60,00%	27	87,10%	
Percepção de seu estado de Saúde							
Insatisfatório	11	30,56%	0	0,00%	11	35,48%	0,046*
Satisfatório	25	69,44%	5	100,00%	20	64,52%	
Possui apoio para a prestação do cuidado?							
Sim	23	63,89%	1	20,00%	22	70,97%	0,047*
Não	13	36,11%	4	80,00%	9	29,03%	
Horas de Dedicção ao Cuidado							
Até 05 h	5	13,89%	0	0,00%	5	16,13%	0,386*
05 a 08 h	2	5,56%	0	0,00%	2	6,45%	
08 a 10 h	6	16,67%	2	40,00%	4	12,90%	
Acima de 10 h	23	63,89%	3	60,00%	20	64,52%	
Anos de Dedicção ao Cuidado							
Até 01 ano	4	11,11%	1	20,00%	3	9,68%	0,476*
01 a 03 anos	15	41,67%	3	60,00%	12	38,71%	
03 a 05 anos	10	27,78%	0	0,00%	10	32,26%	
Acima de 05 anos	7	19,44%	1	20,00%	6	19,35%	

* Teste não-paramétrico do Qui-quadrado

6.10 COMPARATIVO ENTRE O GRAU DE SOBRECARGA DOS CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS

Os escores médios encontrados entre os valores relacionados ao grau de sobrecarga dos cuidadores formais e informais, calculados a partir da Escala de *Zarit Burden Interview* foi de 11,87 (dp=6,3) e 23,75 (dp= 10,3), respectivamente. A interpretação dos valores encontrados sugere que a sobrecarga atribuída aos cuidadores informais é maior em relação aos cuidadores formais, visto que quanto maior o escore, maior é a sobrecarga atribuída ao cuidador.

Diferenças entre as médias de sobrecarga para o cuidador foram estatisticamente significativas em relação às características dos cuidadores informais para a variável “percepção de seu estado de saúde”, onde uma sobrecarga maior estava relacionada à percepção “insatisfatória”.

As médias de sobrecarga para o cuidador em relação às características dos idosos institucionalizados apresentaram diferenças estatisticamente significativas para a variável “etnia”, onde uma sobrecarga maior do cuidador estava relacionada à prestação do cuidado ao idoso de “etnia branca”.

Assim, a partir dos resultados encontrados neste estudo, podemos inferir que determinantes relacionados a uma maior sobrecarga apresentou relação com a auto-percepção insatisfatória do cuidador informal e com a prestação do cuidado aos idosos institucionalizados de “etnia branca”.

7 CONCLUSÃO

Os resultados devem ser avaliados com cautela, visto que a amostra relativamente reduzida pode ser um limitador para análises conclusivas.

Algumas características do perfil entre os idosos e seus cuidadores apresentaram diferenças estatisticamente significativas para as variáveis gênero, cor, estado civil e renda individual. Quanto aos cuidadores as variáveis foram escolaridade, renda, percepção do seu estado de saúde e apoio para a prestação do cuidado.

Foi observado um grau de dependência maior tanto para atividades de vida diária e instrumentais para o grupo de idosos residentes em domicílio, comparativamente ao grupo dos idosos institucionalizados, sendo um indicativo da necessidade de aporte a programas que considerem a inclusão de medidas, que possam contribuir para a redução de riscos, maior funcionalidade e manutenção da autonomia, respeitando as características de cada grupo em particular.

As diferenças entre o perfil dos idosos e seus cuidadores, bem como a análise do grau de dependência dos idosos e valores de sobrecarga entre os cuidadores, subsidiados por outras investigações citadas e discutidas neste estudo podem auxiliar na composição de um perfil para o cuidador de idosos compatível com uma sobrecarga menor, frente às atividades demandadas pelo cuidado ao idoso.

O provimento de apoio formal aos cuidadores, permitindo o acesso a uma melhor qualificação, geração de renda e suporte a tarefa de cuidar, tanto no que se refere às demandas objetivas, quanto subjetivas, poderia se configurar em alternativas como forma de minimizar o impacto em relação a sobrecarga.

