

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Kátia Cilene Silva de Jesus

PERFIL E SOBRECARGA EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS

RECIFE
2015

KÁTIA CILENE SILVA DE JESUS

PERFIL E SOBRECARGA EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Kátia Magdala Lima Barreto

RECIFE

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S58p Jesus, Kátia Cilene Silva.
Perfil e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos / Kátia
Cilene Silva Jesus. — Recife: [s.n.], 2015.
115 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho, Coorientadora:
Kátia Magdala Lima Barreto.

1. Idoso. 2. Cuidadores. 3. Perfil de Saúde I. Carvalho, Eduardo
Maia Freese de. II. Barreto, Kátia Magdala Lima. III. Título.

CDU 613.98

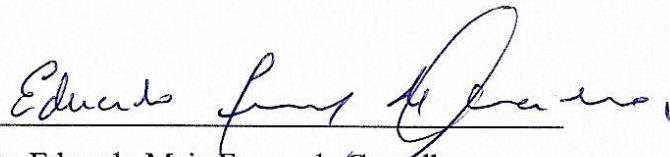
KÁTIA CILENE SILVA DE JESUS

PERFIL E SOBRECARGA EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de mestre em Ciências.

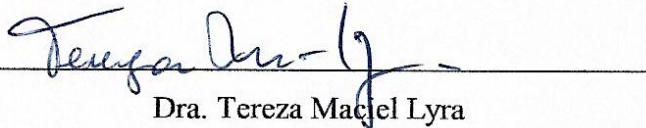
Aprovado em: 29 / 04 / 2015

BANCA EXAMINADORA



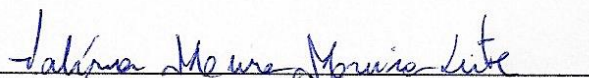
Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ



Dra. Tereza Maçiel Lyra

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ



Dra. Valéria Moura Moreira Leite

Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

À Isabel, minha filha, que fez morada em meu ventre no final desta jornada.

AGRADECIMENTOS

Sou grata aos que apoiaram, torceram, vibraram, orientaram, colocaram a mão na massa, enviaram pensamentos positivos e deram carinho e conforto nos momentos difíceis.

Aos queridos mestres, aos familiares, em especial ao meu marido – parceiro de todos os projetos de vida, aos novos e velhos amigos, minha eterna gratidão pela contribuição na construção deste trabalho.

“Pelo cuidado não vemos a natureza e tudo que nela existe como objetos.
A relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito”

Leonardo Boff

JESUS, Kátia Cilene Silva. **Perfil e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos**. 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

Os processos de transição demográfica e epidemiológica ocorrem em diversas capitais do país com um incremento acentuado da população idosa, que também se caracteriza pelo declínio na capacidade funcional e necessidade de cuidado contínuo. O cuidador familiar é o maior responsável por prover cuidados ao idoso dependente e integra este papel a outras tarefas diárias. Isso pode contribuir para o surgimento da sobrecarga que se relaciona a aspectos emocionais, físicos, econômicos e sociais. Nessa perspectiva, este trabalho visa analisar a sobrecarga nos cuidadores familiares de idosos em Recife, identificando as principais características sociodemográficas e epidemiológicas destes e dos idosos. Descreve ainda as características do cuidado e avalia a sobrecarga relacionando-a às características do cuidador, do idoso e do cuidado prestado. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e de corte transversal, que envolveu 138 cuidadores e foi realizado em 2014, por inquérito domiciliar. Ademais, utilizaram-se dois questionários e a escala de Zarit relativa à sobrecarga do cuidador. Verificou-se que os cuidadores são essencialmente do sexo feminino; filhos dos idosos; possuem idade média de 51,83 anos; ensino médio completo; baixa renda; e não têm atividade profissional remunerada. Outrossim, relataram boa percepção de saúde, mas a hipertensão arterial surgiu como o principal problema, para o qual utilizam medicamento prescrito; buscam os serviços de saúde; e fazem automedicação para dores nas costas e cefaleia. Os idosos são, em maioria, do sexo feminino; viúvos; possuem 80 anos ou mais; ensino fundamental incompleto; e baixa renda. O cuidado prestado foi de 7,7 anos em média, com carga-horária diária elevada e sem dificuldade financeira. Notou-se sobrecarga leve a moderada na maioria dos cuidadores e esta se associou às características do cuidador.

Palavras chaves: Cuidadores. Família. Idoso. Perfil de Saúde.

JESUS, Kátia Cilene Silva. **Profile and burden on family caregivers of elderly**. 2015. Dissertation (Academic Master in Public Health) – Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2015.

ABSTRACT

Demographic and epidemiologic transition processes take place in several state capitals with a considerable increase of the elderly population, which is also characterized by the decay in functional capacity and need for continuous care. The family caregiver is the main responsible for taking care of the dependent elderly and fits this role into his/her daily tasks. This may contribute to the emergence of overload related to emotional, physical, economic and social aspects. This work analyses the burden of family caregivers of elderly in Recife, identifying the main sociodemographic characteristics of both the elderly and the family caregivers. In addition, it depicts the caring characteristics as well as the burden, relating it to the characteristics of the caregiver, the elderly and the care provided. This is an epidemiologic, descriptive and cross-sectional study that involved 138 caregivers and was carried out in 2014 through household survey. In addition to this, two questionnaires and Zarit scale on caregiver burden were used. It has been found that caregivers are mostly female, children of elderly, they have an average age of 51.83 years old, completed high school education, low income and have no paid professional activity. Furthermore, they reported good health perception, however, high blood pressure emerged as the main issue, for which they use prescribed medication, seek health services; and practice self-medication for back pain and headache. The elderly are, mostly, female, widowed, 80 years old or more, have incomplete primary education and low income. The care was provided for 7.7 years on average, with high daily workload and without financial hardship. It has been observed light to moderate burden in most of the caregivers, which was associated to the caregiver's profile.

Keywords: Caregivers. Family. Aged. Health profile.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição da população brasileira por sexo segundo os grupos etários	16
Figura 1 – Divisão territorial de Recife com destaque para os Bairros de Engenho do Meio e Torrões.....	32
Quadro 1 – Classificação da sobrecarga avaliada pela ZBI	36
Gráfico 2 – Distribuição dos cuidadores segundo grau de parentesco com o idoso - Recife - 2014	40
Gráfico 3 – Classificação dos cuidadores quanto ao exercício de atividade remunerada/ emprego - Recife - 2014	40
Gráfico 4 – Distribuição dos cuidadores quanto ao cuidado de mais alguém além do(as) idoso(as) - Recife - 2014	40
Gráfico 5 – Principais doenças/problemas de saúde autoreferidos pelos cuidadores - Recife - 2014.....	41
Gráfico 6 – Distribuição dos cuidadores segundo consumo de bebida alcoólica - Recife- 2014	43
Gráfico 7 – Distribuição dos cuidadores segundo tabagismo - Recife - 2014	43
Gráfico 8 – Distribuição dos cuidadores de acordo com as atividades realizadas no tempo livre referidas com maiores frequências - Recife - 2014.....	44
Gráfico 9 – Distribuição dos idosos de acordo com as principais doenças/problemas de saúde - Recife - 2014	46
Gráfico 10 – Distribuição dos idosos segundo evento de hospitalização - Recife - 2014.....	46
Gráfico 11 – Distribuição dos cuidadores de acordo com a frequência que acorda à noite para cuidar do idoso - Recife - 2014	48
Gráfico 12 – Distribuição dos cuidadores de acordo com o número de atividades de vida diária em que auxilia o idoso a executar - Recife - 2014	48
Gráfico 13 – Distribuição dos cuidadores segundo a atividade de vida diária em que auxilia o idoso a executar - Recife - 2014	49
Gráfico 14 – Distribuição dos cuidadores de acordo com o tipo de suporte recebido para prestar os cuidados - Recife - 2014	49
Gráfico 15 – Distribuição dos cuidadores segundo presença de dificuldades financeiras - Recife - 2014	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares - Recife – 2014.....	38
Tabela 2 – Distribuição dos cuidadores segundo autopercepção de saúde - Recife - 2014	41
Tabela 3 – Distribuição dos cuidadores de acordo com a busca por serviços de saúde - Recife - 2014.....	42
Tabela 4 – Distribuição dos cuidadores de acordo com o uso de medicamentos - Recife - 2014	42
Tabela 5 – Perfil sociodemográfico dos idosos cuidados - Recife - 2014.....	45
Tabela 6 – Distribuição dos idosos segundo o uso de medicamentos - Recife - 2014.....	46
Tabela 7 – Distribuição dos cuidadores segundo as características do cuidado - Recife - 2014	47
Tabela 8 – Classificação da sobrecarga nos cuidadores familiares de idosos - Recife - 2014.	51
Tabela 9 – Resposta dos cuidadores para a questão 22 da ZBI - Recife - 2014.....	51
Tabela 10 – Distribuição do cuidadores segundo sobrecarga e resposta à questão 22 da ZBI - Recife - 2014	52
Tabela 11 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga por sexo, faixa etária, escolaridade, estado conjugal e parentesco com o idoso - Recife - 2014.....	52
Tabela 12 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com atividade educacional, renda individual e exercer atividade remunerada - Recife - 2014.....	53
Tabela 13 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com cuidar de mais alguém além do idoso - Recife - 2014.....	54
Tabela 14 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com a autopercepção de saúde e principais doenças autorreferidas - Recife - 2014	54
Tabela 15 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com hospitalização e busca por serviços de saúde - Recife - 2014.....	55
Tabela 16 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga e uso de medicamentos com prescrição profissional e automedicação - Recife - 2014.....	55
Tabela 17 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com consumo de bebida alcoólica e tabagismo - Recife - 2014.....	56
Tabela 18 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga e atividades executadas no tempo livre - Recife - 2014.....	56
Tabela 19 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga e abandono de atividades - Recife - 2014	57

Tabela 20 – Relação entre a sobrecarga e características sociodemográficas dos idosos - Recife - 2014	57
Tabela 21 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com os principais problemas de saúde do idoso - Recife - 2014.....	58
Tabela 22 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com características relacionadas ao uso de medicamentos pelo idoso e evento de hospitalização - Recife - 2014	59
Tabela 23 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com tempo de cuidado, carga horária diária de cuidados, acordar à noite e frequência que acorda à noite - Recife - 2014	59
Tabela 24 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com as atividades diárias em que ajudam os idosos e se recebem ajuda para cuidar - Recife - 2014.....	60
Tabela 25 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo como tipo de ajuda recebida pelo cuidador - Recife - 2014.....	61
Tabela 26 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com morar com o idoso e problemas financeiros - Recife - 2014	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividade Instrumental da Vida Diária
AVD	Atividade da Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPqAM	Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
USF	Unidade de Saúde da Família
ZEIS	Zona Especial de Interesse Social
ZBI	<i>Zarit Burden Interview</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Envelhecimento populacional	15
1.2	O cuidador familiar de idoso	21
1.3	A sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos	25
2	JUSTIFICATIVA	29
3	OBJETIVOS	30
3.1	Geral	30
3.2	Específicos	30
4	MATERIAL E MÉTODO	31
4.1	Desenho do Estudo	31
4.2	Área do estudo e população	31
4.2.1	Área do estudo.....	31
4.2.2	População	32
4.3	Procedimentos para coleta dos dados e instrumentos	33
4.3.1	Procedimentos para a coleta dos dados.....	33
4.3.2	Instrumentos.....	34
4.4	Procedimentos para análise dos dados	36
4.5	Aspectos éticos	37
5	RESULTADOS	38
5.1	Perfil dos cuidadores familiares de idosos	38
5.2	Perfil dos idosos cuidados	44
5.3	Caracterização do cuidado prestado pelos cuidadores familiares de idosos	47
5.4	Sobrecarga nos cuidadores familiares de idosos e principais características	50
6	DISCUSSÃO	63
6.1	Perfil dos cuidadores familiares de idosos	63
6.2	Perfil dos idosos cuidados	70
6.3	Caracterização do cuidado prestado pelos cuidadores familiares de idosos	73
6.4	Sobrecarga nos cuidadores familiares de idosos e principais características	75
7	CONCLUSÕES	82
8	RECOMENDAÇÕES	84
	REFERÊNCIAS	85

APÊNDICE A – Formulário de cadastro de cuidadores familiares	94
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pré-teste.....	98
APÊNDICE D – Questionário para coleta dos dados sociais e epidemiológicos	100
ANEXO A – Zarit <i>Burden Interview</i> (ZARIT; ZARIT, 1987) (Escala de sobrecarga de Zarit, SCAZUFCA, 2002)	113
ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM	115

1 INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento populacional

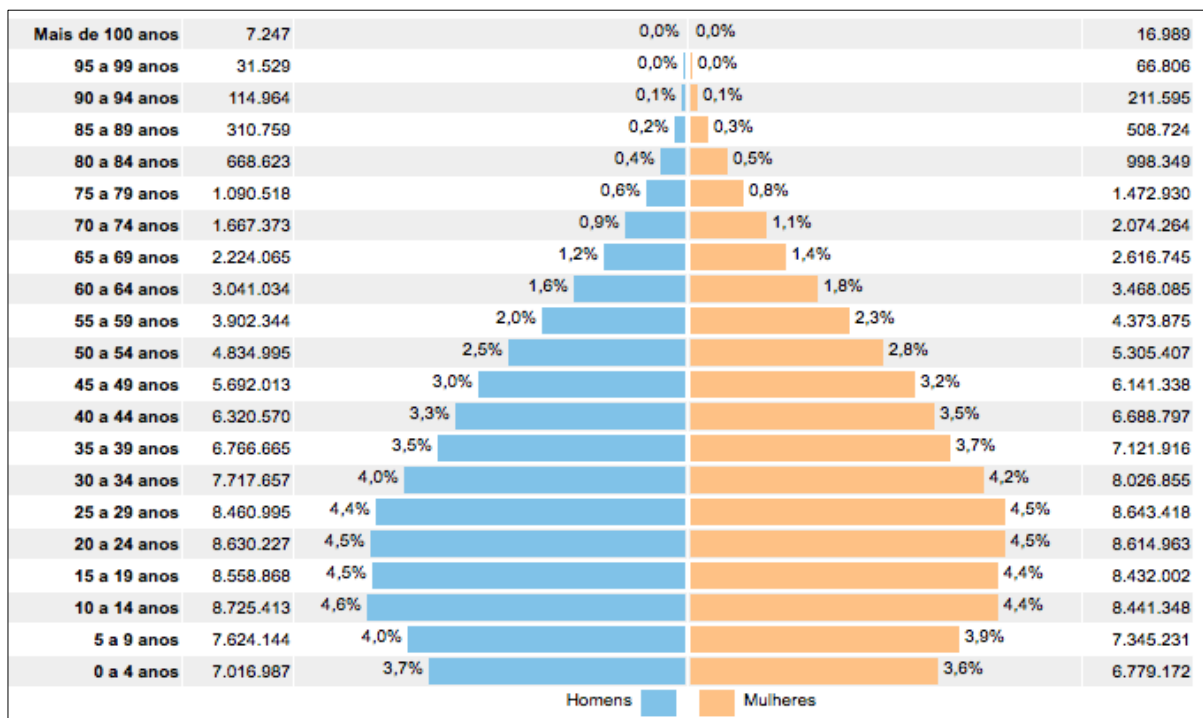
O envelhecimento populacional é uma realidade mundial que vem ocorrendo de forma gradual e lenta nos países desenvolvidos desde o século passado, em decorrência dos processos de industrialização e de urbanização (FREESE; FONTBONE, 2006). Esses processos, que ocorreram particularmente nos países da América do Norte, Europa Setentrional e Ocidental (FREESE; FONTBONE, 2006; VERAS, 2009), elevaram os padrões de vida dos indivíduos, reduzindo as desigualdades sociais e econômicas (VERAS, 2009). Diferentemente, no Brasil, as modificações na estrutura da população aconteceram de forma rápida e acelerada, pois o número de idosos que em 1960 era de 3 milhões passou para 20 milhões em 2008, isto é, um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009).

O envelhecimento de uma população se relaciona diretamente com o declínio das taxas de mortalidade e fecundidade, evento que vem acontecendo no Brasil de uma maneira nunca vista anteriormente (LEBRÃO, 2009). Quando uma população passa de um regime de altas taxas de natalidade e mortalidade para níveis baixos de mortalidade e de fecundidade, está caracterizado o fenômeno da transição demográfica, que é o que permite à população envelhecer (LEBRÃO, 2009). A transição demográfica é inevitável, portanto, deve ser tema para políticas públicas, tanto nas nações desenvolvidas como nos países em desenvolvimento, nos cenários de seguridade social e sistemas de saúde (KALACHE, 2008).

No Brasil, o processo de transição demográfica e epidemiológica ainda não está concluído e é marcado por desigualdades (CESSE; FREESE, 2006). Ao passo que há o crescimento nos níveis das doenças crônicas, ainda existem níveis significativos de morbidade por doenças transmissíveis que poderiam ser controladas através da tecnologia disponível. Soma-se a isso a situação peculiar do país: a população tem sido acometida tanto por doenças reemergentes quanto por novas doenças infecciosas, bem como pela violência crescente. Cesse e Freese (2006) ainda acrescentam que esse processo experimentado pelo Brasil esteve determinado pela distribuição desigual dos riscos e agravos. Isso cria situações de saúde e doença muito diferentes entre as regiões, entre os grupos populacionais de microrregiões, de municípios e até intradistritais.

De acordo com o último censo demográfico, realizado em 2010, a população de indivíduos com idade superior aos 60 anos representava cerca de 10,79% da população total brasileira (IBGE, 2012), como representado pelo Gráfico 1. A cidade de Recife é a quarta capital brasileira em percentual de idosos, possuindo 11,8% de indivíduos com idade igual ou superior aos 60 anos, por isso, tem o maior percentual de idosos entre as capitais da Região Nordeste (IBGE, 2010). Com maiores percentuais de idosos na população, destacam-se as cidades de Porto Alegre com 15% de idosos, Rio de Janeiro (14,9%) e Belo Horizonte (12,6%) (IBGE, 2010).

Gráfico 1 – Distribuição da população brasileira por sexo segundo os grupos etários



Fonte: Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2012).

Veras (2009) aponta que, a cada ano, cerca de 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário no qual as doenças infecciosas eram responsáveis pelo alto índice de mortalidade para um quadro de doenças crônicas (transição epidemiológica), típicas dos países com elevada expectativa de vida. Vale ressaltar que as enfermidades crônicas/degenerativas são complexas e onerosas, pois perduram por vários anos. Então, são necessários cuidados constantes e suporte de serviços de saúde visando ao seu controle (LEBRÃO, 2009; VERAS; 2009).

Veras (2009) ainda acrescenta que o principal fator de risco para a maioria das doenças crônicas que acometem os idosos seria a própria idade. Entretanto, a longevidade não deve ser vista como impedimento para que o idoso gerencie sua própria vida de maneira autônoma e tome decisões sobre seus interesses.

O processo de envelhecer pode ser compreendido de diferentes formas, pois envolve um conjunto de fatores, como as condições individuais, sociais, culturais e econômicas. Papaléo Netto (2002) define o envelhecimento como um processo progressivo e dinâmico, relacionado ao tempo, no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam o declínio na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos.

Mesmo existindo diversas definições para o envelhecimento, sua natureza e dinâmica são motivos de controvérsia, principalmente quando a discussão se refere ao marco temporal do seu início. Do mesmo modo, a velhice possui diversos conceitos, mas, para Ramos (2003), a velhice pode ser considerada uma fase da vida em que há uma alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, limitações físicas, perdas cognitivas, declínio sensorial, acidentes e isolamento social. Papaléo Netto (2007), complementando a ideia anterior, afirma que aquela seria a última fase da vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adota diferentes marcos de acordo com a situação de desenvolvimento do país para caracterizar o indivíduo como idoso (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). Para países desenvolvidos, o idoso é aquele que apresenta idade igual ou superior a 65 anos; já para os países em desenvolvimento, este marco é estabelecido a partir dos 60 anos de idade. Essa estratégia é adotada para organizar as demandas do setor previdenciário, bem como facilitar a comparação de pesquisas demográficas relacionadas ao envelhecimento populacional.

Diferentemente do que acontece em outras fases da vida, o início do envelhecimento não possui um marcador biofisiológico, o que dificulta estabelecer uma idade biológica para o início deste evento (FARINATI, 2008). Contudo, além desse conceito de idade cronológica, Papaléo Netto (2007) chama a atenção para o conceito de idade funcional, que diz respeito ao grau de conservação do nível de capacidade adaptativa em comparação com a idade cronológica.

A capacidade funcional é a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (VERAS, 2009). Alguns autores defendem que a capacidade funcional abrange outros conceitos como a deficiência, a incapacidade, a desvantagem, a autonomia e a dependência e que, na prática, se trabalha com o conceito de capacidade/incapacidade, segundo Rosa et al. (2003). Estes últimos teóricos acrescentam que a capacidade funcional não significa apenas a habilidade de realizar as tarefas cotidianas, mas, além disso, de manter a preservação da integração social.

Já a incapacidade funcional seria a dificuldade ou impossibilidade de realizar atividades em qualquer domínio da vida (autocuidado, cuidado com a casa e trabalho) devido a um ou mais problemas físicos, cognitivos ou sociais (ROSA et al., 2003; VERBRUGGE; JETTE, 1994). Outros estudiosos do tema acrescentam que os conceitos de dependência funcional e incapacidade estão intimamente relacionados ao de fragilidade, que é expressada pela vulnerabilidade que o idoso apresenta em lidar com as adversidades do meio em que está inserido (STACKFLETH et al., 2012).

Ainda que a velhice não seja sinônimo de doença e de dependência, a maior longevidade traz preocupações relativas à saúde, como o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e de outros agravos como as quedas, que contribuem para a diminuição da capacidade funcional e do nível de independência para os indivíduos mais velhos (DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011; LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Outros estudos nacionais demonstram uma associação entre o aumento da idade e maior chance de dependência e capacidade funcional limitada na população idosa (GIACOMIN et al., 2005; GRATÃO et al., 2013; ROSA et al., 2003).

Oito em cada dez idosos possuem ao menos uma doença crônica no Brasil e, dentre estas, a hipertensão arterial é a mais prevalente. Sendo assim, constitui-se como principal fator de risco para acidentes vasculares cerebrais (isquêmicos ou hemorrágicos) que podem deixar sequelas incapacitantes. Ademais, constitui-se em fator de risco para o infarto do miocárdio (IBGE, 2008; LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Por si só, a existência de incapacidade não determina uma situação de dependência (CALDAS, 2003). Para ser dependente, é preciso existir a necessidade de recorrer à ajuda humana ou técnica para realizar as atividades da vida diária e esta ajuda pode ser temporária

ou permanente, demonstrando que a dependência pode ser dinâmica como apontam Caldas (2003), Giacomini et al. (2005). Estes autores mostram ainda que alguns estudos apresentam a dependência como indicador de incapacidade.

Duarte e outros (2005) referem que com o avançar da idade há o comprometimento no desempenho das atividades dos idosos, o que implica a necessidade de ajuda para realizarem as Atividades Instrumentais da Vida Diária (doravante, AIVD), de controle domiciliar, ou seja, atividades caracterizadas por maior exigência cognitiva como, por exemplo, fazer compras, gerenciar as finanças, administrar o domicílio e para executarem as Atividades Básicas da Vida Diária (doravante, AVD) como higiene pessoal, alimentação e banho. Neste sentido, cerca de 40% dos idosos necessitam de auxílio para a execução de pelo menos uma AIVD e cerca de 10% necessitam de ajuda para executar as suas AVD (DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011; KARCH, 2003).

Em estudo realizado em Bambuí, cidade mineira, Giacomini et al. (2005) constataram que 23% dos idosos possuíam algum tipo de incapacidade e encontraram como fatores determinantes da necessidade de cuidados entre os idosos os que se seguem abaixo:

- a) Faixa etária elevada: a incapacidade funcional aumenta 3,1 vezes em idades acima dos 80 anos e 1,5 vez na faixa etária de 70 a 79 anos, quando comparada à faixa etária de 60 a 69 anos;
- b) Estado conjugal solteiro: o idoso que não possui companheiro tende a isolar-se socialmente e este isolamento se torna fator de risco para a incapacidade. No estudo, a maioria dos idosos solteiros não possuía filhos, que são os potenciais cuidadores;
- c) Baixa escolaridade: idosos que não estudaram ou possuem de 1 a 3 anos de escolaridade têm maior risco para incapacidade cognitiva e isso está associado a piores condições de saúde;
- d) Baixa renda: é na parcela mais pobre da população que se encontra a maioria dos idosos incapacitados;
- e) Consumo de bebida alcoólica: o consumo regular de 5 ou mais drinques de bebida alcoólica quase todos os dias, em algum período da vida, está associado positivamente à necessidade de cuidados. Os autores atentam para o fato de que

aquele valor pode estar subestimado pelo viés de sobrevivência, pois sabe-se que o consumo excessivo de álcool é fator de risco para a mortalidade precoce;

- f) Histórico de hipertensão arterial: esta enfermidade se relaciona com maior risco de infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e doença renal. Sabe-se que as doenças do aparelho circulatório são a maior causa de mortalidade em idosos brasileiros e aumentam com o avançar da idade;
- g) Índice de massa corporal superior a 29 kg/m²: o sobrepeso está relacionado ao risco para doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, condições crônicas e, por vezes, incapacitantes;
- h) Elevado consumo de medicamentos: idosos que possuem mais de 4 medicamentos prescritos possuem piores condições de saúde. Os autores discutem que este dado parece ir na direção contrária, pois esperar-se-ia que os idosos tratados possuíssem condições melhores de saúde. Entretanto, supõe-se que cerca de um terço das prescrições medicamentosas para idosos no domicílio são duvidosas ou mesmo, inúteis. A iatrogenia também favorece a incapacidade funcional.

