



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
DOUTORADO

**IMPACTO DO CUIDADO NA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DO
CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSO DEPENDENTE**

MARIA TEREZA DE SOUZA NEVES DA CUNHA

JOÃO PESSOA / PB

2014

MARIA TEREZA DE SOUZA NEVES DA CUNHA

**IMPACTO DO CUIDADO NA QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE MENTAL DO
CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSO DEPENDENTE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, da Universidade Federal da Paraíba, para obtenção do grau de Doutor em Psicologia Social.

Profa. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli
(Orientadora)

JOÃO PESSOA / PB

2014

C972i Cunha, Maria Tereza de Souza Neves da.

Impacto do cuidado na qualidade de vida e saúde mental do cuidador familiar de idoso dependente / Maria Tereza de Souza Neves da Cunha.- João Pessoa, 2014.

213f. : il.

Orientadora: Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli

Tese (Doutorado) - UFPB/CCHLA

1. Psicologia social. 2. Cuidador familiar - idoso dependente. 3. Qualidade de vida. 4. Saúde mental.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - CCHL

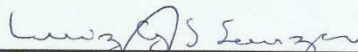
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL - DOUTORADO

NÚCLEO DE PESQUISA VULNERABILIDADES E PROMOÇÃO DA SAÚDE

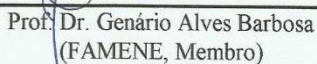
**Impacto do Cuidado na Qualidade de Vida e Saúde Mental do
Cuidador Familiar de Idoso Dependente**

Autora: Maria Tereza de Souza Neves da Cunha

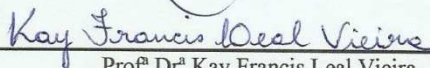
BANCA AVALIADORA



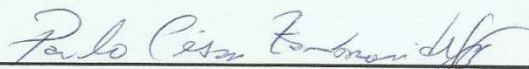
Prof. Dr. Luiz Gustavo Silva Souza
(UFF, Membro)



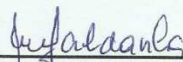
Prof. Dr. Genário Alves Barbosa
(FAMENE, Membro)



Prof. Dr. Kay Francis Leal Vieira
(UNIPÊ, Membro)



Prof. Dr. Paulo César Zambroni de Sousa
(UFPB, Membro)



Prof. Dr. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli
(UFPB, Orientadora)

“(...) É uma enrascada essa tal de passagem do tempo. Nos ensinam a tirar proveito de cada etapa da vida, mas é difícil aceitar as etapas dos outros... Ainda mais quando os outros são nossos alicerces, aqueles para quem sempre podíamos voltar e sabíamos que estariam com seus braços abertos, que agora estão dando sinais de que um dia irão partir sem nós.”

(Martha Medeiros)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me proporcionar vitórias e conquistas ao longo de toda a minha vida pessoal e profissional. Grata pelo dom da vida.

À minha mãe, Nereide, por tudo que sou hoje. Foi com ela que aprendi a superar obstáculos e a seguir sempre a diante em busca dos meus objetivos. Ela que sempre esteve ao meu lado e me ajudou a levantar quando preciso, só tenho a dizer que valeu a pena toda a sua dedicação. Obrigada por tudo minha mãe!

Ao meu irmão, Leonardo, que desde cedo foi meu espelho e meu suporte, me ensinando como trilhar os caminhos da vida em busca do sucesso. O meu muito obrigada por me ajudar a ser quem sou hoje, vencemos mais uma vez.

Ao meu Eduardo, marido, amigo e companheiro que durante essa jornada esteve ao meu lado sempre. Ele que mesmo não sabendo como me apoiou em tudo, deu o melhor de si para me proporcionar momentos bons diante os dias difíceis. Hoje comemoramos juntos essa conquista e a vinda da nossa Sophia que logo mais chegará para completar nossa família.

À Ana Alayde, orientadora mais que especial, pessoa que levarei para sempre em toda a minha vida como exemplo de profissional e mulher. Nunca vou esquecer todo o cuidado e carinho que você sempre teve comigo.