Em relação ao idoso, fomentar o incentivo a políticas públicas visando à promoção do envelhecimento ativo com ações consideradas determinantes em todas as suas dimensões, tais como, o suporte a prevenção de doenças, assistência curativa, estímulo a prática de atividades físicas, controle na utilização de medicamentos, investimentos na redução da pobreza e geração de renda, proteção e apoio social, respeito às diferenças e valores culturais e estímulo ao autocuidado.

A análise do perfil dos idosos e de seus cuidadores bem como do grau de dependência dos idosos e sobrecarga atribuída aos cuidadores, podem contribuir

para o delineamento de propostas de intervenção baseadas nas reais necessidades do grupo estudado.

A realização de outros estudos similares na Região Norte seria importante no sentido de fornecer parâmetros comparativos com os resultados encontrados, além de contribuir para a ampliação de pesquisas envolvendo a temática do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais 2006 [Internet] [acesso em 2010 20 Out]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=774
2. Brasil. Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF; 5 Jan 1994. [acesso em 2006 06 Ago]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741.htm.
3. Veras RP. Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges. Rev saúde pública. 1991 Dez; 25(6): 476-88.
4. Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RP, *et al*. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. Rev saúde pública. 1999; 33(5), 437-44.
5. Brasil. Portaria 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. [internet]. Brasília, DF, 19 Out 2006. [acesso em 2007 08 Mar]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>.
6. Chaimowicz F. A Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev saúde pública. 1997 Abr; 31(2):184-200.
7. Del Luca GF, Nader GA, Santos IS, *et al*. Hospitalização e fatores associados entre residentes de Instituições de longa permanência para idosos. Cad saúde pública . 2010; 26 (7):1403-10.
8. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. Rev saúde pública. 1987 Jun; 21(3): 225-33.

9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: IBGE; 2000. [Internet]. [acesso em 2011 16 Mar]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>
10. Schwanke CHA, Feijó. AGS. Cuidando de cuidadores de idosos. Revista Bioética. 2006; 14 (1): 83-92.
11. Caldas CP. A dimensão existencial da pessoa idosa e seu cuidador. Textos envelhecimento. 2000 Jul; 3(4): 29-41.
12. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad saúde pública. 2003 Jun; 19 (3):861-66.
13. Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriatrico. Rev saúde pública 2004; 38(6): 835-41.
14. Neri AL, Sommerhalder C. As Várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: Neri AL, organizador. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea; 2002. p. 9-64.
15. Cerqueira ATAR, Oliveira NIL. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicologia USP. 2002; 13(1):133-50.
16. Dellaroza MSG, Trelha CS, Nakanishi KY, *et al.* Projeto de assistência interdisciplinar ao idoso em nível primário (PAINP): a busca de uma prática possível. In: Pinheiro R, Ceccin RB, Mattos, RA. Ensino – Trabalho - Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO; 2006.
17. Beavoir S. A Velhice: a realidade incômoda. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

18. Leme LEG. A Gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica. In: Papaleo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 13-25.
19. World Health Organization (Brasil); Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Opas; 2005.
20. Santos SSC. Enfermagem Gerontológica: da reflexão à ação cuidativa. São Paulo: Robe Editorial; 2001
21. Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996a. p.26-43.
22. St-Arnaud J, Beaudet MP, Tully P. Life expectancy. Health Reports. 2005 Nov; 17(1): 43-7
23. Instituto Nacional de Estatística. As gerações mais idosas [Internet].1999. [acesso em 2011 04 Fev]. Disponível em: www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui....
24. Ministério de Planificación (Chile). Programa Chile solidário proyecto adultos mayores de 65 años que viven solos. [Internet] 2003 [acesso em 2011 04 Fev]. Disponível em: http://www.mideplan.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=573&Itemid=50.
25. Figueroa Verdecia DV, Abreu Vázquez MR, Villafranca Cubela M, et al. Panorama del envejecimiento em Cuba. Rev Hosp Psiquiátr La Habana. 2005; 2(3).
26. Butler RN. Care of the aged in the United States of América. In: Brocklehurst, JC., Tallis, RC, Fillit, HM. Testbook of geriatric medicine and gerontology. 4. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1993.