Na pesquisa feita por Rosa e outros (2003), o fato de ser do sexo feminino se mostrou fortemente associado à ocorrência de dependência, sendo mais de duas vezes maior quando comparado ao sexo masculino. Ainda se constatou que existe relação entre a percepção do estado de saúde e a dependência e esta foi cerca de 2,3 vezes maior entre os idosos que responderam ter saúde mais ou menos igual, pior ou muito pior que seus pares.

No Brasil, os processos articulados de transição demográfica e de transição epidemiológica permitem visualizar, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos, sendo que estes se encontram em situação de dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. A dependência é considerada um dos maiores temores para esta parcela da população. Assim, é necessário que seja evitada ou postergada, num esforço conjunto entre as equipes de saúde, a família e o próprio idoso (BRASIL, 2007). Então, em um cenário de dependência, entra em cena a figura do cuidador e a tarefa de cuidar.

Os cuidadores, em sua maioria, são familiares dos idosos, especialmente mulheres que, em geral, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos e pais. Porém não é só no Brasil que as mulheres são as “grandes cuidadoras” dos idosos

dependentes, pois em diversos países, salvo por razões culturais muito específicas, a mulher é a cuidadora tradicional (KARCH, 2003).

1.2 O cuidador familiar de idoso

O ato de cuidar é comum a todas as culturas, cada uma com suas especificidades e expressões variadas que influenciam no desempenho do papel de cuidador (MAFRA, 2011). Essencialmente, o ato de cuidar está contido em uma relação de obrigação e responsabilidade para com a pessoa que necessita dos cuidados, relacionando-se, ainda, com a proximidade e intimidade exigidas pela situação. Mafra (2011) ainda acrescenta duas motivações que levam um adulto a cuidar de um idoso: o cumprimento de normas sociais e a necessidade de autopreservação, a fim de evitar o sentimento de culpa.

Segundo Santos (2001), o processo de cuidar é uma ação dinâmica, raciocinada de um indivíduo para com o outro e envolve responsabilidade e zelo. A forma como se dá esse processo se relaciona com as ações, atitudes e conhecimentos científicos ou do senso comum, vivenciados pelo cuidador. Waldow (1998) citado por Santos (2001) defende qualidades essenciais para se poder desempenhar o cuidar, a saber: conhecimento do outro, mudança de comportamento frente às necessidades do outro, honestidade, humildade, esperança e coragem, haja vista que o cuidador deve possibilitar à pessoa cuidada a expressão de suas capacidades.

Devido à necessidade crescente de pessoas que prestem cuidados a um indivíduo dependente, a ocupação de cuidador está inserida na Classificação Brasileira de Ocupações sob o código 5162-10 (BRASIL, 2002) e se enquadra na classe de trabalhador doméstico, sujeita às mesmas condições e direitos trabalhistas. De acordo com o documento, o cuidador de idosos é o profissional responsável por cuidar da pessoa doente ou dependente, devendo atuar como facilitador do exercício de suas atividades diárias, tais como: alimentação, higiene pessoal, além de administrar os medicamentos de rotina e acompanhá-la aos serviços de saúde ou outras atividades cotidianas. Entre as atribuições, são excluídas as técnicas ou procedimentos identificados como específicos de outras profissões legalmente estabelecidas.

De acordo com o vínculo estabelecido, o cuidador ainda pode receber duas denominações distintas: o cuidador formal – profissional remunerado, que presta seus

serviços em domicílio ou em uma instituição especializada; ou o cuidador informal – aquele que é um membro da família ou da comunidade, que cuida do idoso no seu domicílio e não recebe remuneração para exercer esta função (DIOGO; DUARTE, 2003; NASCIMENTO, 2008).

Diogo e Duarte (2003) estabelecem outra diferenciação para o cuidador de idosos. Para estas autoras, esse profissional é aquele que está na presença do idoso por uma maior quantidade de horas por dia e assume a maior parte da responsabilidade pelas atividades de cuidados. É considerado, assim, cuidador principal ou primário.

Desse modo, é necessário frisar que o presente estudo teve como população-alvo os cuidadores familiares principais. Portanto, no texto que se segue, quando se utilizar apenas o termo “cuidador”, este se referirá ao familiar que cuida do idoso durante a maior parte do tempo.

Segundo Pereira (2011), o aspecto financeiro parece ser um fator determinante na decisão sobre o ambiente de cuidado do idoso, se no domicílio ou na instituição de longa permanência, e sobre o perfil do cuidador, se informal ou formal. Quando não há condições ou disponibilidade para contratar um cuidador profissional, em geral, um parente ou membro da família assume esta função (WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013).

Nesse contexto, observam-se circunstâncias nas quais um membro da família afasta-se de sua atividade de trabalho e/ou carreira profissional para se dedicar ao cuidado do idoso, o que impacta sobre a estrutura econômica e social da família (PEREIRA, 2011). Ainda, segundo Pereira (2011), uma outra realidade é que a renda do idoso, muitas vezes, é a principal fonte de subsistência da família e isso acaba por determinar sua permanência no domicílio para garantir a manutenção da subsistência de todos. Além disso, estudos revelam que, de modo geral, a família é a principal provedora de cuidados e que o domicílio é o local mais adequado para fornecer os cuidados para o idoso (DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011; KARCH, 2003).

A função de cuidar de um idoso, geralmente, é desempenhada por uma única pessoa a depender de sua disponibilidade, capacidade, vontade e dinâmica familiar (DIOGO; DUARTE, 2003). Devido a isso, ocorre um processo de decisão consciente que depende de

alguns fatores: a) parentesco, com frequência maior para os cônjuges, seguido de algum filho; b) gênero, com predominância da mulher; c) proximidade física, considerando quem vive com a pessoa que requer cuidado; e d) proximidade afetiva, destacando-se a relação conjugal e a relação entre pais e filhos, como apontam Silveira, Caldas e Carneiro (2006). Estes autores ainda referem que os cônjuges geralmente cuidam por obrigação, em decorrência do acordo de casamento, e os filhos, pelo lugar que ocupam na família. Raramente, o cuidador de idoso seria outro parente, uma pessoa jovem ou um homem (NERI; SOMMERHALDER, 2002 apud FERNANDES; GARCIA, 2009).

Entretanto, diferentemente do exposto, para alguns indivíduos, cuidar de um idoso nem sempre é uma escolha. A necessidade de assumir este papel emerge, quase sempre, de relações familiares fragilizadas e sensibilizadas pela presença de doenças ou incapacidades funcionais no idoso, que exigem profundos rearranjos na dinâmica intrafamiliar de modo a corresponder às necessidades do indivíduo dependente (YUASO, 2007).

Existe uma feminização do cuidado que parece estar relacionada a questões culturais, já que o cuidar para as mulheres se constitui em mais uma responsabilidade na esfera doméstica, passa de geração em geração e é visto como algo natural (GRATÃO et al., 2013; LOUREIRO et al., 2013; OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012; VIEIRA, 2012). Geralmente filhas ou cônjuges se responsabilizam pelo cuidado do idoso e muitas vezes as esposas que cuidam também são idosas e apresentam incapacidades que também necessitariam de cuidados (KARSH, 2003; VIEIRA, 2012).

A rotina de um cuidador familiar de idosos envolve atividades não somente relacionadas ao cuidado direto com o idoso, mas também de manutenção do domicílio. Os cuidados prestados ao idoso se referem, principalmente, ao auxílio nas atividades da vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária (MATA, 2012; NARDI et al., 2011). No que se refere à realização das AVD, que são atividades relacionadas ao autocuidado, o cuidador auxilia no banho, vestuário, alimentação, mobilidade dentro e fora do domicílio e no gerenciamento dos medicamentos do idoso. Já nas atividades relacionadas ao controle domiciliar, que englobam ações com maior exigência cognitiva, os cuidadores podem ajudar no preparo de refeições, na realização das compras, no pagamento das contas e nos demais cuidados com o domicílio, como apresentam Mata (2012) e Nardi et al. (2011). Os autores acrescentam que o cuidador ainda lida com as alterações de humor e comportamento do idoso,

por isso, termina fornecendo suporte emocional, fazendo companhia e estabelecendo diálogo quando ninguém mais o faz (GRATÃO et al., 2013; NERI, 2000).

O cuidador familiar, geralmente, não recebe treinamento ou orientação para desempenhar tal função, pois a rotina de cuidados é que permite a ele construir sua identidade e moldar seus papéis sociais. Segundo Luzardo e Waldman (2004), o cuidador começa a aprender a tomar conta do seu familiar doente no domicílio conforme as necessidades vão surgindo. O cuidado desenvolvido no domicílio constitui-se em um aprendizado solitário para o cuidador, que, entre erros e acertos, cria estratégias para superar as dificuldades. De forma intuitiva e autodidata, ele desenvolve uma série de aptidões e conhecimentos sobre a doença ou situação de saúde do idoso e sobre as tarefas de cuidar (MENDES, 1998).

Cuidar de um idoso é algo complexo e envolve aspectos positivos e negativos. Os aspectos positivos são evidenciados quando se consegue cumprir as tarefas de cuidado e exercer o papel de cuidador, retribuindo os cuidados muitas vezes prestados pelo idoso no passado (MAFRA, 2011; VIEIRA, 2012). Essa expressão de cuidado e o suporte familiar (afeto e preocupação) tendem a reduzir os efeitos negativos do estresse na saúde mental do idoso (NERI; SOMMERHALDER, 2006).

Em contrapartida, as atribuições direcionadas para quem cuida podem interferir negativamente em diversos aspectos de sua vida, a saber: aspectos emocionais, físicos, econômicos e sociais devido à dependência do idoso e necessidade de assistência contínua. Quando a família ou o cuidador não conseguem gerenciar as demandas vindas do cuidado, pode acontecer uma desorganização ou desestruturação, levando a consequências negativas para os vários indivíduos envolvidos: o idoso, o próprio cuidador e os demais familiares (MAFRA, 2011; NERI; SOMMERHALDER, 2006).

Caldas (2003) chama a atenção para as necessidades do cuidador familiar de idoso que englobam aspectos materiais, a necessidade de informações e aspectos emocionais. O aspecto material inclui recursos financeiros, questões de moradia, transporte e acesso a serviços de saúde. Por outro lado, esse cuidador necessita de informação sobre como realizar os cuidados, incluindo a adaptação do ambiente às necessidades idoso. Além disso, é imprescindível o suporte emocional e uma rede de cuidados que ligue o cuidador e a família

aos serviços de apoio, bem como ações que garantam qualidade de vida destes cuidadores principais.

Neri e Sommerhalder (2002, apud MAFRA, 2011) apontam quatro elementos inerentes às dificuldades na tarefa de cuidar que são: (1) o ônus físico e financeiro, o que tende a se agravar com o declínio na condição de saúde do idoso; (2) a escassez de conhecimento e de suporte profissional para auxiliar no cuidado; (3) a dimensão que o cuidado adquire rivalizando com a carreira profissional e papel familiar do cuidador anteriormente desempenhados; (4) a dinâmica “cuidar-e-ser” cuidado, a qual pode fazer aflorar sentimentos antigos que estavam guardados.

Lidar diariamente com as necessidades e demandas de um idoso dependente de cuidados pode ser uma experiência extremamente angustiante, especialmente quando ele é um parente próximo (VAINGANKAR et al., 2012). As tarefas desempenhadas cotidianamente pelo cuidador agregam forte impacto à própria vida, pois são executadas, na maioria das vezes, sem orientação, sem o suporte de uma rede social e acabam ocupando maior parte do dia daquele profissional. Diante desse cenário de acúmulo de funções e papéis, o cuidador familiar pode apresentar dificuldades em lidar com a rotina de cuidados, desenvolvendo problemas relacionados a diversos aspectos de sua vida ou acabar adoecendo (NARDI et al., 2011). Sendo assim, é crescente o número de estudos que buscam estudar estas alterações negativas na vida dos cuidadores, conhecidas como sobrecarga.

1.3 A sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos

Inicialmente empregado por Zarit, Reever e Bach-Peterson (1980, p. 649), o termo “*burden*” descrevia “um desconforto apresentado pelo cuidador causado por situações que são postas sobre ele”. O termo possui uma conotação, geralmente, negativa, já que as ações de cuidado são descritas como “carga” associada à ideia de “peso” ou “o que pesa sobre uma pessoa” (KRON; BALLARIN, 2013; ZARIT; REEVER; BACH-PETERSON, 1980).

Os termos “*caregiver burden*” e “sobrecarga do cuidador” são amplamente utilizados na literatura internacional e nacional para designar o conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contato próximo com um doente. Essa sobrecarga engloba a esfera biopsicossocial, na qual o cuidador busca equilibrar diversas variáveis como a

disponibilidade de tempo, os recursos financeiros, as condições psicológicas, físicas e sociais, as atribuições e distribuição de papéis (KRON; BALLARIN, 2013).

A sobrecarga relacionada ao cuidado é um construto complexo, que compreende duas dimensões: a objetiva e a subjetiva (VAINGANKAR et al., 2012). A sobrecarga objetiva engloba os efeitos físicos gerados pela assistência e cuidados cotidianos prestados ao idoso, bem como o tempo dedicado à ajuda e à supervisão. Relaciona-se ao impacto no ambiente doméstico e na vida pessoal do cuidador, envolvendo desorganização familiar, problemas de relacionamento, problemas financeiros e a perda do lazer. Já a sobrecarga subjetiva se relaciona aos efeitos psicológicos – como sentimentos de culpa, ansiedade e estresse – e às atitudes e reações frente à experiência de cuidar. Assim, surge como consequência da sobrecarga objetiva (ZARIT; REEVER; BACH-PETERSON, 1980; VAINGANKAR et al., 2012). Essa percepção de sobrecarga e seus efeitos é influenciada pelos diferentes tipos de doenças, de indivíduos e de culturas (VAINGANKAR et al., 2012).

O estresse vivenciado por um indivíduo pode ser definido como sendo uma resposta inespecífica a exigências que ultrapassam as capacidades físicas e psicológicas de adaptação do ser humano, que poderá responder à situação de maneira agradável (*eutress*), sentindo prazer ou conforto. Ou poderá sentir-se angustiado, tenso ou pressionado por não conseguir atender aos objetivos (*distress*). É importante frisar que o cuidador pode alternar momentos de conforto e sobrecarga ao longo do dia a depender da atividade e situações vividas (ARAKAKI et al., 2012).

Os efeitos prejudiciais das tarefas relacionadas ao cuidado parecem estar associados, primariamente, às incapacidades funcionais, sejam elas físicas, cognitivas ou comportamentais, que acometem os indivíduos assistidos pelo cuidador, pela respectiva demanda por atenção e vigilância inerente às suas necessidades (WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013).

O estado de saúde dos cuidadores interfere na qualidade dos cuidados prestados aos idosos. Cuidadores que se sentem sobrecarregados, injustiçados ou acumulando funções de mãe/pai, profissional e cônjuge tendem a desempenhar funções aquém de suas capacidades (ARAKAKI et al., 2012; MAFRA, 2011). Ademais, sabe-se que tanto o idoso quanto seu cuidador devem receber, de igual maneira, atenção a sua saúde, devendo prevenir-se de

perdas e agravos (DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011; ROCHA; VIEIRA; SENA, 2008). A Política Nacional da Pessoa Idosa traz em sua redação que os cuidadores devem receber atenção sistemática visando prevenir o cansaço e a sua inserção em grupos de autoajuda deve ser estimulada (BRASIL, 2006).

Ainda que a sobrecarga possa estar presente nos mais variados perfis de cuidador, aqueles que pertencem à família nuclear (cônjuges e filhos) estão mais expostos a maiores níveis de sobrecarga (NARDI et al., 2011; NASCIMENTO, 2008). Quanto mais próximo o grau de parentesco entre cuidador e o idoso, maior é o prejuízo na saúde mental deste cuidador. Tal fato pode ocorrer devido aos laços afetivos ou às expectativas socioculturais, quando do cuidador provier o cuidado em detrimento de outras atividades e responsabilidades pessoais e profissionais (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Decerto, a sobrecarga no cuidador pode incluir fatores mais amplos do que apenas o desgaste em relação aos sintomas das doenças instaladas nos idosos cuidados ou às tarefas relativas ao cuidado. Além do cuidar, a sobrecarga pode estar relacionada também a outras tarefas cotidianas, papéis ocupacionais e demandas que se sobrepõem a outras variáveis, componentes da vida do indivíduo. Isso causa repercussão no contexto social e familiar, aumentando os conflitos domésticos em consequência das obrigações laborais, das dificuldades econômicas e da diminuição das atividades sociais e de lazer (ARAKAKI et al., 2012).

O suporte social e o ajuste da relação conjugal favorecem a qualidade de vida do cuidador e minimizam os impactos negativos das tarefas de cuidar na vida do cuidador. Pereira e Carvalho (2012) constataram que cuidadores com elevada sobrecarga possuem maiores níveis de depressão e sintomas de ansiedade. Já aqueles sem sobrecarga ou com níveis baixos desta possuem maior satisfação com os amigos e família e possuem maiores redes de suporte social.

Objetivando auxiliar os cuidadores a lidarem com as dificuldades do cuidar contínuo e, assim, melhorar seu bem estar físico e emocional, alguns tipos de intervenções podem ser realizadas. As abordagens que utilizam técnicas combinadas, ou seja, de educação e suporte emocional, têm demonstrado melhores resultados na redução da sobrecarga. As revisões sistemáticas sobre uso de programas de educação e suporte mostram que grupos

psicoeducacionais fornecem informações práticas para o cuidado, mas também focam no estado psicológico e emocional dos cuidadores. Dessa maneira, conseguem resultados significativos em relação ao conhecimento da rede de serviços disponíveis, possibilitam o uso de estratégias de enfrentamento, diminuem os sentimentos disfuncionais, melhoram a autoeficácia e habilidades do cuidador (LOPES; CACHIONE, 2012; MARIM et al., 2013).

Visando compreender esta multidimensionalidade da sobrecarga, estudos têm sido desenvolvidos e alguns instrumentos padronizados têm sido amplamente utilizados para medir a sobrecarga do cuidador, sendo eles: *Caregiver Strain Index (CSI)* (ROBINSON, 1983), *Zarit Burden Interview (ZBI)* (ZARIT; ZARIT, 1987), *Care Burden Inventory (CBI)* (NOVAK; GUEST, 1989), *Caregiver Reaction Assessment (CRA)* (GIVEN et al., 1992), *Family Burden Interview Schedule (FBIS)* (TESSLER; GAMACHE, 1996), *Care Burden Scale (CBS)* (IIDA; KOHASHI, 2001). Gratão (2010) sugere que a escassez de pesquisas sistemáticas nesta área no Brasil pode se dever à validação de apenas dois desses instrumentos para a nossa população: a *ZBI* por Scazufca (2002) e a *FBIS*, por Bandeira et al. (2005).

Diante do exposto, o presente estudo se propõe a analisar a sobrecarga em cuidadores familiares de idosos numa microrregião de Recife. De acordo com as definições de sobrecarga apresentadas anteriormente, optou-se por empregar neste estudo a “*Zarit Burden Interview*” ou Escala de Sobrecarga de Zarit (SCAZUFCA, 2002), devido a sua difusão em estudos nacionais e internacionais e por permitir a comparação e discussão dos resultados obtidos. Neste sentido, é necessário identificar as características sociodemográficas e epidemiológicas dos cuidadores e dos idosos aos quais se destinam seus cuidados, descrever as características do cuidado prestado e avaliar a sobrecarga estabelecendo a sua relação com esses aspectos.

2 JUSTIFICATIVA

A rede de serviços de saúde pública busca adequar-se às demandas da população idosa através da qualificação da rede, ampliação da capacidade resolutiva, adequação do número de profissionais especializados, garantia da atenção multiprofissional e acesso à reabilitação (RECIFE, 2004). Entretanto, não se evidenciam ações efetivas voltadas para os cuidadores familiares, pessoas cada vez mais necessárias diante do número de idosos dependentes que se somam à população.

Na literatura, não foram identificados estudos que abordassem a sobrecarga em cuidadores familiares de idosos na cidade de Recife. Sendo assim, este trabalho deseja contribuir com dados e informações científicas que possam incrementar o planejamento das estratégias voltadas para os cuidadores familiares, já que o domicílio é apontado como o local ideal para provimento dos cuidados ao idoso. E, deste modo, subsidiar a promoção da saúde e prevenção de agravos nos cuidadores familiares de idoso, além de contribuir para ações específicas de suporte para o enfrentamento das dificuldades relacionadas às atribuições de cuidar de um idoso dependente de cuidados cotidianos.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o perfil dos cuidadores familiares de idosos e a sobrecarga relacionada ao provimento de cuidados.

3.2 Específicos

- a) Verificar as principais características sociais e epidemiológicas dos cuidadores familiares de idosos;
- b) Identificar as principais características sociais e epidemiológicas dos idosos dependentes de cuidados;
- c) Descrever as características relacionadas aos cuidados prestados pelos cuidadores familiares de idosos;
- d) Avaliar a sobrecarga, estabelecendo a relação com as características dos cuidadores, dos idosos e do cuidado prestado.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Estudo epidemiológico, descritivo, de corte transversal.

4.2 Área do estudo e população

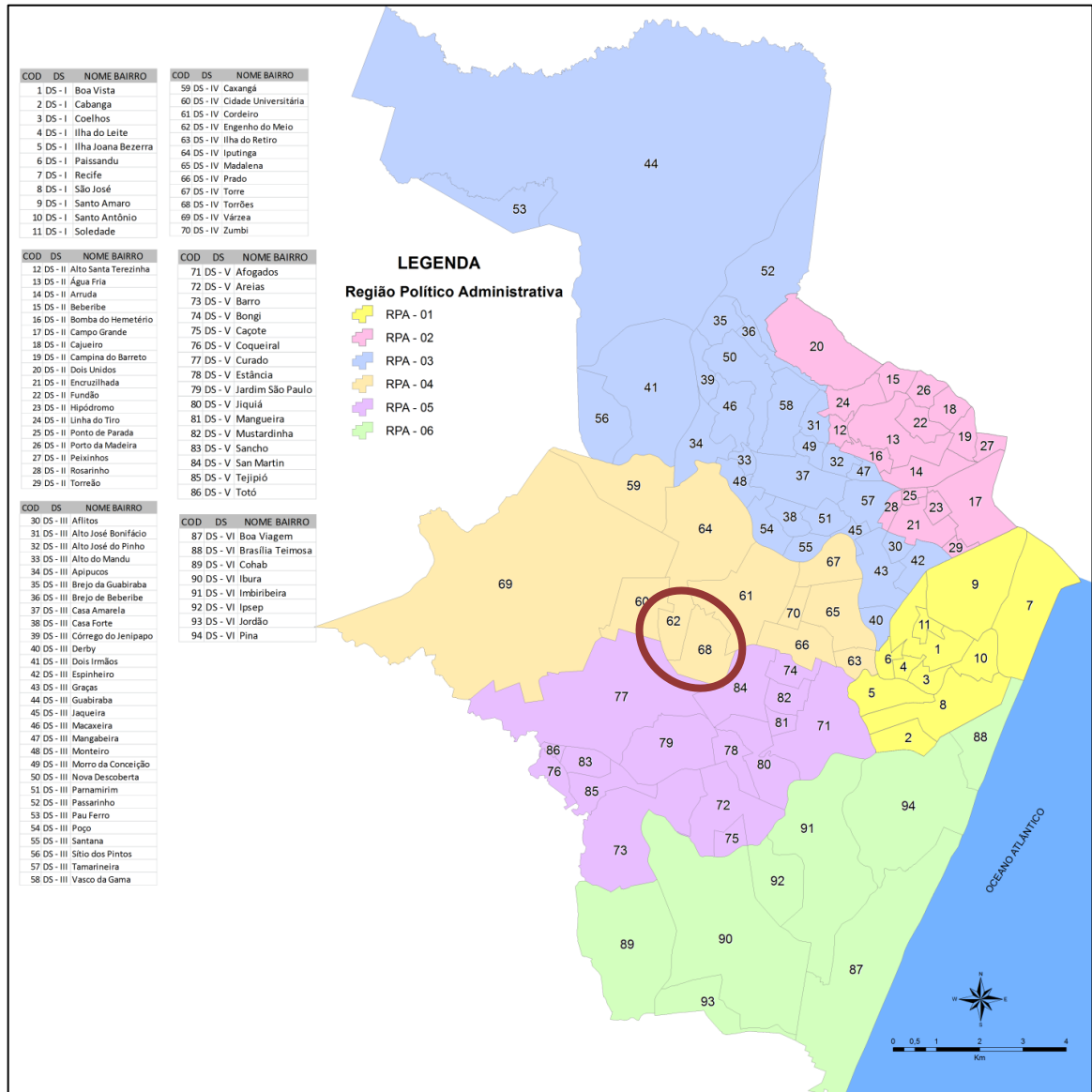
4.2.1 Área do estudo

Recife possui uma população de 1.537.704 pessoas e é organizado em seis Regiões Político Administrativas (RPA) (Figura 1). O setor Saúde adota a nomenclatura de Distritos Sanitários e eles atualmente estão passando por processo para constituição de mais dois. Haverá, logo, ao todo, oito distritos. (RECIFE, 2014b).