Aos integrantes do Núcleo de Pesquisa Vulnerabilidades e Promoção da Saúde, pessoas felizes e que tem certeza daquilo que querem para as suas vidas. Um agradecimento especial para Amanda, Michael, Jéssica, Débora, Hanna, Eunice e Thaís que ajudaram na coleta de dados. Aos demais integrantes só tenho a dizer que foi muito bom conviver com vocês.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que eu chegasse até aqui.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	09
LISTA DE FIGURAS	10
LISTA DE ABREVIATURAS	11
Resumo	12
Abstract	13
Introdução	14
Parte I	23
Capítulo I - O Cuidado e o Cuidador de Idosos Dependentes	23
1.1 Envelhecimento Populacional	24
1.2 Cuidadores de Idosos	30
1.3 Influência Cultural na Prestação do Cuidado ao Idoso Dependente	38
Capítulo II - Qualidade de Vida e Saúde Mental do Cuidador	46
2.1 Qualidade de Vida	47
2.1.1 Definição Geral	47
2.1.2 Qualidade de Vida e Saúde	53
2.1.3 Qualidade de Vida do Cuidador	56
2.2 Vulnerabilidade ao Adoecimento	59
2.3 Saúde Mental	63
2.3.1 Definição Geral	63
2.3.2 Saúde Mental do Cuidador Familiar de Idoso Dependente	70
Parte II	75

Capítulo III	76
3 - Estudo I – Avaliação da Qualidade de Vida e Saúde Mental do Cuidador	76
3.1 – Método	77
3.1.1 – Objetivos e Hipóteses	77
3.1.2 - Delineamento	78
3.1.3 - População e Amostra	79
3.1.4 – Instrumentos	80
3.1.5 - Procedimentos	84
3.1.6 - Análise dos Dados	85
3.1.7 - Aspectos Éticos	87
3.2 – Resultados	87
3.3 – Discussão dos Resultados	103
 Capítulo IV	 118
4 - Estudo II – “Cotidiano e Sentidos do Cuidado”	118
4.1 – Método	119
4.1.1 – Objetivos e Hipóteses	119
4.1.2 – Delineamento	119
4.1.3 – Participantes	120
4.1.4 – Instrumentos	121
4.1.5 – Procedimentos	122
4.1.6 - Análise dos Dados	123
4.1.7 - Aspectos Éticos	126
4.2 – Resultados e Discussão	127

Capítulo V	153
5 – Sobre os Sentidos do Cuidar e o Impacto na Qualidade de Vida e Saúde Mental do Cuidador Familiar de Idoso Dependente	153
Considerações Finais	166
Referências	172
Anexos	187

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1</i> - Perfil Sócio-demográfico dos Cuidadores.	88
<i>Tabela 2</i> - Perfil do Cuidado.	89
<i>Tabela 3</i> - Índice de Dependência do Idoso (Índice <i>Barthel</i>).	91
<i>Tabela 4</i> - Classificação das Atividades Diárias por Índice de Dependência.	92
<i>Tabela 5</i> - Transtorno Mental Comum por fator (média) e itens (prevalência) – N = 16.	94
<i>Tabela 6</i> - Distribuição dos Cuidadores por Grau de Sobrecarga Total, Tempo de Cuidado e Grau de Dependência (N=40).	95
<i>Tabela 7</i> – Dimensões da Sobrecarga por tempo de cuidado e grau de dependência. (N=40)	96
<i>Tabela 8</i> – Avaliação da Qualidade de Vida Geral, por Tempo de Cuidado e Grau de Dependência.	98
<i>Tabela 9</i> – Correlação entre a Avaliação da Qualidade de Vida Total e os Fatores.	99
<i>Tabela 10</i> – Correlação entre as Variáveis do Estudo.	100
<i>Tabela 11</i> – Regressão Múltipla da Qualidade de Vida em Relação às Variáveis Antecedentes.	101
<i>Tabela 12</i> – Regressão Múltipla da Saúde Mental (TMC) em relação às Variáveis Antecedentes.	101
<i>Tabela 13</i> – Etapas do Procedimento de Análise de Discurso.	124

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> – Pirâmide da população mundial em 2002 e em 2025.	26
<i>Figura 2</i> – Manutenção da Capacidade Funcional Durante o Curso de Vida.	28
<i>Figura 3</i> – Curva da Evolução de Recursos aos Cuidados em Função da Idade.	41
<i>Figura 4</i> – Modelo de Intervenção.	78
<i>Figura 5</i> – Descrição Constitutiva e Operacional das Variáveis.	78
<i>Figura 6</i> – Domínios e Facetas do WHOQOL-bref.	81
<i>Figura 7</i> – Dependências nas Atividades Diárias.	93
<i>Figura 8</i> – Modelo da Qualidade de Vida para os Cuidadores.	102
<i>Figura 9</i> – Modelo da Saúde Mental para os Cuidadores.	102
<i>Figura 10</i> - Classe Temática I - Vivências de um Cuidador de Idoso Dependente.	128
<i>Figura 11</i> - Classe Temática II - Cuidados com a Saúde do Cuidador.	143

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida)