27. Vecina Neto G. Evolução e perspectivas da assistência à saúde no Brasil. In: Fernandes AT, editor. Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
28. Veras RP. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev saúde pública . 2009; 43(3): 548-54.
29. Kalache SI, Veras RP, Ramos LR. O Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev saúde pública. 1987 Jun; 21(3): 200-10.
30. Ministério da Saúde (Brasil). Fundação Nacional de Saúde. DATASUS. Informações de saúde. [acesso em 2005 28 Nov]. Disponível em <http://www.datasus.fns.gov.br>.
31. World Health Organization. The world health report 2002. Genebra: World Health Organization; 2002. [Internet]. [acesso em 2011 16 Mar]. Disponível em: http://epsl.asu.edu/ceru/Documents/whr_overview_eng.pdf.
32. Avaria GN. Antropologia de la Vejez. Desarrollo personal em la Vejez. In: Congreso Chileno de Antropologia. Santiago: [editor desconhecido]; 2001.
33. Conill EM. A Recente reforma dos serviços de saúde na província do Québec, Canadá: as fronteiras da preservação de um sistema público. Cad saúde pública . 2000 Out-Dez; 16(4): 963-71.
34. Wilkins K, Park E. Home care in Canada. Health Reports .1998; 10(1):29-38.
35. Brasil . Lei nº 10741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF; 1 Out 2003. [acesso em 2006 05 Ago]. Disponível em: [www.crefito5.com.br/web/sus/Lei nº 10.741 de 01/10/2003.pdf](http://www.crefito5.com.br/web/sus/Lei%BA%2010.741%20de%2001/10/2003.pdf).
36. Brasil. Portaria 1395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. [internet]. Brasília, DF, 10 Dez 1999. [acesso em 2006 20 Jul]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>.
37. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad saúde pública. 2003 Mai-Jun; 19(3):773-81.

38. Miguel MEGB, Pinto MEB, Marcon SS. A Dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Rev eletrônica enferm.* 2007 Set-Dez; 9(3):784-95.
39. Mazza MMPR. O Cuidado em família sob o olhar do idoso. [Tese Doutorado em Saúde Pública Programa de Pós Graduação em Saúde Pública]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2008.
40. Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bulletin of the world health organization* [Internet]. Genebra, abr. 2004, 82(4). [acesso em 2010 10 Nov]. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S004296862004000400006&script=sciarttext>.
41. Duarte Y, Andrade CI, Lebrão MI. O Index de Katz na avaliação da funcionalidade dos Idosos. *Rev Esc Enferm Usp.* 2007 Jun; 41(2):317-25.
42. Lawton MP, Brody EM. Assesment of older people: self maintaining and instrumental activies of Daily Living. *Gerontology.* 1969; 9: 179-86.
43. Paschoal SMP. Autonomia e independência. In: Papaleo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu; 1996b. p. 313-23.
44. Paula JAM, Tavares MCGCF, Diogo MJE. Avaliação funcional em *Gerontologia.* *Gerontologia.* 1998; 6 (2): 81-8.
45. Ramos LR, Saad P. Morbidity among the aged. In: SEADE Fundação Sistema Estadual de Analise de dados. *Profile of the elderly in São Paulo.* São Paulo: SEADE; 1990. p.161-72.
46. Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, *et al.* Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cad saúde pública.* 2005; 21(4): 1177-85.

47. Soares JCRS, Camargo Junior KR. A Autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface comun, saúde educação*. 2007 Jan-Abr; 11(21): 65-78.
48. Xavier FMF, Ferraz MPT, Marc F, *et al.* Elderly people's definition of quality of life. *Rev bras psiquiatr*. 2003; 25 (1):31-9.
49. Moraes JFD, Souza, VBA. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev bras psiquiatr*. 2005 Dez; 27(4): 302-8.
50. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev bras epidemiol* . 2005; 8(3): 246-52.
51. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 14. ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
52. Collière M-F. Cuidar ... a primeira arte da vida. Loures: Lusociência; 2001.
53. Ministério da Saúde (Brasil) , Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
54. Pinheiro R; Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007. 401p.
55. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior . *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas na América Latina*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.p. 91-107.
56. Schier J. Tecnologia de educação em saúde: o grupo aqui e agora. Porto Alegre: Sulina; 2004.
57. Costa Rosa TE, D´Aquino Benício MH, Latorre MRDO, *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev saúde pública* . 2003 Fev; 37(1): 40-8.

58. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Brasil). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2002. [Internet]. [Acesso em 2010 12 Nov]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>
59. Lechner V, Neal M. The mix of public and private programs in United States: Implications for employed caregivers. In: Work and Caring for the Elderly: international perspectives. Philadelphia: [editor desconhecido]; 1999.
60. Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 Y más anos em situación de dependência. Rev esp salud pública. 2009; 83(3): 393-405.
61. Santos SMA. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. 2. ed. Campinas: Alínea; 2006.
62. Ministério do Trabalho e Emprego (Brasil) . Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 2000) [Internet] . [acesso em 2011 03 Fev]. Disponível em:
<http://www.mteco.gov.br/cbosite/pages/downloads.jsf>
63. Wanderley MB, Blanes D. Publicização do papel do cuidador domiciliar no âmbito da política de assistência social. [Internet] 1999 [acesso em 2011 03 Fev]. Disponível em: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-016-123.pdf>.
64. Luzardo AR, Gorini MIPC, Silva APS. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. Texto & contexto enferm . 2006 Dez;15(4): 587-94.
65. Caballero AM, Arroyo MN, González YF. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependente. Rev cuba enferm. 2002; 18 (1): 43-9.
66. Okamoto K, Momose Y, Fujino A, *et al.* Life worth living for caregiving and caregiver burden among japanese caregivers of the disabled elderly in Japan. Arch gerontol geriatr. 2008 Jan- Fev; 48(1):10-3.

67. Martins T, Ribeiro JP, Garret, C. Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores Informais. *Psicol saúde doenças*. 2003; 4(1), 131-48.
68. Camargo RCVF. Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: uma necessidade urgente de apoio formal. *SMAD Rev eletrônica saúde mental alcool drog*. [Internet] 2010, 6(2): 231-254. [acesso em 2011 10 Jan]. Disponível em:
[20http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=8031449200210](http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=8031449200210).
69. Braithwaite V. Caregiving burden: making the concept scientifically useful and policy relevant". *Res aging* .1992; 14(1): 3- 27.
70. Papastavrou E., Kalokerinou A, Papacostas SS, *et al*. Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *J adv nurs*. 2007; 58 (5):446-57.
71. Bandeira M, Barroso SM. Sobrecarga das famílias de pacientes psiquiátricos. *J bras psiquiatr* . 2005 Jan- Mar; 54(1):34-46.
72. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson, J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* .1980; 20: 649-55.
73. Falzon P, Sauvagnac C. Carga de trabalho e estresse. In: Falzon P. *Ergonomia*. São Paulo: Blucher; 2007. p.141-54.
74. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, *et al*. Caregiving and the stress process: na overview of concepts and their measure.1990. *The Gerontologist*; 30(5): 583-94.
75. Nogueira PC. Sobrecarga do cuidado e qualidade de vida relacionada a saúde de cuidadores de indivíduos com lesão medular. [Tese Doutorado em Ciências Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental] .Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2010.
76. Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do Idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. *Cad saúde pública*. 2006 Mar; 22(3):527-34.

77. Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): análise de conhecimento. *Rev latinoam de enferm.* 2004 Jan-Fev;12(1):115-21.
78. Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar cuidador de idoso com doença de Alzheimer. *Acta sci Health sci.* 2004 Jan-Jun; 26(1): 135-45.
79. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev bras enferm.* 2009 Jan-Fev; 62(1): 57-63.
80. Robinson BC. Validation of a caregiver strain index. *J Gerontol.* 1983; 38(3):344-8.
81. Novak M, Guest C. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *Gerontologist.* 1989 Dec.; 29(6):798-803.
82. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades @. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 22 ago. 2007.
83. Prefeitura Municipal de Ariquemes (RO), Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento, Centro de Internação Domiciliar – CID. Plano de atenção a internação domiciliar PAID – MS “Centro de Internação Domiciliar”. CID-SEMSAU – Região Norte – Cidade Ariquemes – RO. Ariquemes: [editor desconhecido]; 2007.
84. Assis M. Promoção da saúde e envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso. [Tese Doutorado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ; 2004.
85. Scazufca M. Brazilian version of the burden interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev bras psiquiatr.* 2002 Mar; 24(1): 12-7.
86. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996. [internet]. [acesso em 2011 15 Mar]. Disponível em: conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc

87. Torres GV, Reis LA, Reis LA, *et al.* Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do Nordeste. *J bras psiquiatr.* 2009; 58 (1): 39-44.
88. Pedrazzi, E. C. *et al.* Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Rev latinoam enfermagem.* 2010; 18 (1) 2010: [08 telas].
89. Telles Walter MIM. A Dualidade na inserção política social e familiar do idoso: estudo comparado dos casos de Brasil, Espanha e Estados Unidos. *Opin publica.* 2010 Jun; 16(1): 186-219.
90. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI, *et al.* Percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar: avaliação e correlação. *Rev latinoam enferm .* 2009 Mar-Abr; 17(2): 187-93.
91. Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, *et al.* Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Rev latinoam enferm .* 2004 Mai-Jun; 12 (3):518-24.
92. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad saúde pública.* 2008 Fev; 24 (2): 409-15.
93. Vivian AS, Argimon IIL. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad saúde pública* Fev 2009; 25 (2): 436-44.
94. Zavala GM, Vidal GD, Castro SM, *et al.* Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciência y Enfermaria.* 2006; XII (2): 53-62.
95. Reis LA, Mascarenhas CHM, Costa NA, *et al.* Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de Neurogeriatria da clinica escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Rev baiana saúde pública.* 2007 Jul-Dez; 31(2):322-30.
96. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto & contexto enferm.* 2008 Abr-Jun; 17(2): 266-72.

97. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev bras psiquiatr.* 2002 Abr; 24 (Supl.1): 3-6.
98. Souza RF, Skubs T, Bretas ACP. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev bras enferm.* 2007 Mai-Jun; 60(3): 263-7.
99. Bjerrum L, Sogaard J, Hallas J, *et al* Polypharmacy in General Practice: differences between practitioners. *Br J Gen Pract.* 1999; 49: 195- 8.
100. Galato D, Silva ES, Tiburcio LS. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. *Ciênc saúde coletiva.* 2010 Set; 15(6): 2899-905.
101. Nóbrega OT, Karnikowski MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciênc saúde coletiva.* 2005 Abr-Jun;(10)2: 309-13.
102. Barros e Sá M, Barros JAC, Oliveira Sá, MPB. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro - PE . *Rev bras epidemiol.* 2007; 10(1): 75-85.
103. Diaz RB. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes idosos. In: Papaleo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu ;1996. p. 230-41.
104. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, *et al.* Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto & contexto enferm.* 2006 Out-Dez; 15(4): 570-7.
105. Pimenta GMF, Costa MASMC, Gonçalves LHT, *et al.* Perfil do familiar cuidador de Idoso fragilizado em convívio doméstico da grande região do Porto, Portugal. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(3): 609-14.
106. Thober E, Creutzberg M, Viegas K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. *Rev bras enferm.* 2005 Jul-Ago; 58(4): 438-43
107. Nakatani AYK, Souto CCS, Paulette LM, *et al.* Perfil dos cuidadores informais de idosos com deficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. *Rev eletronica enferm* 2003; 5(1) [Internet] [acesso em 2011 02 Fev]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/perfil.html.

108. Sanches CS. La Experiência de ser cuidadora de uma persona em situación de enfermedad crônica. Invest educ enferm. 2001; 19(2): 35-50.
109. Glozman JM. Quality of life caregivers. Neuro psychology rev. 2004 Dec; 14(4): 183-96
110. Cassis SV, Karnakis T, Moraes TA, *et al.* Quadrante ACR, Magaldi RM. Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência. Rev Assoc Med Bras. 2007; 53 (6):497-501.
111. Livingston G, Manuela M, Katona C. Depression and other Psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. BJM. 1996; 312: 153-64.
112. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de Idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. Acta paul enfer. 2006; 19(1): 43-5.
113. Almeida AJPS, Rodrigues VMCP. A Qualidade de vida da pessoa idosa institucionalizada em lares. Rev latinoam enferm. 2008 Nov-Dez; 16(6): 1025-31.
114. Mendes MRSS, Gusmão JL, Faro ACM, *et al.* A Situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta paul. enferm. 2005; 18(4): 422-6.
115. Veras R. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do Pnad: demandas e desafios contemporâneos: introdução. Cad saúde pública. 2007; 23(10): 2463-66.
116. Araujo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. Rev Esc Enferm USP. 2010; 41(3): 378-85.
117. Christensen U, Stovring N, Schultz-Larsen K, *et al.* Functional ability at age 75: is there an impact of physical inactivity from middle age to early old age? Scand J Med Science Sports. 2006; 16: 245-51.
118. Toth-Cohen S. Factors of influencing appraisal of upset in black caregivers of persons with Alzheimer disease and related dementias. Alzheimer Dis Assoc Disord.. 2004 Oct-Dec; 18(4): 247-55.