O Distrito Sanitário IV é dividido em 3 microrregiões. A área deste estudo, microrregião 4.2, é composta pelos bairros de Engenho do Meio e Torrões (Figura 1) que, juntos, apresentam população de 42.226 pessoas (IBGE, 2010). Possuem três Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS) – Vila Redenção, Vietnã e parte dos Torrões – que são áreas caracterizadas por alta vulnerabilidade social (RECIFE, 2014a). De acordo com dados do último censo do IBGE (2010), a população idosa nesses dois bairros é superior a 4.000 pessoas.

A referida microrregião possui seis Unidades de Saúde da Família (doravante, USF), totalizando dez equipes de Saúde da Família. Cada equipe possui mais de três mil pessoas cadastradas. Considerando que a Microrregião 4.2 possui dez equipes, um total de 60 Agentes Comunitários de Saúde (doravante, ACS) e que 600 é o número máximo de pessoas vinculadas a um Agente Comunitário de Saúde (RECIFE, 2010), chega-se à estimativa de que existam cerca de 36 mil pessoas cadastradas nas USF.

Figura 1 – Divisão territorial de Recife com destaque para os Bairros de Engenho do Meio e Torrões



Fonte: Adaptado de Recife (2014b).

4.2.2 População

Os cuidadores familiares foram inicialmente listados pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família, especialmente pelos ACS, pela maior proximidade que possuem com a comunidade. Estes cuidadores encarregavam-se de idosos residentes no território, isto é, os idosos cuidados eram cadastrados nas USF da Microrregião 4.2, do Distrito Sanitário IV, do município de Recife-PE.

Assim, para compor a população do estudo, os seguintes critérios de inclusão foram aplicados:

- a) Ser familiar e cuidador principal de um ou mais idosos com idade igual ou superior a 65 anos;
- b) Ter idade igual ou superior a 18 anos, haja vista que a partir desta idade o indivíduo tem poder de decisão sobre sua participação na pesquisa;
- c) Reconhecer-se no papel de cuidador principal dos idosos;
- d) Não receber qualquer tipo de remuneração financeira por cuidar dos idosos.

Ainda, para ser incluído no estudo, o cuidador deveria cuidar de um idoso cadastrado na USF e dependente de assistência ou supervisão para realizar pelo menos uma AVD ou AIVD devido à incapacidade física ou mental, na presença ou não de diagnóstico clínico.

4.3 Procedimentos para coleta dos dados e instrumentos

4.3.1 Procedimentos para a coleta dos dados

Os cuidadores familiares de idosos foram inicialmente identificados pelos profissionais das USF e cadastrados em formulário confeccionado pela pesquisadora responsável (APÊNDICE A). Para tanto, foram prestados esclarecimentos acerca dos objetivos e dos critérios de inclusão na pesquisa. Os cuidadores que preenchiam os critérios de inclusão foram visitados nos domicílios dos idosos pelos pesquisadores, sendo convidados a participar da pesquisa. Assim, após receberem esclarecimentos acerca dos objetivos do estudo, aqueles que estiveram de acordo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

Foi realizado, no mês de setembro de 2014, um pré-teste para dirimir alguma inconformidade na aplicação dos instrumentos, de modo a garantir a fidedignidade dos dados. Para este pré-teste, foram selecionados seis (6) cuidadores residentes no mesmo Distrito Sanitário, mas em território diferente daquele em que foi realizado o inquérito. Dessa maneira, estes cuidadores não possuíam chance de compor a amostra do estudo. Então, eles assinaram o TCLE específico para o pré-teste (APÊNDICE C). Por fim, foram uniformizados os procedimentos para garantir o rigor e a responsabilidade durante o processo de coleta.

Os dados do presente estudo foram coletados através de inquérito domiciliar no período de outubro a dezembro de 2014 por três entrevistadores, a saber: a pesquisadora

responsável, autora do trabalho e dois estudantes de graduação previamente treinados. Os pesquisadores eram conduzidos aos domicílios, preferencialmente, pelos ACS, possibilitando melhor abordagem aos participantes. Todos os questionamentos foram respondidos pelo cuidador, inclusive aqueles referentes ao idoso cuidado, já que se pretende analisar a perspectiva do cuidador. Caso fosse identificado no momento da entrevista que o cuidador não contemplava algum critério de inclusão, este era acolhido e escutado, mas as informações coletadas não comporiam o banco de dados do estudo. As entrevistas foram realizadas sem a presença do idoso, visando criar um ambiente favorável para abordagem dos aspectos relacionados com a pesquisa, diminuindo situações de constrangimento para o cuidador.

Foram listados, inicialmente, 202 cuidadores familiares. Destes, 33 (16,3%) não foram visitados devido à presença de conflito entre moradores relacionado ao tráfico de entorpecentes no território adstrito. Foram visitados 169 domicílios de cuidadores familiares de idosos e entrevistados 138 cuidadores. Entre os cuidadores visitados, apenas um (1) se recusou a conceder entrevista, enquanto outros 30 foram excluídos do estudo por estarem fora do domicílio nas duas tentativas de realização das entrevistas, o que revela uma perda de 15,3%. Em suma, o percentual total de perda foi de 31,6%.

Ao todo, foram realizadas 138 entrevistas e, dentre os cuidadores entrevistados, 6 (4,3%) cuidavam de dois idosos e os demais, de apenas um idoso. Sendo assim, a maioria, 95,7% (132) dos cuidadores dedica-se apenas ao cuidado de um idoso.

4.3.2 Instrumentos

Visando identificar as principais características sociais e epidemiológicas dos cuidadores familiares foi aplicado um questionário que contém 38 itens referentes a informações gerais, características do cuidado, situação de saúde, socialização e lazer (APÊNDICE D). Para os cuidadores que cuidassem de mais de um idoso, a questão referente ao grau de parentesco e os itens referentes à seção caracterização do cuidado foram preenchidos de acordo com a quantidade de idosos cuidados. Desse modo, tem-se um número maior de entrevistas realizadas (144) do que de cuidadores abordados (138).

Para identificar as principais características sociais e epidemiológicas dos idosos dependentes de cuidados, também foi aplicado um questionário que contém 9 itens que

contemplam informações gerais e a situação de saúde (APÊNDICE D).

Para avaliar a sobrecarga nos cuidadores, foi aplicada a *Zarit Burden Interview* (ZBI) (Escala de Sobrecarga de Zarit) (ZARIT; ZARIT, 1987), validada para a população brasileira por Scazufca em 2002 (ANEXO A). A referida escala mostrou ser confiável, podendo ser utilizada tanto em pesquisas, quanto na prática clínica (TAUB; ANDREOLI; BERTOLUCCI, 2004). É de domínio público, de fácil e rápida aplicação e tem sua utilização recomendada pelo Caderno de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

Trata-se de uma escala construída para ser autoaplicável, mas o entrevistador pode fazê-la, sendo necessário ler as perguntas em voz alta e pedir para o entrevistado apontar a resposta em cartões confeccionados previamente. É importante que não seja aplicada na presença do idoso dependente do cuidador para viabilizar respostas condizentes com a realidade.

Essa escala compreende uma lista de 22 itens que avaliam a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador, considerando cinco áreas, como: saúde do cuidador, bem-estar psicológico, finanças, vida social e relacionamento entre o cuidador e o idoso (SCAZUFCA, 2002; TAUB; ANDREOLI; BERTOLUCCI, 2004).

Desses itens, 21 avaliam objetiva e subjetivamente a sobrecarga e recebem pontuações que variam de 0 a 4 pontos, sendo: 0 (nunca); 1 (raramente); 2 (algumas vezes); 3 (frequentemente); 4 (sempre). Na última questão, de caráter geral, o entrevistado responde se está se sentindo sobrecarregado. A escala apresenta as respostas de maneira diferente: 0 (nem um pouco); 1 (um pouco); 2 (moderadamente); 3 (muito); 4 (extremamente) (SCAZUFCA, 2002). Essa escala apresenta uma graduação de sobrecarga linear de 0 a 88 pontos e indica que, quanto mais alto o escore final, mais sobrecarregado estará o cuidador.

Para classificar o nível de sobrecarga dos cuidadores, foram considerados os critérios estabelecidos por Hebert et al. (2000), no contexto internacional para cuidadores de idosos que vivem na comunidade e os parâmetros empregados por Luzardo et al. (2006) e Gratão (2010), no contexto nacional. Desse modo, a seguinte classificação será seguida: escores entre 61 e 88 indicam sobrecarga intensa; entre 41 e 60, sobrecarga de moderada a severa; entre 21 e 40, sobrecarga de leve a moderada; e escores inferiores a 21, ausência de sobrecarga,

conforme detalhado no Quadro 1. Vale salientar que neste estudo será utilizada a sigla em inglês, ZBI, do instrumento, por sua difusão e ampla utilização, inclusive nos estudos nacionais.

Quadro 1 – Classificação da sobrecarga avaliada pela ZBI

Escore total	Nível de sobrecarga
< 21 pontos	Ausência de sobrecarga
21 a 40 pontos	Sobrecarga leve a moderada
41 a 60 pontos	Sobrecarga moderada a severa
61 a 88 pontos	Sobrecarga intensa

Fonte: Hebert et al. (2000)

Pelo fato de esse instrumento ter questionamentos relacionados ao idoso receptor do cuidado, para aquele cuidador que cuida de mais de um idoso a escala foi aplicada de acordo com o número de idosos cuidados. Sendo assim, para este aspecto consideramos 144 como a totalidade para analisar a sobrecarga.

4.4 Procedimentos para análise dos dados

Após a coleta, foi elaborado um banco de dados utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0.0.0, contendo a codificação e dicionário de todas as variáveis. Este banco de dados foi alimentado empregando a técnica de validação por dupla digitação. Quando verificada alguma inconsistência, os instrumentos utilizados foram revisitados e a correção devidamente realizada. Concluída esta etapa, os dados foram analisados no SPSS.

A análise descritiva do estudo foi feita através de tabelas de frequências e medidas do tipo resumo, considerando as variáveis de interesse para caracterização dos participantes e do cuidado prestado pelos cuidadores familiares. A análise associativa foi realizada através do Teste Qui-Quadrado de Pearson visando verificar associação entre a sobrecarga e as principais variáveis inerentes ao cuidador, ao idoso cuidado e ao cuidado prestado. Quando este teste não se aplicou, utilizou-se o Teste Exato de Fisher. Em todos os testes, considerou-se um nível de 95% de confiança.

4.5 Aspectos éticos

A pesquisa atendeu aos critérios éticos preconizados pela resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS). Foram esclarecidos seus objetivos e os cuidadores que concordaram em participar da pesquisa assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), permanecendo uma sob posse dos mesmos e outra com o pesquisador. Os cuidadores elencados para participarem do pré-teste também assinaram TCLE específico consentindo participação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM (CEP/CPqAM) e se encontra sob registro CAAE 30582514.2.0000.5190 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

Os resultados advindos deste inquérito serão apresentados a seguir em seções que se relacionam à configuração do questionário aplicado.

5.1 Perfil dos cuidadores familiares de idosos

Dentre os 138 cuidadores entrevistados, a maioria é composta por mulheres, representando 91,3% (126) do total (Tabela 1). Deste total, 30% (41) possuem idades entre 50 e 59 anos e 29,2% (40) idades iguais ou superiores a 60 anos, representando a parcela idosa de cuidadores. A média da idade para essa amostra é de 51,83 anos ($\pm 12,85$) e mediana igual a 52 anos.

Com relação à escolaridade, constata-se na Tabela 1 que 42% (58) dos cuidadores possuem o ensino médio completo ou concluíram um curso técnico, enquanto apenas 3,6% (05) declaram não serem alfabetizados. Ainda com relação à escolaridade, apenas 5,8% (08) ainda exercem alguma modalidade de estudo.

Ao analisar a conformação relacionada ao estado conjugal, percebeu-se que 48,6% (67) da população estudada são casados ou moram juntos com um companheiro, porém 31,2% (43) afirmaram ser solteiros ou nunca ter casado (Tabela1).

No que se refere à variável renda individual dos cuidadores familiares (Tabela 1), 36,5% (49) recebem menos de 1 salário mínimo (R\$724,00) por mês, enquanto 31,3% (42) não possuem renda. Os que têm renda de apenas 1 salário mínimo representam 14,2 % (19) dos cuidadores entrevistados. Vale ressaltar que a renda referida por esses cuidadores advém de atividades que não se relacionam ao desempenho das tarefas do cuidar, pois este é um critério de exclusão do estudo.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares - Recife – 2014

Características sociodemográficas	n	(continua)
		%
Sexo		
Masculino	12	8,7
Feminino	126	91,3

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares - Recife – 2014
(conclusão)

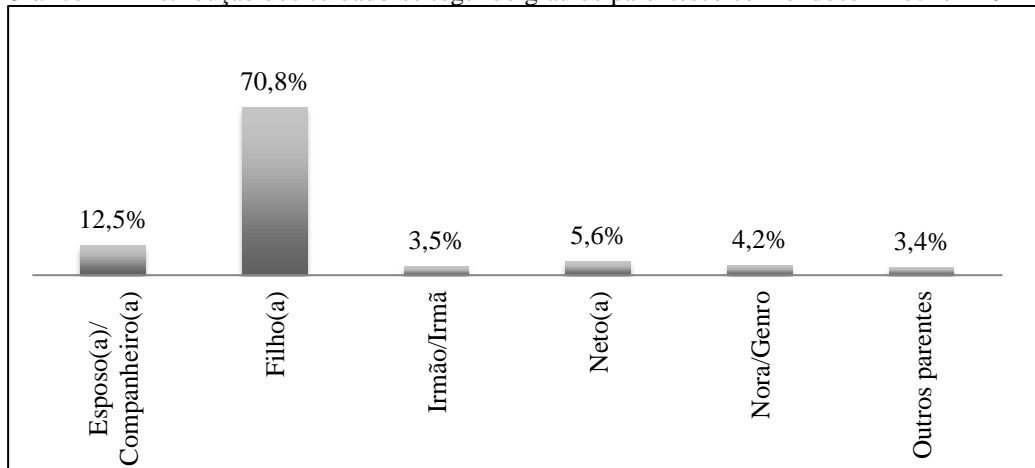
Características sociodemográficas	n	%
Idade		
18 a 29	5	3,6
30 a 39	15	10,9
40 a 49	36	26,3
50 a 59	41	30
60 a 69	34	24,8
70 e mais	6	4,4
Escolaridade		
Não alfabetizado(a)	5	3,6
Alfabetizado (1º ano)	2	1,4
1ª a 4ª série (2º ao 5º ano)	32	23,2
5ª a 8ª série (6º ao 9º ano)	36	26,2
Ensino médio / Técnico	58	42
Ensino superior	5	3,6
Estuda		
Não	130	94,2
Sim	8	5,8
Estado conjugal		
Casado(a)/Morando junto	67	48,6
Viúvo(a)	17	12,3
Divorciado(a)/Separado(a)	11	7,9
Solteiro(a)/Nunca casou	43	31,2
Renda individual		
Sem renda	42	31,3
< Salário mínimo*	49	36,5
1 Salário mínimo	19	14,2
> 1 até 2 salários mínimos	12	9
> 2 até 5 salários mínimos	10	7,5
> 5 salários mínimos	2	1,5

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Valor do salário mínimo/2014: R\$ 724,00

Verifica-se, no Gráfico 2, que o grau de parentesco predominante entre os cuidadores é o de filho, representando 70,8% (102) do total desta amostra.

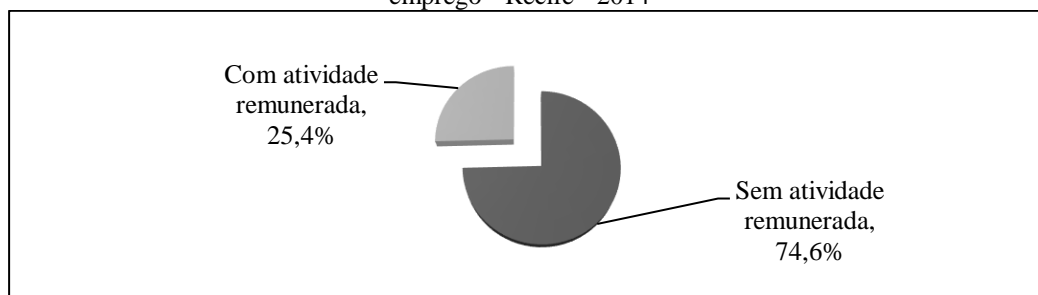
Gráfico 2 – Distribuição dos cuidadores segundo grau de parentesco com o idoso - Recife - 2014



Fonte: Elaborado pela autora

O Gráfico 3 exibe dados referentes ao exercício de atividade remunerada/emprego pelos cuidadores, sendo que 74,6% (96) destes não exercem atividade profissional remunerada.

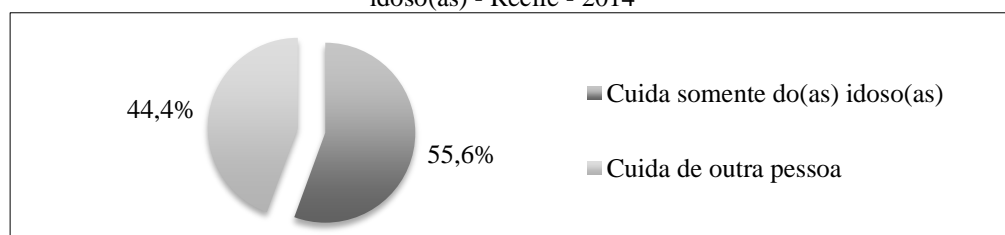
Gráfico 3 – Classificação dos cuidadores quanto ao exercício de atividade remunerada/emprego - Recife - 2014



Fonte: Elaborado pela autora

Nessa população entrevistada, 55,6% (80) dos cuidadores referiram que não cuidam de outra pessoa além do idoso, o que está apresentado no Gráfico 4. Os demais, 44,4% (64), cuidam de mais alguém, 34,4% (22) cuidam do filho e 9,4% cuidam de outro idoso.

Gráfico 4 – Distribuição dos cuidadores quanto ao cuidado de mais alguém além do(as) idoso(as) - Recife - 2014



Fonte: Elaborado pela autora

No que se refere à autopercepção de saúde, observa-se na Tabela 2 que, dos 138 cuidadores entrevistados, 50,4% (69) consideraram ter boa saúde, seguidos por 27,7% (38) que perceberam sua saúde como ruim. Olhando de uma outra forma, a maioria (59,2% : 81) percebeu sua saúde de maneira positiva e 40,8% (56) avaliaram a própria saúde negativamente. Salienta-se que um dos cuidadores referiu não saber como estava sua saúde, o que resultou em 137 respostas analisadas.

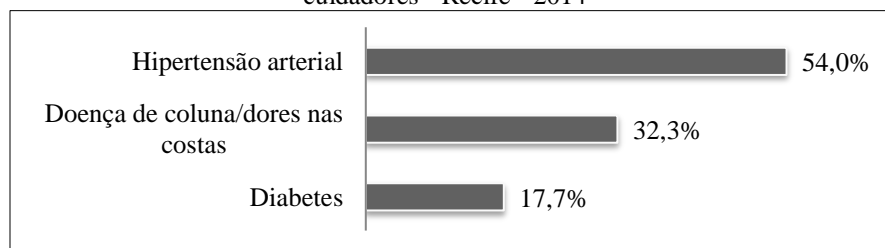
Tabela 2 – Distribuição dos cuidadores segundo autopercepção de saúde - Recife - 2014

Autopercepção de saúde	n	%
Ótima	12	8,8
Boa	69	50,4
Ruim	38	27,7
Péssima	18	13,1

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto à presença de doença ou problema de saúde, apenas 9,4% (13) dos cuidadores dizem não possuir qualquer agravo. O Gráfico 5 traz as três principais doenças/problemas de saúde que os cuidadores referiram nas entrevistas. Este gráfico mostra que 54% (67) possuem hipertensão arterial, 32,3% (40) sofrem com dores nas costas ou têm alguma doença na coluna e 17,7% (22) são diabéticos.

Gráfico 5 – Principais doenças/problemas de saúde autoreferidos pelos cuidadores - Recife - 2014



Fonte: Elaborado pela autora

Ao se questionar acerca de hospitalizações por pelo menos uma noite (nos 12 meses anteriores às entrevistas), a maioria, 89,9% (124), disse não ter passado por este evento (Tabela 3). Os demais, 10,1% (14), que passaram por hospitalização, permaneceram por um período médio de 5,2 dias internados. Já sobre o uso de outros serviços de saúde, 84,8% (117) referem ter buscado algum atendimento com profissional de saúde (Tabela 3). Os profissionais mencionados pelos cuidadores nesta pesquisa foram médicos (clínicos gerais e especialistas), odontólogo, profissional de enfermagem e fisioterapeuta.

Tabela 3 – Distribuição dos cuidadores de acordo com a busca por serviços de saúde - Recife - 2014

Busca por serviço de saúde	n	%
Hospitalização		
Não	124	89,9
Sim	14	10,1
Atendimento de saúde (exceto hospitalização)		
Não	21	15,2
Sim	117	84,8

Fonte: Elaborado pela autora

Nessa população de cuidadores entrevistada, 70,3% (97) disseram fazer uso de algum medicamento, conforme mostrado na Tabela 4. Dentre as principais doenças/problemas de saúde para o uso destes, estão a hipertensão arterial (67,3% : 66), o diabetes (16,3% : 16), a depressão (12,2% : 12) e a dor nas costas (8,2% : 8). Dos 97 cuidadores que referiram usar medicamentos, 65,2% (90) afirmaram que estes foram prescritos por um médico.

Ao serem questionados sobre o uso de medicamentos sem prescrição profissional, 83,3% (115) relataram hábito de administrar fármacos por conta própria. O motivo referido mais frequentemente para a utilização de fármacos por conta própria foi a dor nas costas, correspondendo a 48,8% (61), seguida pela cefaléia, referida por 46,4% (51) dos cuidadores (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos cuidadores de acordo com o uso de medicamentos - Recife - 2014
(continua)

Uso de medicamentos	n	%
Utiliza		
Não	41	29,7
Sim	97	70,3
Principais Motivos		
Hipertensão arterial	66	67,3
Diabetes	16	16,3
Depressão	12	12,2
Dor nas costas	8	8,2
Uso sem prescrição profissional		
Não	23	16,7
Sim	115	83,3

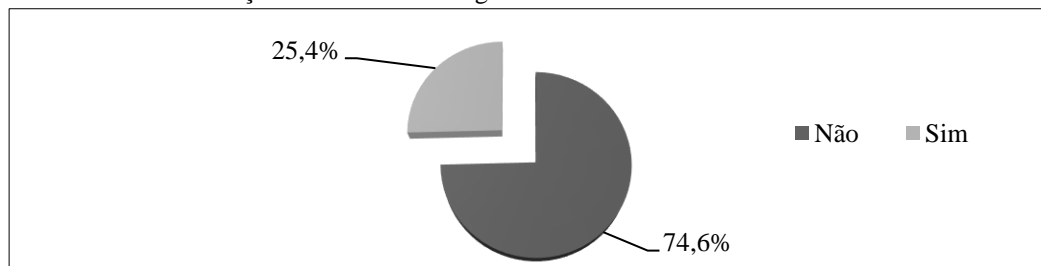
Tabela 4 – Distribuição dos cuidadores de acordo com o uso de medicamentos - Recife - 2014
(conclusão)

Uso de medicamentos	n	%
Principais motivos		
Dores nas costas	61	48,8
Cefaléia	51	46,4

Fonte: Elaborado pela autora

Acerca dos hábitos de vida, a maioria, 74,6% (103), não consome bebida alcoólica (Gráfico 6). Dentre os 25,4% (35) que relataram consumir bebida alcoólica, 71,4% (20) a consomem apenas uma vez por semana.

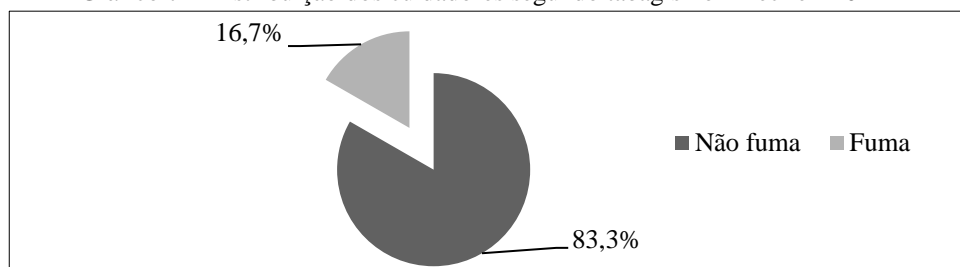
Gráfico 6 – Distribuição dos cuidadores segundo consumo de bebida alcoólica - Recife- 2014



Fonte: Elaborado pela autora

No que se refere ao tabagismo (Gráfico 7), a maioria relatou não fumar, representando 83,3% (115) do total dos entrevistados. Para os cuidadores que são tabagistas, 16,7% (23), o tempo médio de consumo é de 27,39 anos, sendo consumida uma média de 15,35 cigarros diariamente.

Gráfico 7 – Distribuição dos cuidadores segundo tabagismo - Recife - 2014

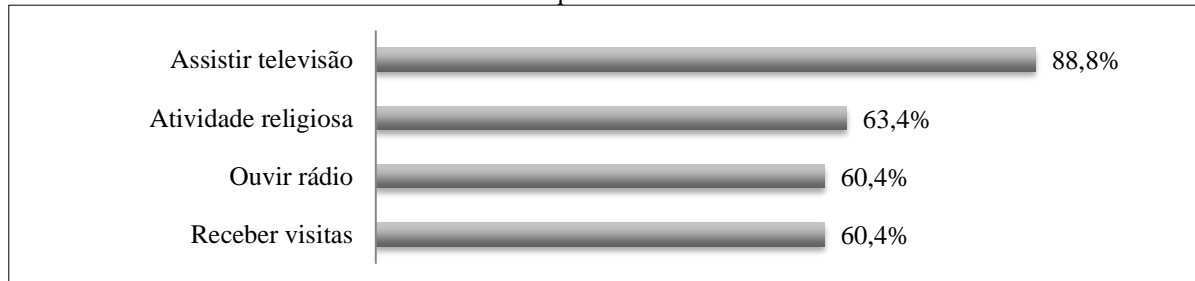


Fonte: Elaborado pela autora

Quando se questionaram os cuidadores acerca do uso do tempo livre (Gráfico 8), percebeu-se que eles exercem com frequência atividades restritas ao domicílio, sendo estas: assistir à televisão (88,8% : 119); ouvir rádio (60,4% : 81) e receber visitas (60,4% : 81). A participação em atividades religiosas também possui uma frequência alta, 63,4% (85), sendo

que esta pode ser exercida tanto dentro quanto fora do domicílio.

Gráfico 8 – Distribuição dos cuidadores de acordo com as atividades realizadas no tempo livre referidas com maiores frequências - Recife - 2014



Fonte: Elaborado pela autora

A maioria dos entrevistados, 66,7% (92), relatou ter deixado de realizar ao menos uma atividade que fazia antes de se tornar cuidador. As atividades abandonadas foram agrupadas em seis categorias apresentadas a seguir com suas respectivas frequências: atividade de lazer (54,7% : 52), atividade de trabalho (35,8% : 34), atividade religiosa (23,2% : 22), atividade física (22,1% : 21), atividade educacional (12,6% : 12) e atividades de autocuidado (12,6% : 12), isto é, cuidados pessoais, como ir ao médico, namorar e ter atividade sexual.

5.2 Perfil dos idosos cuidados

Durante a coleta de dados acerca dos idosos, não houve nenhum contato entre os entrevistadores e eles, pois todas as informações foram proporcionadas pelos cuidadores. Para as variáveis relacionadas aos idosos, considera-se um “n” igual a 144, pois 6 cuidadores cuidam de 2 idosos cada. Portanto, o questionário foi respondido duas vezes, já que os dados são específicos para cada indivíduo.

Neste estudo, a maioria dos idosos receptores dos cuidados é do sexo feminino 79,9% (115), a média das idades é de 81,4 anos ($\pm 8,65$), com idade mínima de 65 e máxima de 99 anos, sendo que 56,9 % (82) possuem 80 anos ou mais. Quanto à escolaridade, 34% (49) dos idosos não são alfabetizados. A maioria dos idosos é de viúvos, 59% (85) seguidos pelos que são casados ou moram juntos com companheiro e representam 24,3% (35) desta população (Tabela 5).

Quanto à renda mensal, 45,7% (63) dos idosos recebem apenas 1 salário mínimo, enquanto 37,4% (52) recebem valores abaixo do salário mínimo (Tabela 5).

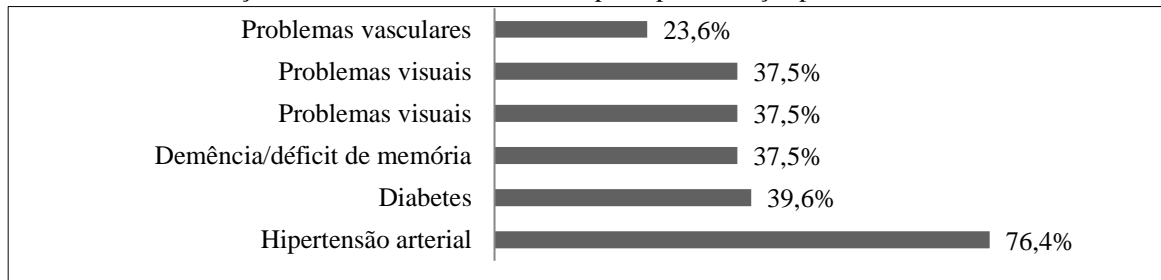
Tabela 5 – Perfil sociodemográfico dos idosos cuidados - Recife - 2014

Características sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	29	20,1
Feminino	115	79,9
Faixa etária		
65 a 69	13	9
70 a 74	21	14,6
75 a 79	28	19,4
≥ 80	82	56,9
Escolaridade		
Não alfabetizado(a)	49	41,6
Alfabetizado (1º ano)	7	5,9
1ª a 4ª série (2º ao 5º ano)	34	28,8
5ª a 8ª série (6º ao 9º ano)	20	16,9
Ensino médio	5	5,1
Ensino superior	2	1,7
Estado conjugal		
Casado(a)/Morando junto	35	24,3
Viúvo(a)	85	59
Renda individual		
< Salário mínimo	52	37,4
1 Salário mínimo	63	45,7
> 1 até 2 salários mínimos	13	9
> 2 até 5 salários mínimos	11	7,6

Fonte: Elaborado pela autora

Com relação às doenças/problemas de saúde dos idosos relatados pelos cuidadores (Gráfico 9), a maioria possui diagnóstico de hipertensão arterial 76,4% (110). O diabetes é outra doença crônica citada representando 39,6% (57), seguida pela demência/déficit de memória e pelos problemas visuais, ambos acometendo 37,5% (54) da população idosa estudada. Outros agravos que acometem os idosos também chamam a atenção: incontinência urinária com 27,8% (40) e os problemas vasculares, atingindo 23,6% (34).

Gráfico 9 – Distribuição dos idosos de acordo com as principais doenças/problemas de saúde - Recife - 2014



Fonte: Elaborado pela autora

Quanto ao uso de medicamento pelos idosos (Tabela 6), 95,8% (138), constatou-se que eles precisam utilizá-lo de maneira contínua e, em média, usam 4,4 ($\pm 2,6$) tipos diferentes. Dentre os que utilizam medicamentos, 52,6% (71) necessitam de 2 a 4 tipos diferentes.

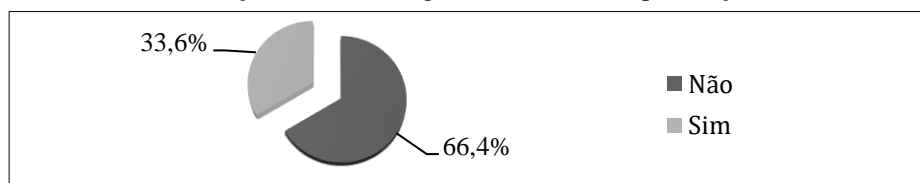
Tabela 6 – Distribuição dos idosos segundo o uso de medicamentos - Recife - 2014

Uso de medicamentos	n	%
Utiliza		
Não	6	4,2
Sim	138	95,8
Quantidade		
Apenas 1	12	8,8
De 2 a 4	71	52,6
De 5 a 7	32	23,7
De 8 a 10	16	11,9
≥ 11	4	3

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação à ocorrência de hospitalizações (Gráfico 10), a maioria dos idosos não necessitou ser internada nos últimos doze meses que antecederam as entrevistas, o que representa 66,4% (95) desta população. Para os que passaram por aquele evento, a média de noites de internamento foi de 17,34.

Gráfico 10 – Distribuição dos idosos segundo evento de hospitalização - Recife - 2014



Fonte: Elaborado pela autora

5.3 Caracterização do cuidado prestado pelos cuidadores familiares de idosos

Os cuidadores entrevistados foram questionados acerca da rotina e características dos cuidados prestados aos idosos. Para estas variáveis relacionadas ao cuidado, considera-se um “n” igual a 144, pois 6 cuidadores cuidam de dois idosos. Neste caso, esta parte do questionário foi respondida duas vezes, já que os dados relacionados ao cuidado podem ser diferentes para cada idoso.

Observa-se, na Tabela 7, que para 41 cuidadores (29,1%) o tempo de cuidado prestado está na faixa mais de 1 ano a 4 anos, seguidos pelos que cuidam há mais de 4 anos a 9 anos, 27% (38). O tempo mínimo de cuidado neste estudo foi de 3 semanas e o máximo de 40 anos, com média de 7,7 anos e mediana de 6 anos.

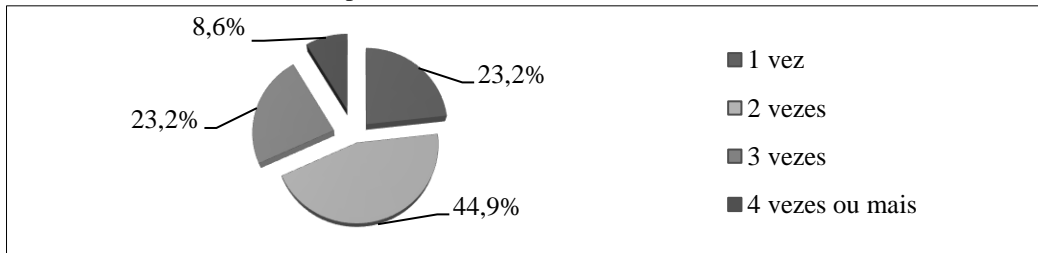
Tabela 7 – Distribuição dos cuidadores segundo as características do cuidado - Recife - 2014

Características do cuidado	n	%
Tempo de cuidado		
< 6 meses	5	3,5
6 meses a 1 ano	12	8,5
> 1 a 4 anos	41	29,1
> 4 a 9 anos	38	27,0
> 9 a 14 anos	20	14,2
> 14 anos	25	17,7
Carga horária diária de cuidado		
< 4 horas	3	2,1
4 a 8 horas	3	2,1
> 8 a 12 horas	13	9,2
> 12 e < 24 horas	4	2,8
24 horas	119	83,8
Precisa acordar à noite		
Não	73	50,7
Sim	71	49,3

Fonte: elaborado pela autora

Sobre a rotina noturna de cuidados (Tabela 7), 50,7% (73) dos cuidadores não necessitam acordar à noite para cuidar do idoso, enquanto 49,3% (71) disseram ser necessário fazer isso. Dentre os cuidadores que precisam prestar cuidados à noite, 44,9% (31) relataram acordar duas vezes por noite para tal (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Distribuição dos cuidadores de acordo com a frequência que acorda à noite para cuidar do idoso - Recife - 2014

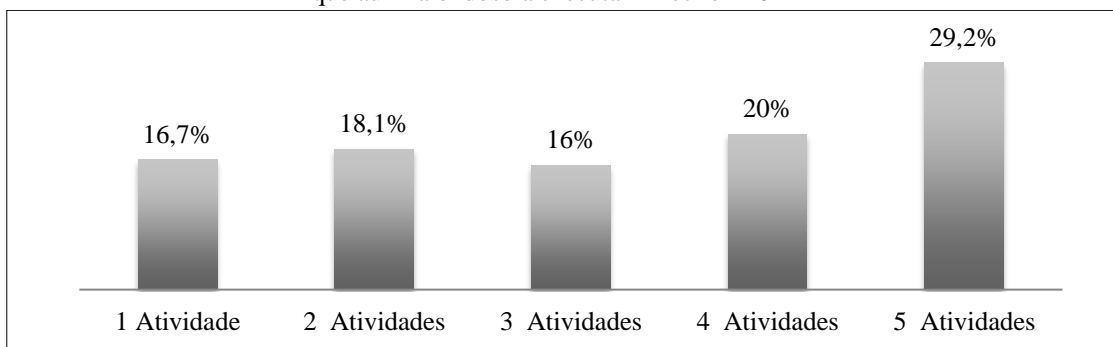


Fonte: Elaborado pela autora

Neste estudo, os cuidadores dão suporte a idosos dependentes em, ao menos, uma atividade cotidiana. Neste sentido, foram elencadas as atividades de alimentação (levar o alimento à boca), banho (acionar chuveiro/derramar água, usar produtos de higiene, enxugar), higiene pessoal (uso do vaso sanitário, usar fraldas), mobilidade (transferências, posicionamentos, deambulação dentro e fora do domicílio, uso da cadeira de rodas) e administração de medicamentos (selecionar a medicação e administrar nos horários estabelecidos).

Considerou-se também necessidade de ajuda a atuação do cuidador em alguma das etapas da atividade, mesmo que esta seja feita a partir de supervisão verbal durante a sua execução. O Gráfico 12 mostra que dos 138 cuidadores entrevistados, 42 (29,2%) auxiliam os idosos nas cinco atividades referidas.

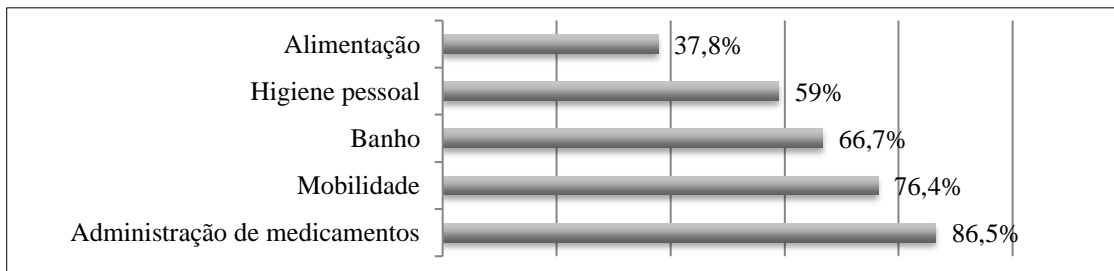
Gráfico 12 – Distribuição dos cuidadores de acordo com o número de atividades de vida diária em que auxilia o idoso a executar - Recife - 2014



Fonte: Elaborado pela autora

A partir da leitura do Gráfico 13, pode-se constatar que a administração de medicamentos é de responsabilidade de 86,5% (122) dos cuidadores, seguida da ajuda na mobilidade (transferências e deambulação), que é feita por 76,4% (110).

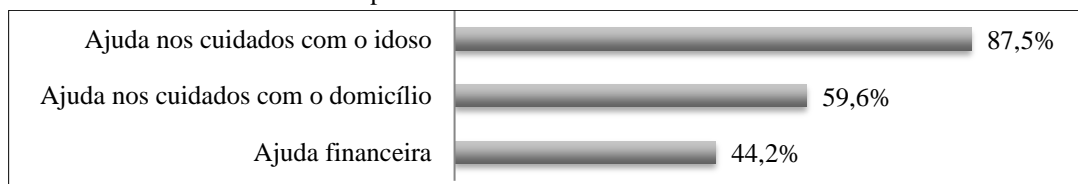
Gráfico 13 – Distribuição dos cuidadores segundo a atividade de vida diária em que auxilia o idoso a executar - Recife - 2014



Fonte: Elaborado pela autora

Por se tratar de estudo com cuidadores familiares, considerou-se que, para este tipo de cuidador, além da ajuda direta no cuidado com o idoso, a ajuda financeira e nas tarefas do domicílio também são formas de suporte no cuidado. Ao serem questionados sobre este compartilhamento de atividades, 72,9% (104) dos cuidadores afirmaram receber algum tipo de ajuda. Dentre os cuidadores que recebem ajuda (Gráfico 14), 87,5% (91) obtêm auxílio nos cuidados diretos com o idoso (nas atividades da vida diária deste), enquanto 59,6% (62) referiram ter ajuda para cuidar do domicílio. A ajuda financeira é relatada em menor escala, embora com um percentual relevante, de 44,2% (46), que mencionaram esse tipo de ajuda.

Gráfico 14 – Distribuição dos cuidadores de acordo com o tipo de suporte recebido para prestar os cuidados - Recife - 2014



Fonte: Elaborado pela autora

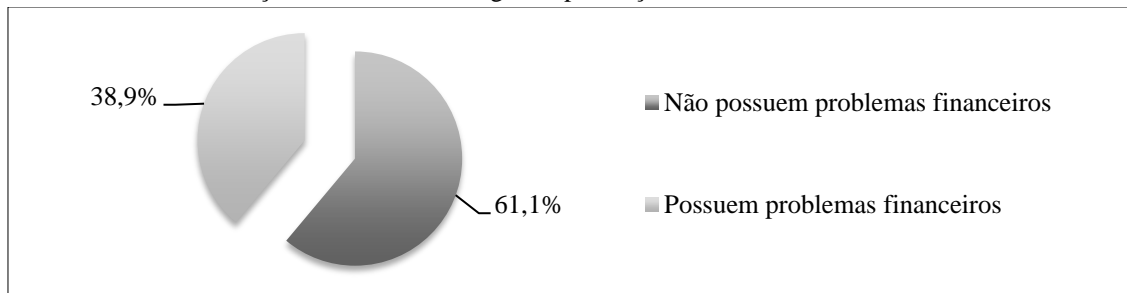
Quando se observaram os dados relativos às pessoas que fornecem o suporte nos cuidados, os irmãos ou as irmãs apareceram como maiores prestadores, já que 40,4% (42) do total disseram ter aquele membro familiar como auxiliar nas diversas tarefas cotidianas.

Da população estudada, 90,3% (130) coabitam com os idosos e um (0,7%) idoso mora só. Dentre estes cuidadores que moram com o idoso, 23,6% (34) moram só com o idoso. Os filhos e filhas dos cuidadores foram referidos com maior frequência quando se questionou quem reside no domicílio além do cuidador e do idoso. Isso corresponde, respectivamente, a 43,6% (48) e 39,1% (43).

No que se refere às dificuldades financeiras, 61,1% (88) afirmaram não passar por

problemas financeiros após se tornarem cuidadores (Gráfico 15).

Gráfico 15 – Distribuição dos cuidadores segundo presença de dificuldades financeiras - Recife - 2014



Fonte: Elaborado pela autora

5.4 Sobrecarga nos cuidadores familiares de idosos e principais características

A sobrecarga nos cuidadores foi medida pela escala de *Zarit Burden Interview* (ZARIT; ZARIT, 1987), validada para a população brasileira por Scazufca, em 2002. Dos 138 cuidadores entrevistados, apenas um (0,7%) não respondeu à escala, logo, os dados referentes a este cuidador não puderam ser considerados nesta parte da análise.

Salienta-se, mais uma vez, que 6 cuidadores cuidam de dois idosos, então, a escala de sobrecarga foi respondida duas vezes por aqueles profissionais. Desse modo, para esta etapa da pesquisa, houve 143 escalas analisadas.

Como descrito no método, este estudo utiliza a classificação de sobrecarga sugerida por Hebert et al. (2000), na qual a pontuação total com valores inferiores a 21 pontos representa ausência de sobrecarga; entre 21 e 40 pontos, sobrecarga de leve a moderada; entre 41 e 60 pontos, sobrecarga de moderada a severa; e entre 61 e 88 pontos, sobrecarga intensa.

Para os cuidadores entrevistados, a média da pontuação total da escala de sobrecarga foi de 31,74 pontos ($\pm 14,81$), sendo a menor pontuação 2 e a maior igual a 71. A maioria dos cuidadores, 51,7% (74), apresenta sobrecarga leve a moderada, conforme descrito na Tabela 8. Ao serem analisados apenas os 6 cuidadores com sobrecarga intensa, constatou-se que nenhum destes cuida de dois idosos.

Tabela 8 – Classificação da sobrecarga nos cuidadores familiares de idosos - Recife - 2014

Nível da sobrecarga	n	%
Ausência de sobrecarga	33	23,1
Sobrecarga leve a moderada	74	51,7
Sobrecarga moderada a severa	30	21
Sobrecarga intensa	6	4,2

Fonte: Elaborado pela autora

Analisando os resultados referentes à questão 22 da escala (Tabela 9), que trata de um questionamento geral sobre a percepção do cuidador relacionada à sobrecarga ao cuidar do idoso, percebeu-se que 28% (40) disseram que não se sentem nem um pouco sobrecarregados e outros 28% (40) afirmaram sentir-se um pouco sobrecarregados.

Tabela 9 – Resposta dos cuidadores para a questão 22 da ZBI - Recife - 2014

Resposta	n	%
Nem um pouco	40	28
Um pouco	40	28
Moderadamente	29	20,3
Muito	22	15,4
Extremamente	12	8,3

Fonte: Elaborado pela autora

Também se analisou a associação entre a sobrecarga e as características dos cuidadores, do idoso e do cuidado através de testes específicos. Para realizar estes testes, optou-se por distribuir os cuidadores em duas categorias relacionadas à pontuação total da escala de sobrecarga: ausência de sobrecarga e presença de sobrecarga (onde foram inseridos os 110 cuidadores com algum nível de sobrecarga). Ainda se salienta que algumas variáveis tiveram suas categorias reagrupadas quando foi pertinente.

Na busca por associação entre sobrecarga e as respostas da questão 22 da escala de sobrecarga (Tabela 10), constatou-se uma significância estatística entre a ausência de sobrecarga e o fato de perceber-se sem sobrecarga, mostrando que dos 33 cuidadores sem sobrecarga 24 (72,7%) afirmaram sentir-se “nem um pouco” sobrecarregados. Já na presença de sobrecarga, houve dispersão nas respostas dadas pelos cuidadores, existindo, assim, maior percentual para a resposta “um pouco” sobrecarregado.

Tabela 10 – Distribuição do cuidadores segundo sobrecarga e resposta à questão 22 da ZBI - Recife - 2014

Resposta Questão 22 ZBI	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Nem um pouco	24	72,7	16	14,5	0,0**
Um pouco	6	18,2	34	30,9	
Moderadamente	3	9,1	26	23,6	
Muito	0	0	22	20	
Extremamente	0	0	12	10,9	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: **Teste Qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$)

Com relação às características sociodemográficas dos cuidadores (Tabela 11), a sobrecarga se mostrou associada ao sexo, já que 93,6% (103) das mulheres apresentam sobrecarga. De maneira semelhante, a sobrecarga estabelece relação estatisticamente significativa com o parentesco, para o qual 74,5%(82) são filhos de cuidadores com sobrecarga. Já para as variáveis faixa etária, escolaridade e estado conjugal não se observaram associações significantes com a sobrecarga.

Tabela 11 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga por sexo, faixa etária, escolaridade, estado conjugal e parentesco com o idoso - Recife - 2014

Variável	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Sexo					0,048*
Masculino	6	18,2%	7	6,4%	
Feminino	27	81,8%	103	93,6%	
Faixa etária					0,330*
18 a 59 anos	22	66,7	79	72,5	
≥ 60 anos	11	33,3	30	27,5	
Escolaridade					0,644*
Não alfabetizado(a)	1	3	4	3,6	
Alfabetizado (1º ano)	0	0	2	1,8	
1ª a 4ª série (2º ao 5º ano)	5	15,2	27	24,5	
5ª a 8ª série (6º ao 9º ano)	11	33,3	26	23,6	
Ensino médio / Técnico	14	42,4	48	43,6	
Ensino superior	2	6,1	3	2,7	
Estado conjugal					0,329*
Sem companheiro(a)	15	45,5	57	51,8	
Casado(a)/Morando junto	18	54,5	53	48,2	
Esposo(a)/companheiro(a)	4	12,1	14	12,7	
Filho(a)	19	57,6	82	74,5	

Tabela 11 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga por sexo, faixa etária, escolaridade, estado conjugal e parentesco com o idoso - Recife - 2014

Variável	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Parentesco					0,014**
Irmão/Irmã	1	3	4	3,6	
Neto(a)	3	9,1	5	4,5	
Nora/Genro	5	15,2	1	0,9	
Outros parentes	1	3	4	3,6	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$);

**Teste Qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$)

A análise da associação da sobrecarga com variáveis relacionadas à vida produtiva do cuidador (Tabela 12) não revelou significância estatística para os seguintes aspectos: estudar, renda individual ou ter atividade remunerada.