119. Molari M. O Perfil do estilo de vida do cuidador de idosos de uma unidade asilar do município de Londrina – Paraná.2001 [Internet] [acesso em 2011 02 Fev]. Disponível em: www.unopar.br/portugues/revista.../sumario4.htm -.
120. Rodrigues R A P, Andrade O G, Marques S. Representaciones sociales del cuidado del anciano em trabajadores de salud en un ancionato. Rev latinoam enferm .2001 Jan, 9(11) : 7-12.
121. Ribeiro TFR, Ferreira RC, Ferreira EF, *et al.* Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte, MG. Ciênc saúde coletiva .2008 Jul-Ago; 13(4):1285-92.
122. Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. Psicol reflex crit. 2007; 20 (1):81-6.
123. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Características das instituições de longa permanência para idosos – região Norte. Brasília: IPEA, 2007.
124. Orso ZRA. Perfil do cuidador informal de idosos dependentes do município de Veranópolis – RS [dissertação do programa de pós graduação em gerontologia biomédica da PUCRS]. Porto alegre: PUCRS; 2008.
125. Pavan FJ, Meneghel SN, Junges JR. Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. Cad saúde pública. 2008, 24 (9): 2187-90.
126. Gorzoni ML, Pires SL. Aspectos clínicos de demência senil em instituições asilares. Rev psiquiatr clín. 2006; 33 (1): 18-23.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - IDOSOS

Nome Completo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____

Referências: _____

Telefone fixo: _____ celular: _____ e-mail: _____

Outros telefones para contato: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____ Estado: _____

Profissão: _____

NACIONALIDADE	
BRASILEIRA	OUTRAS
1	2

Se outras, especificar: _____

SEXO	
MASCULINO	FEMININO
1	2

COR		
BRANCA	NEGRA	PARDA
1	2	3

ESCOLARIDADE									
NA	EFC	EFI	EMC	EMI	ESC	ESI	ESP	MES	DOU
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

AN – Analfabeto

EFC – Ensino Fundamental Completo

EFI – Ensino Fundamental Incompleto

EMC – Ensino Médio Completo

EMI – Ensino Médio Incompleto

ESC – Ensino Superior Completo

ESI – Ensino Superior Incompleto

ESP – Especialista

MES - Mestre

DOU - Doutor

SITUAÇÃO CONJUGAL				
SOLTEIRO	CASADO	SEPARADO	DIVORCIADO	VIUVO
1	2	3	4	5

Obs: _____

COM QUEM MORA?				
SÓ	CÔNJUGE	FILHOS	NETOS	OUTROS
1	2	3	4	5

Se outros, especificar: _____

QUANTAS PESSOAS RESIDEM NO DOMICÍLIO?						
1	2	3	4	5	6	7 ou +

CONDIÇÕES DE MORADIA		
PRÓPRIA	ALUGADA	CEDIDA
1	2	3

TIPO DE MORADIA		
ALVENARIA	MADEIRA	OUTROS
1	2	3

Se outros, qual? _____

TIPO DE PISO			
CIMENTO	CERÂMICA	ASSOALHO	OUTROS
1	2	3	4

Se outros, especificar: _____

NUMERO DE CÔMODOS						
1	2	3	4	5	6	7 ou +

INFRA-ESTRUTURA DOMICILIAR									
ÁGUA ABAST. PÚBLICO		ENERGIA ELÉTRICA		COLETA DE LIXO		REDE DE ESGOTO		POSSUI ESCADAS?	
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2

Obs: _____

ITENS SEGURANÇA DOMICILIAR									
PISO ANTIDERRAPANTE		CORRIMÃO BANHEIRO		ILUMINAÇÃO ADEQUADA		TAPETES E/OU FIOS SOLTOS		CADEIRAS SEM BRAÇOS	
SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1	2	1	2	1	2	1	2	1	2