Tabela 12 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com atividade educacional, renda individual e exercer atividade remunerada - Recife - 2014

Variável	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Estuda					0,589**
Não	31	93,9	104	94,5	
Sim	2	6,1	6	5,5	
Renda individual					0,386*
Sem renda	9	27,3	32	30,2	
< 1 salário mínimo	9	27,3	42	39,6	
1 salário mínimo	7	21,2	13	12,3	
> 1 salário mínimo	8	24,2	9	17,9	
Atividade remunerada					0,581*
Não	24	72,7	80	72,7	
Sim	9	27,3	30	27,3	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$);

**Teste Qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$)

De maneira semelhante às atividades produtivas, a sobrecarga não se associa de maneira significativa ao fato de o cuidador executar tarefas de cuidado para mais alguém além do idoso, o que se observa na Tabela 13, na qual se vê também que dos 110 cuidadores com sobrecarga, 54,5% (60) não cuidam de outra pessoa.

Tabela 13 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com cuidar de mais alguém além do idoso - Recife - 2014

Variável	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Cuida de mais alguém					0,459*
Não	19	57,6	60	54,5	
Sim	14	42,4	50	45,5	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

A sobrecarga estabelece associação significativa com a autopercepção de saúde dos cuidadores (Tabela 14). Dos cuidadores com sobrecarga, 45% referiram ter boa saúde. Se a autopercepção de saúde for dividida em duas categorias: positiva (ótima e boa) e negativa (ruim e péssima), notar-se-á que dos 109 cuidadores que possuem sobrecarga, 52,3% (57) percebem sua saúde de maneira positiva. Quando se analisam apenas os que percebem sua saúde negativamente, nota-se que estão quase todos sobrecarregados.

Tabela 14 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com a autopercepção de saúde e principais doenças autorreferidas - Recife - 2014

Variável	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Autopercepção de saúde					0,01**
Ótima	4	12,1	8	7,3	
Boa	24	72,4	49	45	
Ruim	4	12,1	34	31,2	
Péssima	1	3	18	16,5	
Hipertensão arterial					0,469*
Não	12	42,9	46	46	
Sim	16	57,1	54	54	
Doença de coluna/Dor nas costas					0,0*
Não	28	100	58	58	
Sim	0	0	42	42	
Diabetes					0,385*
Não	22	78,6	83	83	
Sim	6	21,4	17	17	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$);**Teste Qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$)

A Tabela 14 ainda revela que a sobrecarga se associa de maneira significativa à ausência de queixa de doença de coluna/dor nas costas. Para os 110 cuidadores com sobrecarga, 58% não relatam estas queixas. Já com a hipertensão arterial e o diabetes, a

sobrecarga não estabelece relação estatisticamente significativa.

Acerca da associação da sobrecarga com a procura por serviços de saúde, seja por internamento hospitalar, seja por consultas com profissionais de saúde, não se verificou significância estatística (Tabela 15). Embora a associação não seja significativa, avaliou-se que dos 33 cuidadores sem sobrecarga, 25 (75,8%) buscaram atendimentos em serviços de saúde e dos 110 com sobrecarga, 95 (86,4%) também o fizeram.

Tabela 15 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com hospitalização e busca por serviços de saúde - Recife - 2014

Variável	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Hospitalização					0,349*
Não	29	87,9	101	91,8	
Sim	4	12,1	9	8,2	
Busca por serviços de saúde					0,120*
Não	8	24,2	15	13,6	
Sim	25	75,8	95	86,4	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Ao analisar-se a relação da sobrecarga com uso de medicamentos prescritos por profissional de saúde, verificou-se que não existe significância estatística, como observado nos dados da Tabela 16. Da mesma forma, tomar medicamentos por conta própria não estabelece associação com a sobrecarga, apesar de a maioria dos cuidadores haver referido a prática da automedicação.

Tabela 16 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga e uso de medicamentos com prescrição profissional e automedicação - Recife - 2014

Características dos cuidadores	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Uso de medicamento com prescrição					0,273*
Não	8	24,2	35	31,8	
Sim	25	75,8	75	68,2	
Automedicação					0,604*
Não	5	15,2	17	15,5	
Sim	28	84,8	93	84,5	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Neste estudo, 35 cuidadores relataram ter hábitos de vida relativos à ingestão de bebida alcoólica e 23 cuidadores disseram fumar. Não se constatou associação destes hábitos de vida com a sobrecarga (Tabela 17).

Tabela 17 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com consumo de bebida alcoólica e tabagismo - Recife - 2014

Características dos cuidadores	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Consumo de bebida alcoólica					0,363*
Não	26	78,8	81	73,6	
Sim	7	21,2	29	26,4	
Tabagismo					0,299*
Não	29	89,9	90	81,8	
Sim	4	12,1	20	18,2	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

No que se refere ao uso do tempo livre, a sobrecarga se associa de maneira significativa à atividade de ouvir rádio e 65,1% (69) dos cuidadores com sobrecarga relataram ter este hábito (Tabela 18). Assistir à televisão é hábito de 90,6% (96) dos cuidadores que estão sobrecarregados e este dado se aproxima da significância ($p = 0,072$).

Tabela 18 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga e atividades executadas no tempo livre - Recife - 2014

Atividades no tempo livre	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Ouvir rádio					0,036*
Não	18	54,5	37	34,9	
Sim	15	45,5	69	65,1	
Assistir TV					0,072*
Não	7	21,2	10	9,4	
Sim	26	78,8	96	90,6	
Receber visitas					0,413*
Não	12	36,4	43	40,6	
Sim	21	63,6	63	59,4	
Atividade religiosa					0,355*
Não	13	39,4	36	34	
Sim	20	60,6	70	66	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

De acordo com os dados apresentados na Tabela 19, os cuidadores que possuem sobrecarga (75,5% : 83), de maneira significativa, referiram ter deixado de realizar alguma atividade após se tornarem cuidadores. Chama a atenção que 55,4% (46) dos 83 cuidadores sobrecarregados abandonaram alguma atividade relacionada ao lazer. Entretanto, ao analisar-se o tipo destas atividades abandonadas - trabalho, lazer, estudo, atividade física, atividade religiosa ou autocuidado - não se constata associação com a sobrecarga.

Tabela 19 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga e abandono de atividades - Recife - 2014

Abandono de atividades	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Abandonou alguma atividade					0,00*
Não	21	63,6	27	24,5	
Sim	12	36,4	83	75,5	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$);

No que se refere às características do idoso, como posto na Tabela 20, a sobrecarga não estabelece associação estatisticamente significativa com as variáveis sociodemográficas dos idosos: sexo, faixa etária, escolaridade, situação conjugal e renda. Observa-se que a maioria dos cuidadores com sobrecarga cuidam de idosos com baixa renda, que recebem até 1 salário mínimo.

Tabela 20 – Relação entre a sobrecarga e características sociodemográficas dos idosos - Recife - 2014

(continua)

Características do idoso	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Sexo					0,285*
Masculino	5	15,2	24	21,8	
Feminino	28	84,8	86	78,2	
Faixa etária					0,235*
65 a 79 anos	12	36,4	50	45,5	
≥ 80 anos***	21	63,6	60	54,5	
Escolaridade					0,492*
Não alfabetizado(a)	11	44	38	41,3	
Alfabetizado(a)	14	56	54	58,7	
Situação conjugal					0,403*
Sem companheiro(a)	26	78,8	82	74,5	
Casado(a)/Morando junto	7	21,2	28	25,5	

Tabela 20 – Relação entre a sobrecarga e características sociodemográficas dos idosos - Recife - 2014
(conclusão)

Características do idoso	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Renda					0,073**
< 1 salário mínimo	7	21,9	44	41,5	
1 salário mínimo	20	62,5	43	40,6	
> 1 salário mínimo	5	15,6	19	17,9	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$);

**Teste Qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$);

***N = 81 devido à perda de um cuidador que não respondeu às questões da ZBI e presta cuidados a um idoso de idade ≥ 80 anos.

Para este estudo, na associação da sobrecarga com o estado de saúde do idoso, não se observou significância estatística para os principais problemas relatados. Contudo constatou-se que a maioria dos cuidadores sobrecarregados cuidam de idosos com hipertensão arterial e esta associação se aproxima da significância estatística ($p = 0,054$) (Tabela 21).

Tabela 21 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com os principais problemas de saúde do idoso - Recife - 2014

Problemas de saúde do idoso	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Problemas Visuais					0,333*
Não	19	57,6	70	63,3	
Sim	14	42,4	40	36,4	
Diabetes					0,259*
Não	18	54,5	69	62,7	
Sim	15	45,5	41	37,3	
Hipertensão arterial					0,054*
Não	4	12,1	30	27,3	
Sim	29	87,9	80	72,7	
Déficit de memória/demência					0,333*
Não	19	57,6	70	63,3	
Sim	14	42,4	40	36,6	
Problemas Vasculares					0,27*
Não	27	81,8	82	74,5	
Sim	6	18,2	28	25,5	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

A Tabela 22 exhibe dados referentes ao uso de medicamentos pelo idoso, bem como à quantidade destes medicamentos. Estas variáveis não mantêm associação significativa com a sobrecarga, apesar de a maioria dos cuidadores sobrecarregados 60,2% (62) cuidarem de idosos que ingerem, na sua maioria, de 3 a 6 tipos de medicamentos diferentes. A hospitalização do idoso, de maneira semelhante, não se associa à sobrecarga.

Tabela 22 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com características relacionadas ao uso de medicamentos pelo idoso e evento de hospitalização - Recife - 2014

Características do idoso	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Uso de medicamentos					0,579*
Não	1	3	5	4,5	
Sim	32	97	105	95,5	
Quantidade de medicamentos					0,996**
≤ 2	8	25	24	23,3	
3 a 6	19	59,4	62	60,2	
7 a 10	4	12,5	14	13,6	
> 10	1	3,1	3	2,9	
Hospitalização					0,077*
Não	25	78,1	69	62,7	
Sim	7	21,9	41	37,3	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$);

**Teste Qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$)

Ao serem averiguadas as características do cuidado prestado (Tabela 23), constatou-se que a sobrecarga não estabelece associação significativa com o tempo de cuidado e nem com a carga de trabalho diária em que se cuida do idoso. De maneira similar, não existe associação estatisticamente significativa entre a sobrecarga e a rotina de cuidados noturnos, ou seja, o fato de acordar à noite para executar alguma tarefa de cuidado junto ao idoso.

Tabela 23 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com tempo de cuidado, carga horária diária de cuidados, acordar à noite e frequência que acorda à noite - Recife - 2014

(continua)

Características do cuidado	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Tempo de cuidado					0,174*
≤ 1 ano	6	18,2	10	9,3	
> 1 ano a 4 anos	10	30,3	31	29	
> 4 a 9 anos	11	33,3	27	25,2	
> 9 anos	6	18,2	39	36,4	

Tabela 23 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com tempo de cuidado, carga horária diária de cuidados, acordar à noite e frequência que acorda à noite - Recife - 2014 (conclusão)

Características do cuidado	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Carga horária					0,327*
< 24 horas	4	12,1	19	17,6	
24 horas	29	87,9	89	82,4	
Acorda à noite					0,492*
Não	21	63,6	52	47,3	
Sim	12	36,4	58	52,7	
Número de vezes que acorda à noite					0,438**
1 vez	2	16,7	13	23,2	
2 vezes	4	33,3	27	48,2	
3 vezes	5	41,7	11	19,6	
4 vezes ou mais	1	8,3	5	8,9	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$);

**Teste Qui-quadrado de Pearson ($p \leq 0,05$)

Apesar de a maioria dos cuidadores auxiliarem os idosos em suas atividades diárias, os dados presentes na Tabela 24 revelam que a sobrecarga não mantém associação significativa estatisticamente com as atividades da alimentação, banho, higiene pessoal, mobilidade e administração de medicamentos. Da mesma maneira, não se observa associação entre a sobrecarga.

Tabela 24 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com as atividades diárias em que ajudam os idosos e se recebem ajuda para cuidar - Recife - 2014

(continua)

Características do cuidado	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Atividade em que ajuda o idoso					
Alimentação					0,346*
Não	19	57,6	69	63,3	
Sim	14	42,4	40	36,7	
Banho					0,575*
Não	11	33,3	37	33,3	
Sim	66	22,7	73	66,4	
Higiene pessoal					0,484*
Não	13	39,4	46	41,8	
Sim	20	60,6	64	58,2	

Tabela 24 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com as atividades diárias em que ajudam os idosos e se recebem ajuda para cuidar - Recife - 2014

Características do cuidado	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
(conclusão)					
Atividade em que ajuda o idoso					
Mobilidade					0,555*
Não	8	24,2	26	23,6	
Sim	25	75,8	84	76,4	
Administração de medicamentos					0,122*
Não	7	21,2	12	11,2	
Sim	26	78,8	95	88,8	
Recebe ajuda					0,256*
Não	7	21,2	32	29,1	
Sim	26	78,8	78	70,9	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Entre os cuidadores que apresentam sobrecarga e são recebedores de algum tipo de ajuda para prestar os cuidados, a maioria afirmou adquirir suporte para tomar conta do idoso ou do domicílio. Já entre os que não recebem ajuda financeira, a sobrecarga se faz presente. Entretanto, este fator não se associa de maneira significativa com os achados relacionados ao tipo de ajuda recebida pelos cuidadores (Tabela 25).

Tabela 25 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo como tipo de ajuda recebida pelo cuidador - Recife - 2014

Tipo de ajuda recebida	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Ajuda financeira					0,481*
Não	15	57,7	42	54,5	
Sim	11	42,3	35	45,5	
Ajuda nos Cuidados com o domicílio					0,484*
Não	10	38,5	32	41,6	
Sim	16	61,5	45	58,4	
Ajuda nos Cuidados com o idoso					0,424*
Não	4	15,4	9	11,7	
Sim	22	84,6	68	88,3	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

A maioria dos cuidadores que tem sobrecarga reside com o idoso, 90% (99), entretanto

esta associação entre sobrecarga e morar com o idoso não possui significância estatística (Tabela 26).

A Tabela 26 ainda revela, no que se refere à vida financeira dos cuidadores, que a sobrecarga está presente na vida dos que relatam não ter problemas financeiros (51,8% : 57), havendo significância estatística para esta associação. Da mesma maneira, para os que não possuem sobrecarga, não existe queixa de dificuldade financeira.

Tabela 26 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga de acordo com morar com o idoso e problemas financeiros - Recife - 2014

Características do cuidado	Ausência de sobrecarga		Presença de sobrecarga		p-valor
	n	%	n	%	
Mora com o idoso**					0,59*
Não	3	9,1	11	10	
Sim	30	90,9	99	90	
Problemas financeiros					0,0*
Não	31	93,9	57	51,8	
Sim	2	6,1	53	48,2	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste exato de Fisher ($p \leq 0,05$);

** Um idoso da amostra mora só, portanto n = 143

6 DISCUSSÃO

Ainda que o envelhecimento ativo seja estimulado pela Organização Mundial de Saúde, na população brasileira ainda é real a necessidade de suporte para o desempenho das atividades cotidianas pelos idosos. Cerca de 40% necessitam de auxílio para a execução de pelo menos uma AIVD e cerca de 10% necessitam de ajuda para executar as suas AVD (DUCA; THUMÉ; HALLAL, 2011; KARCH, 2003).

Apesar de no Brasil a ocupação de cuidador ser formal desde 2002 (BRASIL, 2002), a família ainda é a principal responsável pelos cuidados dos idosos, considerando que essa é uma questão cultural, em especial no Nordeste brasileiro. Nesta região do país, as relações de apoio e coabitação parentais são marcantes e se associam a dúvidas operacionais sobre o papel e funções do cuidador. Assumir o papel principal no cuidado do idoso dependente tem relação com os custos financeiros envolvidos na contratação de um cuidador formal, haja vista que este se enquadra na categoria de trabalhador doméstico, envolvendo todos os custos e cargas horárias preconizadas.

Desse modo, ser cuidador de idoso se torna mais um papel desempenhado pelos familiares e a sobrecarga gerada por essa atividade vem sendo estudada por pesquisadores nacionais e internacionais, sendo constatada a sua multidimensionalidade, pois envolve diversos aspectos da vida do cuidador. Vale salientar que as comparações entre os estudos com cuidadores de idosos guardam limitações importantes, já que utilizam metodologias, populações e contextos bem distintos.

6.1 Perfil dos cuidadores familiares de idosos

Os cuidadores neste estudo são essencialmente do sexo feminino e filhas dos idosos, algo esperado diante do que apontam os estudos nacionais. Portanto, os dados da presente amostra demonstraram que as responsáveis pelo cuidado do idoso dependente, na população estudada, são as filhas e não os cônjuges (esposas/companheiras). Isso pode estar associado ao fato de a maioria dos idosos na amostra estudada ser viúva.

Algumas pesquisas mostram que as mulheres são as principais cuidadoras e que as filhas têm destaque neste papel de cuidar (LOUREIRO et al., 2013; SEIMA, LENARDT,

CALDAS, 2014; STACKFLETH et al., 2012). Em especial, no estudo de Wachholz et al. (2013) foi relatado que 93,3% da amostra era composta por filhas cuidadoras, dado similar ao encontrado nos registros desta pesquisa (91,3%). Também de acordo com estudo realizado com 1200 idosos de Recife, em 2012, 45,9% (551) relataram que esperam contar com o suporte das filhas caso fiquem doentes ou incapacitados (BARRETO, 2012).

No cenário internacional, os cuidadores na sua maioria são as esposas, haja vista que nos países desenvolvidos o índice de natalidade é menor e as esposas acabam por assumir a responsabilidade de cuidar de seu companheiro dependente (GRATÃO, 2010). Entretanto, diferentemente do trabalho citado e corroborando com a presente pesquisa, Akpinar et al. (2012), em estudo realizado na Turquia com cuidadores de pessoas idosas com Demência de Alzheimer, revelam que dos 192 cuidadores entrevistados, 37% da amostra era constituída por filhas, seguidas das esposas (34%). De maneira similar, Ricarte (2009), em Portugal, observou que a maioria das cuidadoras estudadas eram filhas dos idosos.

Culturalmente, as mulheres assumem papel de cuidadoras na família, dividindo esta responsabilidade com atividades produtivas e outras obrigações (BRAZ; CIOSAK, 2009). Em diversas sociedades, a mulher é posta como provedora dos cuidados ao longo da vida – com os filhos, companheiros, domicílio, enfermos e idosos dependentes. Na maioria das vezes, estas habilidades relacionadas ao cuidado passam de geração em geração, segundo Braz, Ciosak (2009) e Gratão (2010). Esta última autora ainda defende que o arranjo familiar, essencialmente nuclear, no mesmo espaço de moradia determina a mulher como primeira escolha para exercer a função de cuidar, que recai predominantemente sobre as cônjuges/companheiras e filhas do idoso.

A média de idade na população estudada é de 51,83 anos ($\pm 12,85$), sendo a maioria dos cuidadores pertencentes à faixa etária de 50 aos 59 anos, achado possivelmente relacionado ao fato de ser filho. Este resultado é semelhante aos achados de Loureiro e outros (2013) em estudo feito na cidade de João Pessoa – PB, no qual a idade média dos cuidadores foi de 52,62 ($\pm 14,4$). Vale destacar que alguns estudos internacionais mostram idades médias de suas amostras próximas dos 60 anos (FLORES; RIVAS; SEGUEL, 2012; SHANKAR et al., 2014). Gratão (2010) mostra que, para os estudos internacionais, as médias de idade tendem a ser superiores às encontradas no Brasil e atribui essa diferença, possivelmente, à

elevada expectativa de vida dos países desenvolvidos, o que possibilita que a idosa se torne cuidadora de seu companheiro idoso.

Apesar de ter destaque a faixa etária de 50 a 59 anos, chama a atenção o fato de o presente estudo haver encontrado 29,2% (40) de cuidadores com idade superior aos 60 anos, o que se aproxima de resultados de estudos realizados por Loureiro et al. (2013) e por Nardi, Sawada, Santos (2013), nos quais quase metade da amostra era composta por cuidadores que também eram idosos. Este último estudo refere que ter idosos cuidando de seus parentes idosos traz preocupações, pois aqueles acabam negligenciando os próprios cuidados com a saúde e assumem tarefas para as quais não estão preparados. Isso poderia gerar comprometimento físico e emocional, refletindo-se negativamente nos cuidados prestados.

Por outro lado, Salgueiro e Lopes (2010) referem que cuidadores pertencentes ao grupo etário mais velho se adaptariam melhor à situação de dependência do idoso por estarem em uma fase do ciclo de vida em que as preocupações com o mundo laboral e com os filhos diminuiriam, por estes já serem adultos e independentes.

Quanto ao estado conjugal, os indivíduos que possuem companheiro são quase metade (48,6%) da população entrevistada, seguidos pelos que são solteiros ou nunca casaram (31,2%). Pesquisas realizadas no cenário nacional e internacional, no Chile e em Portugal, constataram que grande parte dos cuidadores eram casados ou tinham união consensual (CUNHA, 2011; FLORES; RIVAS; SEGUEL, 2012; LOUREIRO et al., 2013; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013). Estes dados sugerem que essa característica está dissociada da região do Brasil em que os cuidadores residem e que está consoante aos estudos realizados na América Latina. Em particular, Gratão (2010) defende que ter um companheiro pode ser um fator positivo para quem exerce o cuidado, já que o parceiro pode diminuir os sentimentos de solidão e fornecer apoio nas tarefas.

Os cuidadores em questão se revelaram com níveis de escolaridade médio, pois concluíram o ensino médio ou fizeram um curso técnico, seguidos em termos percentuais pelos que estudaram do 6º ao 9º ano do ensino fundamental. Os dados do estudo em tese se aproximam dos achados de Seima e Lenardt (2011) que encontraram nível de escolaridade maior que 8 anos para 71% de sua amostra. Já no estudo de Loureiro et al. (2013), a maioria dos cuidadores possuíam ensino fundamental, seguidos pelos que estudaram até o ensino

médio. Em Recife, segundo o último censo demográfico (IBGE, 2010), 29% da população possuía nível médio de escolaridade, sendo este percentual superado por aqueles que não possuem instrução formal ou cursaram parte do ensino fundamental (39,6%).

Diferentemente desses achados, alguns estudos referem que grande parcela dos cuidadores familiares possuem baixos níveis de escolaridade (FERNANDES; GARCIA, 2009; GRATÃO, 2010). Nota-se, pois, que não existe um perfil estabelecido quanto ao nível de escolaridade do cuidador. Este fator aparenta depender do contexto em que ele esteja inserido e de sua história de vida.

Apesar de ter nível de escolaridade considerado médio, a população em questão sobrevive com menos de um salário mínimo por mês, já outros sequer possuem alguma fonte de renda. Este resultado foi similar ao encontrado por Anjos, Boery e Pereira (2014). Acrescente-se, ainda, que a maioria dos cuidadores da presente pesquisa referiram não possuir atividade remunerada tanto fora como dentro do domicílio.

Os dados encontrados por alguns autores sugerem que a tarefa de cuidar de um familiar idoso não é compatível com atividade profissional, já que a maioria dos cuidadores familiares entrevistados em outros estudos não possui atividade remunerada (ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014; RICARTE, 2009; SEIMA; LENARDT, 2011). Sendo assim, os entrevistados são indivíduos em idade produtiva que, provavelmente, afastaram-se de suas atividades de trabalho para exercer o papel de cuidador.

A auto-avaliação do estado de saúde tem recebido atenção dos pesquisadores e se tornou um indicador associado ao declínio funcional e de mortalidade, especialmente entre a população idosa. Tem sido empregada por ser uma variável simples de ser obtida e tem potencial de sintetizar uma complexa interação de fatores envolvidos na saúde dos indivíduos (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; DESALVO; MUNTNER, 2011).

No presente estudo, constatou-se que grande parte dos cuidadores entrevistados percebe sua saúde de maneira positiva, com destaque para os que a percebem como boa (terceiro nível numa escala de quatro categorias). De maneira semelhante, alguns estudos constataram elevados percentuais de cuidadores com percepção positiva da saúde, como os

participantes do estudo de Valente et al. (2011) e Gonçalves et al. (2013). Já os cuidadores do estudo de Seima, Lenardt e Caldas (2014) avaliaram a saúde como boa ou razoável.

Embora a maioria dos cuidadores do estudo em tese refira-se à própria saúde de maneira positiva, uma parcela (40,8%) a percebe negativamente (ruim/péssima) como constatado nos achados de Ricarte (2009), em que os cuidadores avaliam a saúde de maneira negativa, como fraca ou muito fraca. Verifica-se também que a percepção subjetiva de saúde é uma interpretação pessoal feita pelos indivíduos sobre sua própria saúde. Essa interpretação depende das experiências pessoais, dos objetivos e das estratégias que utilizam para lidar com adversidades podendo se relacionar, ainda, com a condição física e funcional do sujeito (DESALVO; MUNTNER, 2011; FREITAS et al., 2010).

O estudo de Souza et al. (2008) mostrou que níveis mais baixos de escolaridade estariam associados à percepção regular ou ruim da saúde e à presença de limitações físicas. Apesar de a amostra do estudo evidenciar a presença de doenças, em especial a hipertensão arterial, os sujeitos possuem nível médio de escolaridade e buscam por serviços de saúde, o que pode justificar a percepção positiva de saúde.

Apesar de as tarefas desempenhadas pelo cuidador serem contínuas, um imenso percentual dos cuidadores entrevistados (84,8% : 117) referiram ter buscado algum serviço de saúde nos 12 meses que antecederam as entrevistas, o que pode ser um fator a contribuir para a boa percepção de saúde desta população. Esta é uma relevante descoberta para a presente investigação, já que é comum o cuidador deixar em segundo plano os cuidados com a própria saúde em detrimento da presença constante ao lado do idoso (GRATÃO, 2010). Vale salientar que os indivíduos são caracterizados por receberem ajuda nas tarefas de cuidar, o que pode facilitar o autocuidado.

No que diz respeito aos problemas de saúde autorreferidos com maior frequência, verifica-se que a hipertensão arterial se destaca. Os achados de Gonçalves et al. (2006) já mostravam a hipertensão arterial como principal doença apontada pelos cuidadores de Florianópolis – SC. Fato também semelhante ao estudo de Amendola, Oliveira e Alvarenga (2008) realizado em outra cidade do mesmo estado. Estudos mais recentes ainda mostram a hipertensão como principal doença autorreferida pelos cuidadores ou como uma das quatro

mais frequentes (SEIMA; LEINARDT; CALDAS, 2014; SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012).

As altas frequências dessa doença no presente estudo podem se dever à dificuldade em seguir hábitos de vida saudável por causa da vulnerabilidade social do território. De outro modo, por se tratar de um estudo realizado em área adstrita à Estratégia Saúde da Família, o diagnóstico precoce da hipertensão arterial pode ser mais frequente. Outros dados que fortalecem esta última hipótese para a população estudada é que a hipertensão arterial também aparece como causa mais referida para o uso de medicamentos prescritos por um profissional. Sendo assim, as mulheres, que constituíram essencialmente a amostra, buscaram os serviços de saúde nos 12 meses anteriores às entrevistas. Pinheiro et al. (2002) verificou que na busca por serviços de saúde as mulheres se destacam quando comparadas aos homens, numa diferença de mais de 15 pontos percentuais.

Doenças da coluna ou dores nas costas são o segundo agravo mais referido pelos cuidadores no estudo em questão e podem estar relacionadas ao auxílio na mobilidade do idoso, segunda atividade mais apontada pelos cuidadores. No estudo de Silva, Passos e Barreto (2012) aqueles agravos aparecem como os mais frequentemente referidos, igualmente aos achados de Valente et al. (2011) os quais revelaram que a síndrome da dor tem destaque entre os problemas físicos. Em relação a estes problemas físicos, outros estudos mostram que os cuidadores de idosos se queixam principalmente de dores, por auxiliarem na mobilidade do idoso, além de ressaltarem também cefaleia tensional, astenia, fadiga crônica e alterações no ciclo sono-vigília (MAFRA, 2011; VALENTE et al., 2011).

Grande parcela dos cuidadores revelou fazer usos de medicamentos seja com prescrição profissional, seja sem esta prescrição (automedicação). Com relação ao uso com prescrição, a maioria dos cuidadores referiu utilizar algum medicamento para controlar a hipertensão arterial e o diabetes, resultado semelhante ao encontrado por Silva, Passos e Barreto (2012) que identificaram uso frequente de anti-hipertensivos e antidepressivos em sua amostra. Com relação à automedicação, percebeu-se que as dores nas costas e a cefaléia motivam esta prática entre os cuidadores participantes, entretanto o uso indiscriminado de fármacos não é comumente investigado pela literatura. Mas o estudo de Fernandes e Garcia (2009) identificou que a minoria dos cuidadores entrevistados pelas autoras tinha o hábito de se automedicar e, quando o fazia, era para acalmar-se ou para dormir.

Camargos et al. (2012) investigaram se o uso de medicamentos psicotrópicos por cuidadores de idosos com demência seria um sinal de sobrecarga. Segundo este estudo, 14% dos cuidadores relataram ingerir este tipo de fármaco, sendo os anti-depressivos os mais citados. Os autores discutem que o uso estaria acima da média do encontrado em outros estudos (cerca de 10%). Eles defendem que o uso demasiado de psicotrópicos pode ser um sinal indicativo indireto de sobrecarga e pode relacionar-se com a severidade da doença do idoso cuidado, baixos níveis educacionais, pobre estado de saúde, elevados níveis de estresse e perda de atividades sociais e de lazer. Neste sentido, a presente pesquisa não obteve dados relevantes. Isto é, não foi possível observar o hábito de uso deste tipo de fármaco.

Ao serem analisadas as atividades realizadas no tempo livre, apontadas pela população entrevistada, percebeu-se que as maiores frequências são daquelas que acontecem dentro do domicílio, em especial, ouvir rádio. As atividades religiosas também foram bastantes relatadas. Estas últimas são referidas como principal atividade social exercida pelos cuidadores no estudo de Amendola (2008). Já Silva, Passos e Barreto (2012), em seu estudo, observaram que 79,3% dos cuidadores tinham alguma atividade de lazer e 53,5% praticavam esportes, porém estes autores não detalham estas atividades de lazer, o que impossibilita uma comparação mais aprofundada.

Sobre as atividades físicas, Loi et al. (2014) realizaram revisão da literatura e constataram que elas trazem benefícios aos cuidadores, como a diminuição do estresse, da depressão e da sobrecarga, sendo a prática da caminhada enfatizada pelos autores. Neste sentido, há em Recife, desde 2002, o Programa Academia da Cidade, que foi modelo para o programa nacional “Academia da Saúde”.

Trata-se de uma política de promoção de saúde pautada na atividade física e no lazer, em que se promovem atividades físicas, avaliação nutricional e de aptidão física. Compõe a rede de Atenção Básica, sendo referência para o enfrentamento da hipertensão arterial, diabetes e possui acesso livre (CRUZ, 2006). As atividades são promovidas em polos distribuídos em todos os distritos sanitários da cidade, existindo a articulação desta política com os demais serviços da rede de saúde, incluindo a saúde da família (CRUZ, 2006). Salienta-se que no território do presente estudo existem dois polos da Academia da Cidade com atividades em diversos horários diurnos e noturnos, nos quais poderiam estar inseridos os

cuidadores familiares entrevistados, devido à proximidade com o domicílio e por causa da gratuidade dos serviços.

Vale ressaltar que ao serem questionados sobre o abandono de atividades após terem se tornado cuidadores, os entrevistados mostraram ter abandonado alguma atividade, que se relacionava ao desempenho do lazer (principalmente sair, passear, viajar, ir à praia), seguida das atividades de trabalho. Isso mostra que as atividades exercidas terminam por adequar-se à rotina do cuidador e fiquem restritas ao lar, fazendo com que, assim, atividades extradomiciliares sejam substituídas pelas intradomiciliares. Oliveira e outros (2011) acrescentam que a falta de tempo para o lazer, a restrição no convívio social e as dificuldades financeiras frente ao abandono de atividades laborais se somam ao desgaste físico e emocional advindos do cuidado.

6.2 Perfil dos idosos cuidados

A maioria dos idosos cuidados são do sexo feminino, assim como seus cuidadores. Como apresentado, a média de idade é elevada (81,4 anos) com desvio padrão de 8,65. Alguns estudos sobre a população idosa com dependência funcional, assim como este, mostram médias de idade elevadas, maiores que 80 anos, e que as mulheres idosas ainda são a maioria (BRITO et al., 2012; GRATÃO et al., 2013; NOGUEIRA et al., 2010; SHANKAR et al., 2014). Entre os idosos da amostra, percebeu-se que mais da metade (56,9%) possui idade igual ou superior a 80 anos. Rosa et al (2003) defendem que a dependência não é um aspecto associado ao sexo, e sim, à idade do indivíduo. Esses autores ainda apontam que a dependência é cerca de 25 vezes maior para os idosos longevos, com 80 anos e mais, comparados aos idosos com idade entre idade 60 e 64 anos.

Giacomin et al. (2008), em estudo feito na cidade de Belo Horizonte – MG, também encontraram associação entre a dependência funcional e ter idade igual ou superior a 80 anos, porém para este estudo o fato de ser do sexo feminino também se associa com ser dependente. Os autores explicam que a incapacidade está presente em ambos os sexos, mas se destaca nas mulheres possivelmente:

(...) pela maior sobrevivência das mulheres em relação aos homens, maior prevalência de condições incapacitantes não-fatais entre as mulheres (osteoporose, osteoartrite e depressão, por exemplo) e maior habilidade de a mulher reportar maior

número de condições de saúde em relação aos homens da mesma faixa etária (GIACOMIN et al., 2008, p. 1264).

Mais de 40% dos idosos no presente estudo são analfabetos, seguidos por aqueles que concluíram alguma série entre 1^a a 4^a (ensino primário/fundamental 1). Semelhante a esse achado, o estudo de Barreto (2012) constatou que dos 1200 idosos residentes em 56 bairros de Recife, 32,2% eram analfabetos e outros 29,6% cursaram os anos iniciais do ensino fundamental (antigo primário). Isso mostra que o nível de escolaridade para a população idosa é baixo e o analfabetismo ainda possui elevados índices, o que pode contribuir para menor competência no enfrentamento das adversidades nesta fase da vida, pois a velhice com adoecimento e dependência exige estratégias específicas.

Outro dado importante que caracteriza os idosos do presente trabalho é a quantidade de viúvos, que totalizam 85 (59%), o que pode explicar a grande quantidade de cuidadores filhos dos idosos. Diferentemente dos dados da presente amostra, Stackfleth et al. (2012) e Pereira et al. (2013) constataram que nas suas amostras investigadas prevaleciam os idosos casados. Já em estudo de Loureiro e et al. (2013) foram encontradas quantidades próximas de idosos casados e viúvos, sendo que, por sexo, dentre as mulheres, predominou a viuvez. No estudo que ora se apresenta, vale lembrar que quase 80% dos idosos cuidados são do sexo feminino e isso pode estar relacionado ao predomínio de viúvos.

A maioria dos idosos da pesquisa em questão recebe 1 salário mínimo mensalmente e muitos vivem com menos de 1 salário. Em inquérito domiciliar realizado na cidade de Recife, dos 1056 idosos com renda, 547 (51,8%) referiram receber 1 salário mínimo por mês (BARRETO, 2012). Em estudo comparativo dos dados da PNAD de 1998 e 2003 (LIMA-COSTA; MATOS; CAMARANO, 2006), constatou-se que os idosos dos níveis mais baixos de renda apresentavam piores condições de saúde e pior função física. Já no trabalho de Giacomini et al. (2008), não se encontrou associação entre renda do idoso e sua capacidade funcional.

Quanto às condições de saúde dos idosos relatadas pelos cuidadores, a grande maioria possui diagnóstico de hipertensão arterial, semelhante aos achados para os cuidadores, seguida pela diabetes e demência/déficit de memória. As informações de Recife sobre a hipertensão arterial contidas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)

mostram que os idosos (60 anos e mais) representam 54,6% da população maior de 15 anos (BARRETO; VALENÇA; FREESE, 2012). Em investigação feita em Recife, mesmo com população e método diferentes, Barreto (2012) constatou que os idosos referiram mais frequentemente ser acometidos pela hipertensão arterial. No estudo de Alves et al. (2008), a hipertensão arterial esteve presente nos idosos com incapacidade funcional. Ainda nesta lógica, Giacomini et al. (2008) encontraram associações entre a incapacidade classificada como leve/moderada e a hipertensão arterial e a artrite; já o diabetes e o acidente vascular cerebral se associaram à incapacidade grave.

Em estudo realizado em João Pessoa – PB, Brito e outros (2012) constataram que os idosos que possuíam cuidadores eram acometidos, mais frequentemente, por hipertensão arterial, problemas vasculares, doenças reumáticas, depressão, osteoporose e diabetes.

Ainda em relação à saúde dos idosos cuidados, 95,8% relataram, no presente trabalho, fazer uso de algum medicamento continuamente, resultado próximo aos achados de alguns estudos brasileiros, nos quais se observa que mais de 80% dos idosos utilizam medicamentos de maneira contínua. Em relação às pesquisas internacionais, o percentual chega perto de 100% (FLORES; BENVENÚ, 2008; JUNIUS-WALKER; THEILE; PRADIER, 2007; ROZENFELD; FONSECA; ACURCIO, 2008). Este elevado percentual de administração de medicamento pode ser justificado pelas condições de saúde dos idosos deste estudo no qual se destacam as doenças crônicas não transmissíveis.

A amostra do estudo em questão revelou que 71 idosos (52,6%) utilizam de 2 a 4 medicamentos, o que de acordo com o Centro Ibero-Americano para a Terceira Idade (apud SILVA; SCHMIDT; SILVA, 2012) não é considerado polifarmácia – caracterizada pela utilização de cinco ou mais medicamentos. No entanto, vale salientar que um percentual importante (52 idosos, isto é, 38,6%) utiliza de cinco a onze medicamentos e a principal atividade de apoio referida pelos cuidadores é administração de medicamentos.

Buscando investigar esse uso pelos idosos, foi realizado inquérito domiciliar em Fortaleza – CE, abrangendo diferentes estratos socioeconômicos e relacionando isso ao tipo de prescrição medicamentosa (medicamento prescrito, não prescrito e inadequado) (COELHO FILHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004). Para os autores da pesquisa, quanto menor o nível socioeconômico do idoso e maior necessidade de auxílio para realizar ao menos uma

AVD, maior a utilização de medicamentos, sendo os mais destacados aqueles não prescritos por profissionais de saúde. Entretanto, tal característica não foi investigada pelo presente estudo. Desse modo, não se pode afirmar se os medicamentos utilizados pelos idosos possuíam prescrição.

No que se refere à hospitalização, mais de 66% dos idosos do estudo em tese não passaram por este evento nos 12 meses que antecederam as entrevistas. Entretanto, dentre os que foram internados, a média de permanência no hospital foi alta, cerca de 17 dias.

Estudo feito com base no Sistema de Informações de Hospitalares (SIH/SUS) (AMARAL et al., 2004) verificou que o internamento entre idosos esteve associado ao elevado tempo de permanência hospitalar e que os idosos com 80 anos e mais representaram menor parcela entre os internados. Os autores da pesquisa ainda identificaram que os motivos mais frequentes para a internação da população idosa são: as doenças infecciosas e parasitárias; as doenças do aparelho respiratório; os transtornos mentais e comportamentais; as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; as doenças do aparelho circulatório; e as neoplasias.

6.3 Caracterização do cuidado prestado pelos cuidadores familiares de idosos

No que se refere ao tempo em que o cuidado foi prestado, os dados revelaram que os cuidadores do presente estudo exerciam as atividades relacionadas ao cuidar há um tempo médio de 7,7 anos ($\pm 6,68$; mediana igual a 6 anos). Sendo assim, 29,1% (41) relataram desempenhar aquela tarefa de 1 a 4 anos. Este percentual também está muito próximo dos que cuidam há mais de 4 anos e menos de 9 (27% : 38).

No estudo de Amendola e outros (2008), o tempo como cuidador encontrado foi superior, pois a média foi de 9,8 anos ($\pm 9,6$), com mediana igual à encontrada no estudo em tese, que revelou também que mais de 60% dos cuidadores entrevistados exercem o cuidado entre 1 e 5 anos. Fato semelhante ao tempo encontrado por Flores, Rivas e Seguel (2012).

Quanto à carga horária diária de cuidados, os cuidadores entrevistados relataram cuidar por 24 horas, o que caracteriza uma supervisão contínua do idoso. Alguns estudos salientam que é comum os cuidadores se dedicarem ao cuidado integral e sem descanso

(ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014; FLORES; RIVAS; SEGUEL, 2012; GONÇALVES et al., 2006; RICARTE, 2009). Apesar de a expressiva maioria dos cuidadores realizar o cuidado continuamente, a metade dos cuidadores relatou não precisar acordar à noite para prestar cuidados ao idoso. Isso pode remeter à interpretação de que a expressão “24 horas” é uma maneira de enfatizar a rotina de cuidados contínuos.

A grande maioria dos entrevistados auxilia os idosos nas cinco atividades (4 AVD e 1 AIVD) elencadas neste estudo para analisar a rotina de cuidados. Quando se analisaram as atividades individualmente, encontrou-se que mais de 80% dos cuidadores são responsáveis pela administração dos medicamentos, revelando que pode haver limitações nas funções percepto-cognitivas dos idosos cuidados. Já a mobilidade é a segunda AVD mais frequentemente auxiliada pelos cuidadores do estudo em tese. De modo similar, Gonçalves e outros (2006) revelam que na sua amostra estudada, os cuidadores ajudavam os idosos em atividades que exigiriam integridade das funções perceptuais e cognitivas (gerenciamento da vida, fazer compras e pagar contas), seguidas pela ajuda na mobilidade do idoso.

Desse modo, os idosos do estudo em tese são, na sua maioria, longevos (idade ≥ 80 anos), o que deve estar relacionado à necessidade de suporte dos cuidadores para realizar as AVD. O inquérito domiciliar de Barreto (2012) constatou que os idosos longevos de Recife (80 anos ou mais) apresentaram menores percentuais de independência para a realização de todas as AVD avaliadas em seu estudo. Neste sentido, Ramos (2003) já relatava que o comprometimento no desempenho das AVD está associado ao avançar da idade e ao gênero feminino e o estudo de Gratão et al (2013) ratifica que, quanto mais longo o idoso, maior a dependência funcional.

Dos cuidadores entrevistados, 72,9% (104) afirmam receber algum tipo de ajuda para realizar as tarefas relacionadas ao cuidado. Marin e Angerami (2002), em revisão da literatura, constataram que os cuidadores recebem mais comumente ajuda advinda de familiares, amigos e vizinhos. No presente estudo, a grande maioria recebe ajuda para prestar os cuidados diretos com o idoso e como maiores provedores da ajuda aparecem os irmãos ou irmãs destes cuidadores, ou seja, outros filhos ou filhas do idoso dependente. Esse percentual está acima dos encontrados em outros estudos: a amostra de cuidadores avaliada por Amendola (2008) revelou que 58,5% recebem ajuda de algum parente para prestar os

cuidados. E, ainda, no estudo de Seima, Lenardt e Caldas (2014), 65% dos cuidadores dizem partilhar o cuidado com algum membro da família.

Da população estudada, 90,3% (130) coabitam com os idosos(as) e, dentre estes, 23,6% (34) moram sozinhos com o idoso. Este dado é semelhante ao estudo de Oliveira et al. (2011) que verificou que mais de 82% dos cuidadores moravam com os idosos cuidados. Já no estudo de Cunha (2011), mais de 93% dos cuidadores residiam com o idoso. A literatura mostra que maior parte dos idosos é provedor e proprietário de sua residência, sendo assim, a coabitação parece ser uma estratégia utilizada em benefício de ambas as partes, idosos e cuidadores, haja vista a rotina dos cuidados e as necessidades financeiras dos familiares cuidadores (BARRETO, 2012; LIMA; BUENO, 2009).

Gratão et al. (2013) defendem que, para o idoso, residir com seu cuidador pode ser favorável para aquele poder ter suas necessidades atendidas prontamente. Todavia, para o cuidador, isso pode gerar tensão porque ele vivenciará continuamente o processo do cuidar.

No presente estudo, também se verificou que é mais frequente que no domicílio junto ao cuidador e ao idoso residam os filhos, seguidos das filhas dos cuidadores. Do mesmo modo, na população estudada por Loureiro e outros (2013) também predominou o arranjo multigeracional composto por idoso, filho e neto (ou seja idoso, cuidador e o filho do cuidador).

Salgueiro e Lopes (2010) revelam que os cuidadores pertencentes a grupos etários mais jovens, essencialmente filhas e noras dos idosos, são confrontados com a crise filial, pois são obrigados a cuidar de seus pais dependentes. Nesta dinâmica, tentam criar e educar seus filhos, reavaliar e renegociar a sua relação conjugal, tentam aprender a gerenciar seu próprio envelhecimento, além de lidar com o envelhecimento, a dependência e a proximidade da morte do familiar idoso cuidado. Nessa perspectiva, Camargos (2000) acrescenta que a coresidência seria uma alternativa adotada para favorecer às gerações que necessitam de maiores cuidados e são mais empobrecidas, as mais jovens e as mais velhas.

6.4 Sobrecarga nos cuidadores familiares de idosos e principais características

Em relação à sobrecarga, mais adiante serão evidenciados os principais dados da

pesquisa em tese. Além disso, será realizado contraponto com estudos semelhantes que empregaram a *Zarit Burden Interview* como instrumento.

Neste estudo, analisou-se, inicialmente, a pontuação total da escala cuja média foi de 31,74 pontos ($\pm 14,81$). Na literatura nacional recente, pode-se observar que em diversos estudos as médias de sobrecarga estão entre 30 e 35 pontos (LOUREIRO et al., 2013; PEREIRA et al., 2013; STACKFLETH et al., 2012; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013). Vale destacar, sobretudo, o estudo de Amendola (2008) cuja pontuação média de 32,12 ($\pm 14,7$) pontos se aproxima da aqui encontrada e foi realizado em contexto semelhante – em comunidade adstrita à USF e junto a cuidadores familiares de idosos em condições diversas de saúde e dependência. Diferentemente dos achados citados, Gratão et al. (2013) e Stackfleth et al. (2012) encontraram médias mais baixas: 27,8 pontos ($\pm 17,5$) e 24,4 pontos ($\pm 13,6$), respectivamente.

Ao classificar os cuidadores quanto ao nível de sobrecarga, de acordo com a proposta de Hebert et al. (2000), verificou-se que pouco mais da metade dos cuidadores (51,7%) está compreendida no nível de sobrecarga leve a moderada. Analisando os estudos existentes na literatura (LOUREIRO et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2011; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013) que utilizaram a mesma classificação, observou-se que a maioria dos cuidadores está concentrada no nível de sobrecarga leve a moderado.

Analisando apenas a última questão da escala de sobrecarga, constataram-se iguais percentuais (28%) para os cuidadores que disseram sentir-se “nem um pouco” sobrecarregados e para os que referiram sentir-se “um pouco” sobrecarregados. A maioria dos cuidadores do estudo de Gratão (2010) disseram sentir-se “nem um pouco” sobrecarregados. Em estudo realizado em João Pessoa (LOUREIRO et al, 2013), encontraram-se iguais percentuais (28,8%) para as respostas “moderadamente” e “muito” sobrecarregados. Já no estudo de Ricarte (2009), a maior frequência esteve na resposta “extremamente” sobrecarregado. Essa diversidade nas respostas sugere que a percepção deve ser influenciada por diversos fatores da vida do cuidador.

Ao ser testada a relação entre a sobrecarga e as respostas dessa última questão da escala, constatou-se associação significativa entre ausência de sobrecarga e se perceber “nem um pouco” sobrecarregado. Entretanto, na literatura, não foram identificados dados que

aprimorassem essa discussão. Mas, a partir desta informação, pode-se refletir que os cuidadores quando referem não se sentirem sobrecarregados, de fato, não o estão. Já na presença de sobrecarga, os cuidadores podem se perceber em qualquer um dos cinco níveis (nem um pouco, um pouco, moderadamente, muito, extremamente).

Em relação às características dos cuidadores, os testes de associação mostraram que a sobrecarga mantém estatisticamente associação significativa com o sexo feminino e o parentesco: ser filho do idoso. Estes dados corroboram com os achados da literatura consultada (STACKFLETH et al., 2012; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013). As mulheres, além de cuidarem do parente dependente, envolvem-se mais fortemente no gerenciamento do lar, comprometendo-se mais com as atividades domésticas e cuidados com os filhos. Algumas, ainda, desempenham outra atividade profissional, como citam Cruz et al. (2009). No estudo de Loureiro et al. (2013), as maiores médias de sobrecarga estiveram associadas ao cônjuge, não se encontrando significância estatística para o sexo.

No que concerne à autopercepção de saúde, constatou-se que mesmo na presença de sobrecarga, a maior parte dos cuidadores avalia sua saúde de maneira positiva (ótima ou boa). Amendola et al. (2008) e Oliveira et al. (2011) revelaram que existe uma relação entre a sobrecarga e a qualidade de vida, na qual maiores níveis de sobrecarga no cuidador estão associados à pior qualidade de vida relacionada à saúde. A divergência dos dados no presente estudo pode dever-se ao fato de grande parte dos cuidadores terem buscado algum serviço de saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa, contribuindo para uma percepção positiva do estado de saúde, apesar da presença de problemas de saúde.