ATIVIDADE REMUNERADA	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, especificar: _____

RENDA INDIVIDUAL						
NÃO TEM	< 1 SM	1 SM	2 SM	3 SM	4 SM	5 SM / +
1	2	3	4	5	6	7

Obs: _____

RENDA FAMILIAR					
< 1 SM	1 SM	2 SM	3 SM	4 SM	5 SM / +
1	2	3	4	5	6

Obs: _____

ATIVIDADE FÍSICA	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quais? _____

Freqüência / tempo: _____

ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL DURANTE ATIVIDADE FÍSICA	
SIM	NÃO
1	2

ATIVIDADE SEXUAL	
SIM	NÃO
1	2

Obs: _____

FUMANTE	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, há quanto tempo? _____

Quantos cigarros / dia? _____

CONSUMO BEBIDA ALCOÓLICA	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quais? _____

Tipo e quantidade/dia: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES			
CARDIOPATIA	DIABETES	HIPERTENSÃO	OUTROS
1	2	3	4

Outros, especificar: _____

HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL			
DIABETES	HIPERTENSÃO	ARTRITE	CATARATA
1	2	3	4
DÉFICIT COGNITIVO	CARDIOPATIA	GLAUCOMA	DÉFICIT AUDITIVO
5	6	7	8

Outros, especificar: _____

OPINIÃO SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE			
RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO
1	2	3	4

Obs: _____

UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quais? _____

ATIVIDADES DE LAZER	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quais? _____

Se não, justifique _____

QUAIS ATIVIDADES APRECIA			
DANÇA	MÚSICA	CAMINHADA	JOGOS
1	2	3	4
VIAGEM	ATIVIDADES MANUAIS	TV	RÁDIO
5	6	7	8
LEITURA			
9			

Outros, especificar: _____

UTILIZAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PRIVADO OU PÚBLICO	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quais? _____

Com que freqüência? _____

Motivos de procura mais freqüentes _____

REALIZAÇÃO EXAMES PREVENTIVOS	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quais? _____

Com que freqüência? _____

IMUNIZAÇÕES ATUALIZADAS	
SIM	NÃO
1	2

Se não, justifique _____

SOFREU ALGUMA QUEDA	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, quantas? _____

Há quanto tempo? _____

Sofreu lesões? Quais? _____

Possui seqüelas em decorrência da queda? Quais? _____

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (baseado no Índice de Katz)			
ATIVIDADES	DATA		
	DT	DP	I
Higiene corporal			
Vestir-se			
Ir ao banheiro			
Locomoção			
Alimenta-se			
Continência urinária e fecal			
Realizar compras			
Atividades domésticas			
Utilização de telefone			
Utilização de medicamentos			
Controlar finanças			

DT- Dependência total DP- Dependência parcial I- Independência

EXAME FÍSICO	
SINAIS VITAIS (T / P / R / PA)	
PESO	
ALTURA	
CABEÇA E PESCOÇO	
TRONCO ANTERIOR E POSTERIOR	
MEMBROS	
QUEIXAS	
OUTRAS OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR (Impressões gerais e relacionar orientações e/ou encaminhamentos realizados).

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – CUIDADORES

Nome Completo: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____

Referências: _____

Telefone fixo: _____ celular: _____ e-mail: _____

Outros telefones para contato: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____ Estado: _____

SEXO	
MASCULINO	FEMININO
1	2

ESCOLARIDADE									
NA	EFC	EFI	EMC	EMI	ESC	ESI	ESP	MES	DOU
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

AN – Analfabeto
 EFC – Ensino Fundamental Completo
 EFI – Ensino Fundamental Incompleto
 EMC – Ensino Médio Completo
 EMI – Ensino Médio Incompleto
 ESC – Ensino Superior Completo
 ESI – Ensino Superior Incompleto
 ESP – Especialista
 MES - Mestre
 DOU - Doutor

SITUAÇÃO CONJUGAL				
SOLTEIRO (A)	CASADO (A)	SEPARADO (A)	DIVORCIADO (A)	VIUVO (A)
1	2	3	4	5

GRAU DE PARENTESCO COM O IDOSO (A)			
FILHA	ESPOSA	ESPOSO	OUTROS
1	2	3	4

Se outros, especificar: _____

RESIDE COM O IDOSO	
SIM	NÃO
1	2

OCUPAÇÃO (ALÉM DE CUIDAR)	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, qual: _____