Diferentemente do esperado, e de maneira significativa, os cuidadores deste estudo e que possuem sobrecarga, na sua maioria, não se queixaram de doença de coluna ou dores nas costas. Possivelmente, este dado é influenciado pelo fato de os cuidadores auxiliarem mais frequentemente na administração de medicamentos, atividade que não exige esforço físico. Autores afirmam que os cuidadores de idosos se queixam, principalmente, de dores – por auxiliarem na mobilidade do idoso – de cefaléia tensional, astenia, fadiga crônica e alterações no ciclo sono-vigília (MAFRA, 2011; VALENTE et al., 2011). Essas informações são reforçadas pelos estudos de Silva, Passos e Barreto (2012) e Oliveira et al. (2011), nos quais foram encontradas associações entre sobrecarga e a presença de dores nas costas ou problemas de coluna nas amostras de cuidadores

Baptista et al. (2012), ao realizarem revisão integrativa da literatura, observaram que o adoecimento dos cuidadores é uma evidência decorrente dos encargos atribuídos a sua função e que estes tendem a apresentar mais problemas de saúde do que pessoas da mesma idade que não são cuidadoras.

No tocante ao uso do tempo livre, a sobrecarga estabeleceu associação significativa com a atividade de ouvir rádio. Essa atividade é bastante presente no território estudado e para os cuidadores é acessível, por ser restrita ao domicílio e não exigir atenção visual, podendo ser apreciada durante seus diversos afazeres cotidianos. Já para os cuidadores de um estudo realizado em Belo Horizonte, a sobrecarga esteve presente naqueles que praticavam algum esporte (SILVA; PASSOS; BARRETO, 2012). Os autores do estudo mineiro atribuem o dado à alta escolaridade dos cuidadores, o que possibilitaria a busca de lazer e de atividade física como mantenedora da saúde física e mental. De outro lado, essa busca dos cuidadores por atividades extradomiciliares que promovam o bem-estar não foi constatada no estudo em tese.

A sobrecarga ainda estabelece associação com o abandono de alguma atividade após o indivíduo tornar-se cuidador. Pode-se supor que a rotina permanente de cuidados limita a participação em diversas atividades relacionadas ao desempenho do lazer, ao trabalho, ao campo educacional ou autocuidado, fazendo com que estes cuidadores abandonem aos poucos as atividades para dedicarem-se exclusivamente às tarefas e responsabilidades do cuidar – do idoso, do domicílio e dos filhos. Alguns autores afirmam que quanto maior a quantidade de horas exercendo o cuidado, maior será a sobrecarga do cuidador (GRATÃO et al., 2012; SEIMA; LENARDT, 2011). Gratão (2010) acrescenta que para exercer o ato cuidar, os cuidadores dispensam a maior parte do dia e isso acarreta pouca possibilidade de desempenhar o autocuidado, bem como para desenvolver atividades de lazer e descanso.

Outros estudos destacam que a sobrecarga teria associação com o tempo em que o cuidador exerce tal função. Observou-se uma divergência de outros estudos acerca desta associação. Para Silva, Passos e Barreto (2012), a sobrecarga estabelece associação com o tempo elevado de cuidado, já que no seu estudo os cuidadores sobrecarregados prestavam o cuidado há 60 meses ou mais, assim como no estudo de Oliveira et al. (2011). Para outros autores (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011), esta relação é negativa e a sobrecarga é maior nos que cuidam há menos tempo, provavelmente por uma adaptação do cuidador ao longo do tempo às exigências das tarefas do cuidado.

No tocante às características relacionadas aos idosos, neste estudo, não se encontrou associação destas com a sobrecarga dos cuidadores. Isso diferiu do encontrado na literatura, na qual estudos mostram existir associação entre a sobrecarga e a idade elevada do idoso (fragilidade); o sexo feminino; a presença de déficit cognitivo e elevados níveis de dependência, que determinam a necessidade de ajuda nas diversas AVD (GRATÃO et al., 2012; KAMYIA et al., 2014; STACKFLETH et al., 2012).

No presente estudo, a sobrecarga se apresentou em cuidadores que cuidavam de idosos com hipertensão arterial. Apesar de esta associação não ter sido significativa, aproximase da significância ($p= 0,054$) e é digna de destaque já que a hipertensão arterial é a enfermidade mais frequentemente relatada pelos idosos de Recife (BARRETO, 2012) e requer, por vezes, a administração de diferentes e numerosos fármacos, bem como atenção nutricional por parte dos cuidadores.

Outro aspecto que influencia na sobrecarga é citado em estudo envolvendo cuidadores de idosos com demência de Alzheimer em estágios leve e moderado. Arakaki et al. (2012) identificaram que a sobrecarga no cuidador esteve associada à presença de sintomas psicológicos e comportamentais nos idosos, em especial os sintomas como a apatia e delírio. De maneira semelhante, Shankar e outros (2014), em pesquisa realizada com cuidadores cujos idosos cuidados se encontravam em contexto de hospitalização, evidenciaram que a presença de sintomas neuropsiquiátricos, somados às dificuldades motoras nos idosos com déficit cognitivo ou demência são promotores de maiores níveis de sobrecarga.

Ainda sobre os aspectos anteriores, Gratão et al. (2012), em estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, que avaliou a sobrecarga e o desconforto emocional em cuidadores de idosos moradores do domicílio, sugerem que o déficit cognitivo ou motor no idoso é preditor para sobrecarga no cuidador. Sendo assim, é necessário tornar rotineira a aplicação de protocolos de avaliação os quais permitam identificar estes comprometimentos nos idosos, possibilitando a prevenção ou minimização dos agravos aos cuidadores.

A baixa renda do idoso é um outro aspecto associado à sobrecarga, aspecto encontrado, por exemplo, por Loureiro e outros (2010). Apesar de não ter estabelecido associação significativa no estudo aqui realizado, observou-se que esta associação ($p = 0,073$)

se aproxima da significância estatística, sendo notável que há sobrecarga para os cuidadores que cuidam de idosos que recebem até 1 salário mínimo.

Com relação aos aspectos do cuidado prestado, foi constatada associação significativa entre sobrecarga e ausência de problemas financeiros após se tornar cuidador. Este dado merece atenção, já que a amostra do estudo em questão é caracterizada por um número elevado de cuidadores sem renda, os quais não exercem atividade remunerada e cuidam de idosos com baixa renda. Sendo assim, a sobrecarga nesta amostra parece não ter origem na situação econômica do cuidador. Ademais, o fato de o cuidador referir que não tem problemas financeiros pode revelar que ele conta com a renda do companheiro ou, então, pode ter passado a residir com o idoso para prestar os cuidados. Portanto, a renda do idoso seria um incremento no orçamento do domicílio.

Anjos, Boery e Pereira (2014) acrescentam que, conjuntamente, o elevado tempo de cuidado e a intensa carga horária poderiam contribuir para maior percepção de sobrecarga de trabalho e pior qualidade de vida nos cuidadores. Ainda, para Uesugui, Fagundes e Pinho (2011, p. 62), “a percepção do estado de saúde do cuidador coloca em evidência que quanto pior a condição de saúde percebida maior a sobrecarga e pior a qualidade de vida”.

Residir com o idoso é tido como fator que influencia a sobrecarga, já que para alguns autores esta situação possibilitaria maior desgaste devido à atenção contínua do cuidador (OLIVEIRA et al., 2011). Salienta-se que no estudo em tese a conformação domiciliar mais comum envolveu idoso, filho e neto, a família nuclear, na qual não existe garantia do suporte ao cuidador na atenção ao idoso, ocorrendo o que se denomina insuficiência familiar (LEME; SILVA, 1996; VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987). Esse arranjo domiciliar intergeracional é bastante observado na Região Nordeste do Brasil e, de acordo com Saad (2004), estaria mais associado às necessidades dos filhos adultos e não às necessidades dos pais idosos. O apoio seria dado, então, dos pais para os filhos.

Observou-se também que não há uma linearidade nos contextos de cuidado investigados, o que pode ser refletido na caracterização da sobrecarga, mostrando que esta é influenciada por características sociais, econômicas e culturais dos indivíduos envolvidos neste ato de cuidar.

Acredita-se que a amostra de tamanho reduzido, as perdas ocorridas ao longo da coleta e a restrição do estudo a uma microrregião de Recife trazem limitações para a inferência das informações encontradas. Entende-se, pois, que o perfil encontrado se refere à microrregião 4.2 de Recife, mas que pode ser característico de outros territórios. Entretanto, generalizações devem ser feitas com cautela.

7 CONCLUSÕES

O estudo realizado se insere num contexto de transição demográfica e epidemiológica que ocorre em Recife de maneira semelhante ao que acontece em outras capitais do país. A população idosa é crescente e longeva, mas ainda não supera o percentual de jovens. Em particular, a população idosa da cidade é caracterizada pela presença de doenças crônicas e degenerativas que acarretam declínio na capacidade funcional.

Essa condição resulta, geralmente, na necessidade de suporte contínuo para a realização das AVD e AIVD pelos idosos, sendo o cuidador familiar o principal responsável pelo provimento deste cuidado. Nos territórios marcados pela baixa renda, como o estudado, o cuidador familiar assume este papel pela dificuldade em contratar um cuidador formal, devido às limitações econômicas.

O estudo realizado permitiu analisar o perfil de uma amostra da população de cuidadores familiares da microrregião 4.2 do município de Recife, Pernambuco. Ser mulher e filha do idoso são características marcantes da amostra e isso fortalece a imagem da mulher como principal cuidadora diante da sociedade. Em especial, identificou-se que as filhas e não as esposas são maioria, diferentemente do ocorrido em países desenvolvidos. Constatou-se também que a faixa etária de 50 a 59 anos engloba maior parte dos entrevistados, ou seja, são cuidadores que estão alcançando a faixa etária considerada como referente à velhice. Além disso, o perfil de escolaridade revelou que os sujeitos da amostra possuíam ensino médio/técnico, o que não era esperado para aquela microrregião, caracterizada pela vulnerabilidade social.

Foi ainda possível identificar o perfil dos idosos, que são essencialmente longevos, viúvos e que possuem baixa renda. Já quanto ao provimento do cuidado, o tempo variou mais frequentemente entre 1 e 4 anos, sendo executado continuamente (24 horas por dia), auxiliado pelos irmãos dos cuidadores e com uma escassa ajuda financeira, contextualizada pela baixa renda.

Os dados obtidos no presente estudo identificaram que a sobrecarga esteve associada de maneira significativa a alguns aspectos relacionados ao cuidador. Entretanto, apesar de

corroborarem com estudos semelhantes, não se encontrou associação da sobrecarga com as características dos idosos. Isso sugere particularidades desta população.

Por fim, a sobrecarga identificada no estudo, classificada como leve a moderada para a maioria dos cuidadores, mostra que é necessário estimular hábitos positivos nos cuidadores na busca pela prevenção do agravamento desta sobrecarga, já que esta esteve associada de maneira significativa às características dos cuidadores.

8 RECOMENDAÇÕES

As informações do presente estudo sugerem que as características dos cuidadores devem ser norteadoras de algumas ações: da conduta dos profissionais de saúde frente às especificidades do cuidador; e do planejamento de ações no âmbito da saúde voltadas para os cuidadores, contemplando atividades físicas, educacionais e de suporte emocional. Nessa perspectiva, recomenda-se que idoso e cuidador recebam igualmente assistência à saúde.

Estudos mostram que o acompanhamento individual ou grupal auxilia o cuidador no gerenciamento de sua rotina, dos diversos sentimentos envolvidos no ato de cuidar e possibilita troca de experiências, minimizando os impactos da sobrecarga. Ademais, grupos educativos e informativos proporcionam que os cuidadores incrementem as habilidades de cuidado, aprendam técnicas de manejo e cuidem melhor de seus parentes idosos.

Diante disso, sugere-se que seja estimulada a formação de redes de suporte social nas comunidades para que os cuidadores familiares possam desempenhar atividades extradomiciliares, inserindo-se em atividades físicas, de suporte ou educativas, práticas integrativas ou grupos existentes na comunidade. Acredita-se que essas iniciativas podem contribuir para a prevenção ou minimização da sobrecarga nos cuidadores.

Em outras palavras, aponta-se para a necessidade de atenção da gestão do municipal de Recife aos cuidadores, pois o último Plano Plurianual de Ações 2014-2017, no que se refere à população idosa, sequer cita o cuidador familiar como elemento primordial no provimento de cuidados. É notório que a presença do cuidador se torna cada vez mais essencial para que o idoso tenha acesso a alguns serviços da rede de saúde pública como o Serviço de Assistência Domiciliar. Desse modo, acredita-se que propostas de atenção ao cuidador devem figurar no cenário das ações de cuidado integral do idoso. Sendo assim, deve-se considerar as especificidades daquele, garantindo-lhe também o cuidado integral, assim como já está assegurado ao idoso.

Sugere-se, ainda, a elaboração de estudos envolvendo cuidadores dos diversos territórios de Recife, na busca por dados que sirvam como base para a elaboração de ações mais abrangentes.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. L.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 535-546, mar. 2008.
- _____. Fatores Associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 468-478, jun. 2010.
- ANJOS, K. F.; BOERY, R. N. S. O.; PEREIRA, R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 600-608, jul./set. 2014.
- ARAKAKI, B. K. et al. Análise do desgaste e da sobrecarga de cuidadores/familiares de idosos com doença de Alzheimer causado pelos sintomas psicológicos e comportamentais. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 113-121, maio/ago. 2012.
- AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1617-1626, nov./dez. 2004.
- AMENDOLA, F.; OLIVEIRA, M. A. C.; ALVARENGA, M. R. M. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 17 n. 2, p. 266-272, abr./jun. 2008.
- BARRETO, K. M. L. **Envelhecimento, mobilidade urbana e saúde: um estudo da população idosa**. 2012. 117f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- BARRETO, K. M. L.; VALENÇA, M. M.; FREESE, E. M. Hipertensão arterial sistêmica como possível fator de risco de acidente vascular cerebral na população idosa do Recife, Brasil. **Neurobiologia**, Recife, v. 75, n. 1/2, p. 116-130, jan./jun. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 14 fev. 2014.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006b. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Caderno de Atenção Básica; n. 19).
- 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.
- BRAZ, E.; CIOSAK S. I. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 372-377, abr./jun. 2009.

BRITO, G. E. G. et al. Perfil de idosos com cuidadores familiares adscritos à Estratégia de Saúde da Família. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 6, n.7, p. 1539-1548, jul. 2012.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio/jun. 2003.

CAMARGOS, M. C. S. **Estimativas de expectativa de vida livre de e com incapacidade funcional: uma aplicação do método de Sullivan para idosos paulistanos, 2000.** 2004. 110f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004. [SÉP]

CAMARGOS, E. F. et al. Use of psychotropic medications by caregivers of elderly patients with dementia: is this a sign of burden? **Arq. neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 70, n. 3, p. 169-174, mar. 2012.

CESSE, E.; FREESE, E. Características e determinantes do padrão brasileiro de ocorrência das DCNT no século XX. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.** Recife: Ed. da UFPE, 2006. p. 47-71.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 557-564, ago. 2004.

CRUZ, D. K. A EXPERIÊNCIA DA ACADEMIA DAS CIDADES – Secretaria Municipal de Saúde de Recife. In: Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, 2005, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 42-43.

CRUZ, M.N.; LECHETA, D.R.; WACHHOLZ, P.A. Fatores associados à sobrecarga e à depressão em cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Geriatrics & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 15-23, jan./fev./mar. 2009.

DESALVO K. B.; MUNTNER, P. Discordance between physician and patient self-rated health and all-cause mortality. **The Ochsner Journal**, New Orleans, v. 11, n. 3, p. 232-240, fall. 2011.

DUCA, G. F. D.; THUMÉ, E.; HALLAL, P. C. Prevalência e fatores associados ao cuidado domiciliar a idosos. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 45, n.1, p. 113-120, fev. 2011.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. cap. 9, p. 185-200.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.17, n. 5/6, p. 370-378, maio/jun. 2005. Disponível em: <

<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26274.pdf> >. Acesso em: 15 fev. 2014.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 393-399, maio/jun. 2009.

FLORES, V. B.; BENVENÚ, L. A.; Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 1439-1446, jun. 2008.

FLORES, G. E.; RIVAS R. E.; SEGUEL, P. F. Nivel del sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 18, n. 1, p. 29-41, abr. 2012.

FREESE, E.; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. da UFPE, 2006. p.17-45.

FREITAS, D. H. M. et al. Autopercepção de saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Arch. clin. psychiatry**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 32-35, jan. 2010.

GIACOMIN, K. C. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 80-91, jan./fev. 2005.

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

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

GONÇALVES, L. T. H. et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 315-325, 2013.

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

GRATÃO, A. C. M. et al. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 304-312, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2725/pdf_1286>. Acesso em: 15 fev. 2014.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-144, fev. 2013.

GUIMARÃES, R. M. Viver mais e melhor. **A Terceira Idade**, n. 46, p. 96-102, 1999.

HEBERT, R.; BRAVO, G.; PREVILLY, M. Reability, validity and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. **Can. j. aging**, Cambridge, v.19, p. 494-507, winter. 2000.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro; 2008.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2011**. Rio de Janeiro, v. 31, p.1-135, 2012.

_____. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011 Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

JUNIUS-WALKER, U.; THEILE, G.; HUMMERS-PRADIER, E.; Prevalence and predictors of polypharmacy among older primary care patients in Germany. **Fam. pract.**, Oxford, v. 24, n. 1, p. 14-19, feb. 2007. [L]
[SEP]

KAMIYA, M. et al. Factors associated with increased caregivers' burden in several cognitive stages of Alzheimer's disease. **Geriatr. gerontol. int.**, Tokyo, v. 14, suppl. 2, p. 45-55, apr. 2014.

KARCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003.

KRON, C. A.; BALLARIN, M. L. G. S. Avaliação da sobrecarga em cuidadores: um estudo de revisão sobre a escala Zarit Burden Interview. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 17., 2013, Campinas. **Anais eletrônicos...** Campinas: PUC Campinas, 2013. Disponível em: <http://www.puccampinas.edu.br/websist/Rep/Sic08/Resumo/201388_223938_364825947_resC%20K.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2014.

LEBRÃO, M. L. Epidemiologia do envelhecimento. Envelhecimento e saúde. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 47, abr. 2009.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127- 141, jun. 2005.

LEME, L. E. G.; SILVA, P. S. C. P. O idoso e a família. In.: PAPALÉO NETTO, M. et al. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 92-97.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Rev. Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-280, maio/ago. 2009. [L]
[SEP]

LIMA-COSTA, M. F. F; MATOS, D. L.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD, 1998, 2003). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de

Janeiro, v. 11, n. 4, p. 941-950, out./dez. 2006.

LOI, S. M. et al. Physical activity in caregivers: What are the psychological benefits? **Arch. gerontol. and geriatrics**, v. 59, n. 2, p. 204 -210, 2014.

LOPES, O. L.; CACHIONE, M. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. **J. Bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 4, p. 252-261, 2012.

LOUREIRO, L. S. N. et al. Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1133-1140, out. 2013.

LUZARDO, A.R.; GORINI, M.I.P.C.; SILVA, A.P.S.S. Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 587-594, out./dez. 2006.

LUZARDO, A. R.; WALDMAN, B. F. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. **Acta sci., Health sci.**, Maringá, v. 26, n.1, p. 135-145, jan./jun. 2004.

MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, 353-363, abr./jun. 2011.

MARIM, M. J. S.; ANGERAMI, E. L. S. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 33-41, mar. 2002.

MARIM, C. M. Efetividade de programas de educação e suporte na redução da sobrecarga de cuidadores de idosos com demência: revisão sistemática. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 1-9, jan-fev. 2013.

MATA, M. A. P. et al. Sobrecarga em cuidadores informais de idosos dependentes e sua relação com variáveis do cuidador e dependência dos idosos nas AVD. CONGRESSO DE CUIDADOS CONTINUADOS DA UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO E MANUTENÇÃO DE SANTA MARIA MAIOR 1., 2012, Porto. **Livro de Atas**. Bragança: Editora, 2012. p. 149-157.

MENDES, P. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: KARCH, U. M. (Org.). **Envelhecendo com dependência**: revelando cuidadores. São Paulo: Educ, 1998. p.147-70.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO 2002**. Brasília, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília, 2005.

NARDI, T. et al. Sobrecarga e percepção de qualidade de vida em cuidadores de idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 511-519, 2011.

NARDI, E. F. R.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1096-1103, set./out. 2013.

NASCIMENTO, L. C. et al. Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 514-517, jul./ago. 2008.

NERI, A. L. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: _____ (Org.). **Qualidade de vida e idade madura**. 3.ed. São Paulo: Papyrus, 2000. p. 237-285.

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

NOGUEIRA, S. L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev Bras Fisioter**, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-329, jul./ago. 2010.

OLIVEIRA, D. C. et al. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 234-40, abr/jun. 2011.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 5, p. 829-838, set./out. 2012.

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

_____. Ciência do Envelhecimento: abrangência e termos básicos e objetivos. In: _____. **Tratado de Gerontologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 3, p. 29-38.

PEREIRA, M. G.; CARVALHO, H. Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. **Temas psicol. (Online)**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 2, p. 369-383, dez. 2012.

PEREIRA, M. F. C. **Cuidadores informais de doentes de Alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia**. 2011. 205f. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) Universidade do Porto, Porto, 2011.

PEREIRA, R. A. et al. Sobrecarga nos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 185-192, fev. 2013.

PINHEIRO, R. S, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, jun. 2003.

RECIFE. Lei nº 17.030, de 22 de setembro de 2004. **Diário Oficial do Recife**, Recife, 23 set. 2004. Disponível em <<http://www.recife.pe.gov.br/diariooficial/>>. Acesso em: 15 fev. 2014.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde do Recife 2010 - 2013**. Recife, 2010.

_____. **A Cidade**. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/a-cidade/perfil-dos-bairros/rpa-4/torroes/>>. Acesso em: 15 fev. 2014a.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Recife, 2014b. 112 p.

RICARTE, L. F. **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Conselho da Ribeira Grande**. 2009. 134 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Porto, Porto, 2009.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n. 6, p. 801-808, nov./dez. 2008.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, fev. 2003.

ROZENFELD, S.; FONSECA M. J.; ACURCIO, F. A.; Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. **Rev. panam. salud pública**, Washington v. 23, n. 1, p. 34-43. jan. 2008.

SAAD, P. M. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, M.A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004. p. 169-209.

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

SANTOS, S. S. C. Desenvolvimento Sustentável e Cuidado ao Idoso. **Textos envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 6, p. 33-46, 2001.

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.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 12-17, mar. 2002.

SCHREINER, A. S. et al. Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden. **Aging ment. health.**, Abingdon, v.10, n. 2, p. 107-111, mar. 2006.

- SEIMA, D. M.; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos e contextos (Porto Alegre)**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388-398, ago/dez. 2011.
- SEIMA, D. M.; LENARDT, M. H. CALDAS, C. P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 233-240, mar/abr. 2014.
- SHANKAR, K. N. et al. Burden in caregivers of cognitively impaired elderly adults at time of hospitalization: a cross-sectional analyses. **J. am. geriatr. soc.**, New York, v. 62, n. 2, p. 276-284, feb. 2014.
- SILVA, C. F.; PASSOS, V. M. A.; BARRETO, S. M. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadores familiares de idosos com demência. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 707-731, out./dez. 2012.
- SILVA, R.; SCHMIDT, O. F.; SILVA, S. Polifarmácia em Geriatria. **Rev. AMRIGS.**, Porto Alegre, v. 56, n. 2, p. 164-174, abr-jun. 2012.
- SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1629-1638, ago. 2006.
- SOUZA, M. C. et al. Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 741-749, ago. 2008.
- STACKFLETH, R. et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 768-774, 2012.
- TAUB, A.; ANDREOLI, S. B.; BERTOLUCCI, P. H. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version^[1] of the Zarit caregiver burden interview. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 372-376, mar/abr. 2004.
- VALENTE, L. E. et al. Health self-perception by dementia family caregivers. Sociodemographic and clinical factors. **Arq. neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 69, n. 5, p. 739-744, out. 2011.
- VAINGANKAR, J. A. et al. "How much can I take?": predictors of perceived burden for relatives of people with chronic illness. **Ann. Acad. Med. Singap.**, Singapore, v. 41, n. 5, p. 212-220. may, 2012.
- VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v.7, n. 43, 3, 548-554. maio/jun. 2009.
- VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-233, jun. 1987.
- VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The disablement process. **Soc. sci. med.**, Oxford, v. 38, n. 1, p. 1-14, jan., 1994.

VIEIRA, L. V., et al. Idosos dependentes no domicílio: sentimentos vivenciados pelo cuidador familiar. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 9, n. 1, p. 46-56, jan/abr., 2012.

WACHHOLZ, P. A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 513-526, jul./set. 2013.

YUASO, D.R. Cuidadores de idosos dependentes no contexto domiciliário. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 57, p.711-717.

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

ZARIT, S. H.; ZARIT, J. M. **The memory and behavior problems checklist: 1987R and the burden interview** (technical report). University Park: Ed. Pennsylvania State University, 1987.

APÊNDICE A – Formulário de cadastro de cuidadores familiares

CADASTRO DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS

Kátia Cilene Silva de Jesus - Pesquisadora CPqAM/FIOCRUZ

Serão considerados critérios para este cadastro:

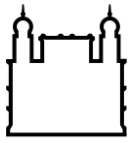
- ✓ **Ser familiar e cuidador principal de UM OU MAIS idoso(a) com idade igual ou superior a 65 anos que seja dependente de assistência ou supervisão** para garantir sua subsistência, independentemente da origem da incapacidade ou doença, por exemplo:
 - Problemas físicos: dificuldades para andar e fazer as transferências; tomar banho; alimentar-se; trocar de roupas; tomar os medicamentos, etc.
 - Alteração cognitiva: dificuldade para tomar os medicamentos e pagar contas; cuidar da casa; cozinhar; lembrar dos nomes dos filhos.
 - Sofrimento psíquico: alteração do humor; transtorno mental.
- ✓ **Reconhecer-se no papel de cuidador principal** do idoso.
- ✓ **Não receber qualquer tipo de remuneração financeira por cuidar** do(a) idoso(a).
- *Cuidador familiar principal: pessoa da família que cuida a maior parte do tempo do idoso que necessita de ajuda parcial ou total para realizar suas atividades diárias. Este cuidador não precisa morar com o idoso!*
- *O idoso que recebe cuidados deve ser cadastrado na Equipe de Saúde da Família.*

CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS

USF _____ ACS _____

Cuidador	Idade (≥ 18a)	Idoso(s) cuidado(s)	Idade (≥ 65a)	Prontuário	Endereço do idoso
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Um Estudo da sobrecarga em cuidadores familiares de idoso”, coordenada por Kátia Cilene Silva de Jesus, aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz - PE, sob orientação do Professor Doutor Eduardo Maia Freese de Carvalho.

O objetivo principal da pesquisa é estudar a sobrecarga que pode surgir nos cuidadores familiares devido à rotina de cuidados diários prestados aos idosos. Os cuidadores familiares são as pessoas que cuidam de seus parentes e não recebem valor financeiro para executar esta tarefa. Já a sobrecarga é um termo (nome) usado para falar de diversos problemas que podem surgir com esta rotina de cuidados constantes com os idosos. Esta sobrecarga pode estar relacionada com o cansaço físico, alterações emocionais, dificuldades financeiras, mudanças na vida social e de trabalho dos cuidadores. Esta sobrecarga pode estar relacionada com apenas um ou com vários problemas da vida do cuidador.

Nesta pesquisa você é voluntário(a), está participando porque quer, e não receberá algum benefício financeiro (dinheiro) e também não pagará nenhum valor financeiro para participar. O entrevistador utilizará questionários com perguntas sobre você e o idoso que cuida e uma escala de avaliação. As perguntas poderão causar algum constrangimento (chateação, sentir vergonha em responder alguma pergunta) e por isso, você só responderá às perguntas que quiser e sua entrevista será individual, o que diminui possíveis constrangimentos.

Você poderá sair do estudo na hora que quiser sem nenhum problema. Quando os resultados desta pesquisa forem divulgados será garantido o anonimato dos participantes, você não será identificado(a) individualmente.

Este estudo pretende contribuir com conhecimentos que possam proporcionar algum benefício para você a partir dos resultados alcançados. Estes resultados poderão ser utilizados por outros estudiosos do tema, gerando informações para os profissionais de diversas áreas melhorarem a atenção à saúde das pessoas que cuidam de idosos em nossa cidade. O contato direto com você nos permitirá informá-lo(a), através de folheto que será entregue posteriormente, sobre como você pode cuidar melhor de sua saúde no dia-a-dia, sobre os serviços de suporte social e de saúde disponíveis em Recife para você e para o idoso, aos quais poderá recorrer se necessitar.

Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária - Campus da UFPE

Recife - PE - CEP: 50.670-420

Telefones: (81) 2101.2500 / 2101.2600 Fax (81) 3453-1911

www.cpqam.fiocruz.br

Informamos ainda que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da FIOCRUZ-PE/ CPqAM órgão que tem por função avaliar os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos, com o objetivo de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. Caso deseje, pode entrar em contato com o CEP/CPqAM, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz) - Av. Prof. Moraes Rego, S/N, Campus da UFPE - Cidade Universitária Fone: (81) 2101-2639, em seu horário de funcionamento (09:00 às 16:00h), a qualquer momento, para tirar suas dúvidas."

Caso esteja de acordo com o que foi descrito, você deverá assinar as duas vias deste documento, ficando uma em seu poder e outra com a pesquisadora. Desta maneira você estará autorizando sua participação no pré-teste da pesquisa. Em caso de dúvida ou desistência você poderá entrar em contato com a coordenadora da pesquisa pelo telefone (81) 9663-8270.

Recife, ____/____/2014.

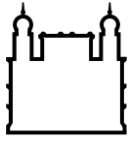
Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Entrevistador: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pré-teste



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pré-teste

Você está sendo convidado(a) a participar do pré-teste da pesquisa intitulada “**Um Estudo da sobrecarga em cuidadores familiares de idoso**”, coordenada por Kátia Cilene Silva de Jesus, aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz - PE, sob orientação do Professor Doutor Eduardo Maia Freese de Carvalho. O pré-teste é uma etapa anterior à pesquisa que ajuda o pesquisador a melhorar ou corrigir os meios que serão usados para coletar as informações.

O objetivo principal da pesquisa será estudar a sobrecarga que pode surgir nos cuidadores familiares devido à rotina de cuidados diários prestados aos idosos. Os cuidadores familiares são as pessoas que cuidam de seus parentes e não recebem valor financeiro para executar esta tarefa. Já a sobrecarga é um termo (nome) usado para falar de diversos problemas que podem surgir com esta rotina de cuidados constantes com os idosos. Esta sobrecarga pode estar relacionada com o cansaço físico, alterações emocionais, dificuldades financeiras, mudanças na vida social e de trabalho dos cuidadores. Esta sobrecarga pode estar relacionada com apenas um ou com vários problemas da vida do cuidador.

Neste pré-teste você é voluntário(a), está participando porque quer, e não receberá algum benefício financeiro (dinheiro) e também não pagará nenhum valor financeiro para participar. O entrevistador utilizará questionários com perguntas sobre você e o idoso que cuida e uma escala de avaliação. As perguntas poderão causar algum constrangimento (chateação, sentir vergonha em responder alguma pergunta) e por isso, você só responderá às perguntas que quiser e sua entrevista será individual, o que diminui possíveis constrangimentos.

Você poderá se recusar a participar deste pré-teste ou desistir no momento que quiser. As informações coletadas com você não serão divulgadas e nem farão parte dos resultados finais da futura pesquisa. A pesquisa que será realizada pretende contribuir com conhecimentos que possam proporcionar algum benefício para os cuidadores familiares de idosos. Os resultados da pesquisa poderão ser utilizados por outros estudiosos do tema, gerando informações para os profissionais de diversas áreas melhorarem a atenção à saúde das pessoas que cuidam de idosos em nossa cidade.

Av. Professor Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária - Campus da UFPE

Recife - PE - CEP: 50.670-420

Telefones: (81) 2101.2500 / 2101.2600 Fax (81) 3453-1911

www.cpqam.fiocruz.br

Informamos ainda que este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da FIOCRUZ-PE/ CPqAM órgão que tem por função avaliar os projetos de pesquisa que envolvam a participação de seres humanos, com o objetivo de proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados. Caso deseje, pode entrar em contato com o CEP/CPqAM, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz) - Av. Prof. Moraes Rego, S/N, Campus da UFPE - Cidade Universitária Fone: (81) 2101-2639, em seu horário de funcionamento (09:00 às 16:00h), a qualquer momento, para tirar suas dúvidas."

Caso esteja de acordo com o que foi descrito, você deverá assinar as duas vias deste documento, ficando uma em seu poder e outra com a pesquisadora. Desta maneira você estará autorizando sua participação no pré-teste da pesquisa. Em caso de dúvida ou desistência você poderá entrar em contato com a coordenadora da pesquisa pelo telefone (81) 9663-8270.

Recife, ____/____/2014.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Entrevistador: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE D – Questionário para coleta dos dados sociais e epidemiológicos

Identificação do Questionário

Questionário nº:	Data: ___/___/___
Entrevistador(a):	

USF/ESF:	Nº prontuário:
	ACS:

Nome do entrevistado:
Idoso cuidado:
Endereço:
Telefone:

Horário de início da entrevista: ____:____
--

CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E EPIDEMIOLÓGICAS DO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO

I – Informações Gerais

1. Sexo do(a)Cuidador(a)	
1. Masculino	
2. Feminino	
2. Quantos anos o(a) Sr(a) tem?	Número de anos informados: <input type="text"/> <input type="text"/>
7. NS	
8. NR	
3. Qual a última série COMPLETA cursada? Entrevistador: caso tenha dúvida da equivalência com a série no sistema atual de educação, anote o nome popular ou antigo dado pelo cuidador. Mesmo que tenha certeza da equivalência, anote a nomenclatura oficial e a outra entre (). Considerar: supletivo; curso técnico, superior completo/incompleto)	
_____ (_____)	
7. NS	
8. NR	
4. Atualmente qual é o seu estado conjugal?	
1. Casado/morando junto	4. Nunca casou / solteiro(a)
2. Viúvo(a)	7. NS
3. Divorciado(a) / separado(a)	8. NR
5. Qual o seu grau de parentesco com o(s) idoso(s)? Entrevistador: a referência é o cuidador. Exemplo: caso cuide da mãe/pai, o grau de parentesco é de filho.	
a. Esposo(a) / companheiro(a)	e. Neto(a)
b. Pai/mãe	f. Nora/genro
c. Filho(a)	g. Outros parentes
d. Irmão/irmã	8. NR
6. Em média, qual é a sua renda mensal? Entrevistador: caso haja mais de uma fonte para o cuidador, anote a soma destes valores. <u>Atenção:</u> anote o valor líquido.	
Rendimento mensal: _____,00	
0. Não tem renda	
7. NS	8. NR
7. Em média, qual é a renda mensal total do domicílio? Entrevistador: <u>Atenção:</u> anote o valor líquido	
Rendimento mensal: _____,00	

7. NS	8. NR
-------	-------

II. Caracterização do cuidado

8. Há quanto tempo o Sr(a) cuida deste idoso? Entrevistador: caso o entrevistado cuide de mais de um idoso, anotar o maior tempo

Registrar os anos e meses: _____

7. NS	8. NR
-------	-------

9. Quantas horas por dia o Sr(a) cuida do(s) idoso(s)?

Registrar a carga horária: _____

7. NS	8. NR
-------	-------

10. O Sr(a) precisa acordar à noite para cuidar do(s) idoso(s)?

0. Não	1. Sim Quantas vezes?
7. NS	8. NR

11. Para quais atividades o idoso necessita da sua ajuda para realizar?

a. Alimentação	SIM	NÃO
b. Banho		
c. Higiene pessoal		
d. Mobilidade		
7. NS	8. NR	9. NA

12. O Sr(a) precisa acordar à noite para cuidar do(s) idoso(s)?

0. Não	
1. Sim	
7. NS	8. NR

13. O Sr(a) recebe ajuda para cuidar do(s) idoso(s)? Entrevistador: a ajuda deve ser frequente, ajudas esporádicas devem ser desconsideradas. Marcar mais de uma resposta caso necessário.

0. Não (Entrevistador: Marque NA nas Q. 14 e 15 e Siga para a Q. 16)
1. Sim (Entrevistador: Responda as Q. 14 e 15)

14. Qual o seu vínculo com esta(s) pessoa(s) que lhe ajuda(m)?

a. Esposo(a) / companheiro(a)	SIM	NÃO
-------------------------------	-----	-----

b. Pais				
c. Filhos				
d. Filhas				
e. Irmãos/irmãs				
f. Netos(as)				
g. Outros parentes				
h. Amigos				
i. Empregado(a)				
7. NS	8. NR	9. NA		

15. Qual tipo de ajuda o Sr(a) recebe para cuidar do(s) idoso(s)?		Sim	Não
0. Financeira			
1. Cuidados com o domicílio			
2. Cuidados com o idoso			
8. NR	9. NA		

16. O(a) Sr(a) mora na mesma casa do(a)(s) idoso(a)(s)?	
0. Não (Entrevistador: Marque NA na Q. 17 e Siga para a Q. 18)	
1. Sim (o cuidador e o(s) idosos) (Entrevistador: Marque NA na Q. 17 e Siga para a Q. 18)	
2. Sim (o cuidador, o(s) idoso(s) e outra(s) pessoa(s)) - (Entrevistador: Responda a Q. 17)	
3. O(a) idoso(a) mora só - (Entrevistador: Marque NA na Q. 17 e Siga para a Q. 18)	
8. NR	

17. Além do(a) Sr(a) e do(a)(s) idoso(a)(s) quem são as pessoas que vivem nesta casa? Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas. Considere o parentesco com o cuidador. Marque NA (não se aplica) quando morarem apenas o(a) cuidador(a) e o(a) idoso(a).		
	SIM	NÃO
a. Esposo(a) / companheiro(a)		
b. Pais		
c. Filhos		
d. Filhas		
e. Irmãos/irmãs		
f. Netos(as)		
g. Outros parentes		

h. Amigos			
i. Empregado(a)			
7. NS	8. NR	9. NA	

18. Atualmente o(a) Sr(a) estuda? Entrevistador: registre a série ou modalidade de estudo

0. Não	
1. Sim	Série/modalidade
7. NS	8. NR

19. O(a) Sr(a) precisou parar de estudar para cuidar deste idoso?

0. Não		1. Sim	
7. NS	8. NR	9. NA	

20. O(a) Sr(a) precisa faltar a escola para cuidar deste(s) idoso(s)? Entrevistador: caso o cuidador não estude, registre NA e siga para a Q. 20.

0. Não		1. Sim	
7. NS	8. NR	9. NA	

21. Atualmente possui emprego/trabalho remunerado?

0. Não	Ocupação anterior:
1. Sim	Qual?
7. NS	8. NR

22. O(a) Sr(a) precisou parar de trabalhar para cuidar deste(s) idoso(s)?

0. Não		1. Sim	
7. NS	8. NR	9. NA	

23. O(a) Sr(a) precisa faltar o trabalho para cuidar deste(s) idoso(s)? Entrevistador: Caso o entrevistado não exerça atividade profissional, registre NA e siga para a Q. 23.

0. Não		1. Sim	
7. NS	8. NR	9. NA	

24. O(a) Sr(a) passou a ter problemas financeiros depois que começou a cuidar deste(s) idoso(s)?

0. Não		1. Sim	
7. NS		8. NR	

25. Além do(a) idoso(a), o senhor(a) cuida de mais alguém?

--

0. Não (Entrevistador: Marque NA na Q. 25 e Siga para a Q. 22)	1. Sim
--	--------

26. De quem o senhor(a) cuida, além do(s) idoso(s)?		
a. Esposo(a) / companheiro(a)	SIM	NÃO
b. Pai/mãe		
c. Filhos		
d. Irmãos/irmãs		
e. Neto(a) (s)		
f. sobrinho(a) (s)		
g. Outro parente		
h. Amigo		
7. NS	8. NR	9. NA

III – Situação de Saúde

27. Em geral, o(a) Sr(a) diria que sua saúde está: Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.	
1. Ótima	4. Péssima
2. Boa	7. NS
3. Ruim	8. NR

28. O(a) Sr(a) tem algum problema de saúde? Entrevistador: não leia as opções, marque de acordo com o relatado pelo entrevistado.		
a. Doença de coluna ou dor nas costas	SIM	NÃO
b. Osteoporose		
c. Artrite ou reumatismo		
d. Câncer		
e. Diabetes		
f. Enfisema (doença no pulmão)		
g. Bronquite ou asma		
h. Tuberculose		
i. Hipertensão (pressão alta)		
j. Doença do coração (cardiopatias)		

k. Doença nos rins (insuficiência renal crônica)		
l. Doença do aparelho digestivo (úlceras, gastrite, hérnia)		
m. Depressão		
n. Sequela de AVC/Derrame		
o. Doença de Parkinson		
p. Demência/perda de memória/doença de Alzheimer (esclerose)		
q. Feridas/escaras/úlceras de pressão		
r. Problemas visuais (catarata, glaucoma, retinopatia diabética)		
s. Problemas de audição		
t. Queda (tombo)		
u. Problemas de saúde bucal (com os dentes)		
v. Incontinência urinária (urina sem querer)		
w. Alcoolismo		
x. Cirrose		
y. Problemas vasculares (varizes, trombose)		
z. Outras doenças Qual? _____		
7. NS	8. NR	9. NA

29. Durante os últimos 12 meses (último ano) o(a) Sr(a) foi internado PELO MENOS POR UMA NOITE em um hospital? Entrevistador: em caso positivo, registre o número de noites em que o(a) entrevistado(a) esteve internado em um hospital.

0. Não (Entrevistador: Marque NA na Q. 29 e Siga para a Q. 30)	
1. Sim	Noites de internamento: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. NS	8. NR

29. Qual(ais) o(s) motivo(s) desta última internação? Entrevistador: registre todas as informações referidas.

Motivo(s) declarado(s):		
7. NS	8. NR	9. NA

30. Nos últimos 12 meses (último ano) o(a) Sr(a) procurou algum atendimento de saúde? Exceto internações. Entrevistador: caso Sim, registrar com qual(ais) profissional(ais) de saúde o entrevistado realizou consulta e o(s) motivo(s).

0. Não

1. Sim	Qual(ais) profissional(ais)?	Motivo(s):
7. NS	8. NR	

31. O(a) Sr(a) faz uso de algum medicamento?		
0. Não (Entrevistador: Marque NA na Q. 32 e Siga para a Q. 33)		
1. Sim (Entrevistador: Responda a Q. 32)		
7. NS	8. NR	

32. Para o que o(a) Sr. (a) toma estes medicamentos?

	SIM	NÃO
a. Doença de coluna ou dor nas costas		
b. Osteoporose		
c. Artrite ou reumatismo		
d. Câncer		
e. Diabetes		
f. Enfisema (doença no pulmão)		
g. Bronquite ou asma		
h. Tuberculose		
i. Hipertensão (pressão alta)		
j. Doença do coração (cardiopatias)		
k. Doença nos rins (insuficiência renal crônica)		
l. Doença do aparelho digestivo (úlceras, gastrite, hérnia)		
m. Depressão		
n. Sequela de AVC/Derrame		
o. Doença de Parkinson		
p. Demência/perda de memória/doença de Alzheimer (esclerose)		
q. Feridas/escaras/úlceras de pressão		
r. Problemas visuais (catarata, glaucoma, retinopatia diabética)		

s. Problemas de audição		
t. Queda (tombo)		
u. Problemas de saúde bucal (com os dentes)		
v. Incontinência urinária (urina sem querer)		
w. Alcoolismo		
x. Cirrose		
y. Problemas vasculares (varizes, trombose)		
z. Outras doenças Qual? _____		
7. NS	8. NR	9. NA

33. Os medicamentos que o(a) Sr(a) informou usar foram receitados por um profissional de saúde?

0. Não	1. Sim
7. NS	8. NR
9. NA	

34. O(a) Sr(a) costuma usar algum remédio por conta própria?

0. Não	
1. Sim	Quais medicamentos? Para que?
7. NS	8. NR

35. O(a) Sr(a) consome bebida alcoólica?

0. Não	
1. Sim	Quantas vezes por semana?
7. NS	8. NR

36. O(a) Sr(a) fuma? Entrevistador: em caso de resposta Sim, registrar o tempo em ano e meses.

0. Não

1. Sim (Entrevistador: Preencher as Q. 36.1 e 36.2)	
36.1 Há quanto tempo? _____ ano(s) e _____ mês(es)	
36.2 Quantos cigarros por dia? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7. NS	8. NR

IV. Socialização e lazer

37. No seu tempo livre, o Sr.(a) faz ou participa de alguma atividade? Entrevistador: leia as alternativas e marque conforme relatado.		
a. Ouve rádio	SIM	NÃO
b. Assiste a TV		
c. Lê		
d. Recebe visitas		
e. Vai ao cinema, teatro		
f. Anda pelo seu bairro		
g. Atividade religiosa		
h. Atividade física		
i. Sai pra visitar parentes		
j. Passeios longos, excursões ou viagens		
k. Costura, borda, tricota		
l. Jogos de carta, xadrez, palavras cruzadas		
m. Vai a jogos esportivos		
n. Outros Qual? _____		
7. NS	8. NR	9. NA

38. O(a) Sr(a) deixou de realizar alguma atividade após se tornar cuidador? Entrevistador: registrar as atividades abandonadas. Atividades de lazer, produtivas, voluntárias, do lar, dentre outras.	
0. Não	
1. Sim	
Atividades abandonadas:	
1.	2.
3.	4.

5.	6.
7.	8.

CARACTERÍSTICAS SOCIAIS E EPIDEMIOLÓGICAS DO IDOSO

I – Informações Gerais

1. Sexo do(a) Idoso(a)	
1. Masculino	2. Feminino
2. Quantos anos tem o(a) Idoso(a)?	
Número de anos informado: <input type="text"/> <input type="text"/>	
7. NS	8. NR
3. Qual a última série COMPLETA cursada pelo idoso? Entrevistador: caso tenha dúvida da equivalência com a série no sistema atual de educação, anote o nome popular ou antigo dado pelo cuidador. Mesmo que tenha certeza da equivalência, anote a nomenclatura oficial e a outra entre (). Perguntar se o mesmo fez supletivo, caso sim, considera-lo.	
_____ (_____)	
7. NS	8. NR
4. Atualmente qual é o estado conjugal do(a) Idoso(a)?	
1. Casado/morando junto	4. Nunca casou/solteiro(a)
2. Viúvo(a)	7. NS
3. Divorciado(a)/separado(a)	8. NR
5. Em média, qual é a renda mensal do(a) Idoso(a)? Entrevistador: caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores. <u>Atenção:</u> anote o valor líquido.	
Rendimento mensal: _____,00	
0. Não tem renda	
7. NS	8. NR

II – Situação de Saúde

6. Quais os problemas de saúde do idoso?		
a. Doença de coluna ou dor nas costas	SIM	NÃO
b. Osteoporose		
c. Artrite ou reumatismo		
d. Câncer		
e. Diabetes		
f. Enfisema (doença no pulmão)		
g. Bronquite ou asma		
h. Tuberculose		

i. Hipertensão (pressão alta)		
j. Doença do coração (cardiopatias)		
k. Doença nos rins (insuficiência renal crônica)		
l. Doença do aparelho digestivo (úlceras, gastrite, hérnia)		
m. Depressão		
n. Sequela de AVC/Derrame		
o. Doença de Parkinson		
p. Demência/perda de memória/doença de Alzheimer (esclerose)		
q. Feridas/escaras/úlceras de pressão		
r. Problemas visuais (catarata, glaucoma, retinopatia diabética)		
s. Problemas de audição		
t. Queda (tombo)		
u. Problemas de saúde bucal (com os dentes)		
v. Incontinência urinária (urina sem querer)		
w. Alcoolismo		
x. Cirrose		
y. Problemas vasculares (varizes, trombose)		
z. Outras doenças Qual? _____		
7. NS	8. NR	9. NA

7. Quantos medicamentos diferentes o(s) idoso(s) usa?

0. Não	
1. Sim	
7. NS	8. NR

9. Durante os últimos 12 meses o(s) idoso(s) foi internado PELO MENOS POR UMA NOITE em um hospital? Entrevistador: em caso positivo, registre o número TOTAL de noites em que o(a) idoso(a) esteve internado em um hospital.

0. Não	
1. Sim	TOTAL de noites de internamento: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. NS	8. NR

ANEXO A – Zarit Burden Interview (ZARIT; ZARIT, 1987) (Escala de sobrecarga de Zarit, SCAZUFCA, 2002)

INSTRUÇÕES: A seguir encontra-se uma lista de afirmativas que reflete como as pessoas algumas vezes sentem-se quando cuidam da outra pessoa. Depois de cada afirmativa, indique com que frequência o(a) Sr(a) se sente daquela maneira. Não existem respostas certas ou erradas.

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

19. O(a) Sr(a) se sente em dúvida sobre o que fazer por S?					
20. O(a) Sr(a) sente que deveria estar fazendo mais por S?					
21. O(a) Sr(a) sente que poderia cuidar melhor de S?					
	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
22. De uma maneira geral, quanto o(a) Sr(a) se sente sobrecarregado(a) por cuidar de S?					

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: “Um estudo da sobrecarga em cuidadores familiares de idosos”.

Pesquisador responsável: Kátia Cilene Silva de Jesus

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 22/04/2014

Registro no CAAE: 30582514.2.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 737.502

PARECER


O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 17 de julho de 2017.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 11 de agosto de 2014.

Vice-Coordenador do CEP/CPqAM

 **Paul Hindenburg Nobre de V. Silva**
Analista de Gestão em Saúde
Vice-Coordenador
Mat. SIAPE 1556906
CEP/CPqAM/Fiocruz