RENDA INDIVIDUAL						
NÃO TEM	< 1 SM	1 SM	2 SM	3 SM	4 SM	5 SM / +
1	2	3	4	5	6	7

OPINIÃO SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE			
RUIM	REGULAR	BOM	ÓTIMO
1	2	3	4

Obs: _____

POSSUI AUXÍLIO PARA O CUIDADO	
SIM	NÃO
1	2

Se sim, em quais tarefas _____

Quem auxilia _____

HORAS/DIA DEDICADAS AO CUIDADO			
ATÉ 05	DE 05 A 08	DE 08 A 10	+ DE 10
1	2	3	4

NÚMERO DE ANOS DEDICADOS AO CUIDADO			
ATÉ 01	DE 01 A 03	DE 03 A 05	+ DE 05
1	2	3	4

ANEXOS

ANEXO A

Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs)

Índice de Katz

Nome: _____		Data da avaliação: __/__/____	
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.			
Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.			
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se esse é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo <input type="checkbox"/>	
Vestir – para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.			
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido <input type="checkbox"/>	
Banheiro – a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes.			
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar <input type="checkbox"/>	
Transferência – a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.			
Deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio <input type="checkbox"/>	Não sai da cama <input type="checkbox"/>	
Continência – "continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.			
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar <input type="checkbox"/>	Tem "acidentes" *ocasionais. *acidentes = perdas urinárias ou fecais <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente <input type="checkbox"/>	
Alimentação – a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.			
Alimenta-se sem assistência <input type="checkbox"/>	Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral <input type="checkbox"/>	

Index de independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs)

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 classificam em C, D, E e F.

ANEXO B

Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)

Escala de Lawton

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
Total		_____ pontos	

ANEXO C

Avaliação da sobrecarga dos cuidadores

Escala de Zarit Burden Interview (ZBI)

Instruções: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem quando cuidam de outra pessoa. Em cada afirmativa indique com que frequência o Sr/Sra se sente daquela maneira (*nunca=0, raramente=1; algumas vezes=2; frequentemente=3, ou sempre=4*). Não existem respostas certas ou erradas.

1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (a) necessita?
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 (a)?
3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?
4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?
5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?
6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?
7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?
8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?
9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S está por perto?
10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?
11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?
12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?
13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa por causa de S?
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?
15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?
16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito tempo mais tempo?
17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?
18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?
19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?
20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?
21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?
22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?

*No texto, S refere-se a quem é cuidado pelo entrevistado. Durante a entrevista o entrevistador usa o nome desta pessoa.

**Neste item as respostas são: *nem um pouco=0, um pouco=1, moderadamente=2, muito=3, extremamente=4*.

ANEXO D

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS - INFORMAÇÃO

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE. :

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº: APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.).....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº: APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

II - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Termo de consentimento livre e esclarecido

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "**Cuidadores de Idosos: a realidade de Ariquemes, Rondônia, Brasil**". Eu discuti com a Dra. **Helena Meika Uesugui** (Avenida Machadinho, 4349, tel.: 3536-6600) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos **baseado em aplicação de questionários; avaliação do grau de dependência e de sobrecarga** a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário.

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 atendimento neste serviço.

Porto Velho, 03 de outubro de 2007.

 assinatura por extenso do sujeito da pesquisa ou responsável legal

 assinatura do pesquisador e
 carimbo ou nome legível

ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**Comitê de Ética em Pesquisa**
Faculdade São Lucas

Carta AP/CEP/156/07

Porto Velho, 23 de Novembro de 2007.

Ilmo(a). Sr(a).
Helena Meika Uesugui

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Lucas aprovou na reunião do dia 13/11/07, o projeto de pesquisa “Cuidadores de idosos: a realidade de Ariquemes Rondônia, Brasil”, e foi o seguinte parecer do relator: “**APROVADO**”.

Atenciosamente.


Marcelo Custódio Rubira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade São Lucas*Marcelo Custódio Rubira*
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade São LucasRua Alexandre Guimarães, 1927 Areal – CEP: 78916-450 – Porto Velho/RO
Fone: (69) 3211-8006
E-mail: cep@saolucas.edu.br

ANEXO F

ANEXO G