AVDs – Atividade da Vida Diária

CID-10 – Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento

DNTs – Doenças Não Transmissíveis

HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

QASCI – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

SRQ – *Self-Reporting Questionnaire*

TM – Transtornos Mentais

TMC – Transtornos Mentais Comuns

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O envelhecimento populacional e a dependência decorrente do aumento da longevidade evidenciam a figura do cuidador familiar, foco deste estudo. Especificamente no Brasil, existem políticas de saúde voltadas para idosos, com foco na prestação de cuidados para com a sua saúde. Porém, o cuidador familiar, que auxilia o idoso dependente, que muitas vezes encontra-se tão fragilizado quanto o idoso, não recebe a devida atenção com relação a sua saúde. O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e saúde mental do cuidador familiar a partir do impacto deste cuidar com foco na sobrecarga do cuidador, na saúde mental e nos aspectos sociais que estão imbricados nesta relação. A amostra foi de 40 cuidadores familiares, com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos. Como instrumentos foram utilizados o *Índice de Barthel* para avaliação do grau de dependência do idoso, o WHOQOL-bref; o *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)*; o *Self-Reporting Questionnaire - 20 (SRQ-20)* e a *Escala de Satisfação com a Vida*, além de entrevista semiestruturada aplicada em 10 cuidadores participantes da amostra. Foi utilizado também um questionário sociodemográfico para uma melhor caracterização do perfil dos participantes. De acordo com os resultados quantitativos, o perfil dos cuidadores pode ser caracterizado pela faixa etária acima de 40 anos (82,5%), do sexo feminino (87,5%), casadas (47,5%), com escolaridade média (45%) ou baixa (17,5% fundamental e 17,5% não tem escolaridade), na maioria desempregados (47,5%), e com renda familiar entre um e três salários mínimos. Na maioria dos casos, o cuidador(a) é filho(a) do idoso dependente (62,5%). Os idosos dependentes, em sua maioria, eram do sexo feminino (67,5%), apresentando idade variando entre 64 e 98 anos. De modo geral, as maiores dependências estão situadas nas atividades referentes ao banho, higiene pessoal, subir escadas, vestir-se, usar o vaso sanitário, na alimentação e na capacidade de controlar a urina, nesta ordem. A suspeição diagnóstica de transtornos mentais comuns obteve prevalência de 40% para a amostra em geral, apontando que 16 cuidadores pontuaram na faixa sugestiva de morbididade para Transtornos Mentais Comuns. Com relação à sobrecarga do cuidador, observou-se predomínio de índices de sobrecarga moderada e elevada ($M=53,02$; $DP=20,39$; variando de 16 à 88). A média de satisfação com a vida dos cuidadores foi de 41,87 ($DP=15,17$; variando de 10 a 80), portanto, para a maioria (77%), a avaliação foi negativa. Quando avaliada a Qualidade de Vida Geral, os participantes apresentaram avaliações positivas, com média de 56,6 ($DP=20,9$; variando de 19 a 78). Todavia, ao analisar os fatores que compõem a qualidade de vida, verificou-se o impacto do cuidado nessa avaliação, uma vez que não houve avaliação positiva, sendo os fatores ambiental e social os mais prejudicados, seguidos pelo psicológico e físico. Em relação ao tempo de cuidado, verificou-se diferença significativa ($t_{(38)}=-2,435$; $p=0,02$), no fator psicológico, indicando que o cuidado inicial (menor que 2 anos) oferece maior risco psicológico. Provavelmente, com o maior tempo de cuidado pode haver uma acomodação ou adaptação à situação, diminuindo os danos psicológicos. Espera-se que com a realização deste estudo, os conhecimentos acerca dos cuidadores familiares de idosos dependentes sejam ampliados, com foco na qualidade de vida e saúde mental destes, como também verificar como a saúde pública vem trabalhando com a promoção da saúde destas pessoas que ao prestarem cuidados também precisam ser cuidadas.

Palavras-chave: cuidador familiar; idoso dependente; qualidade de vida; saúde mental.

ABSTRACT

Population aging and dependence caused by longevity increase make evident the character of familiar caregiver, object of this study. Specifically in Brazil, there are health politics focused on elderly people, aiming on healthcare. Although, familiar caregiver, that supports the dependent elder, many times finds itself as fragile as the elder, does not receive the proper attention relating to their health. The objective of this study was valuating life and mental health quality of the familiar caregiver starting from their impacting in taking care of the elder focusing on caregiver stress, mental health and social aspects imbricated on this relationship. The sample has been composed by 40 familiar caregivers over eighteen years old and from both of the genres. As methods, we had *Barthel Scale* to evaluate the elder dependence degree, *WHOQOL-bref*; the *Informal Caregiver Stress Evaluative Questionnaire* (QASCI); *Self-Reporting Questionnaire - 20* (SRQ-20) and Life Satisfaction Scale, besides semi-structured interview applied in 10 caregivers from the sample. Also, a social-demographic questionnaire has been applied for a better view of participants information. According to quantitative results, most of the caregivers are over the 40 years old (82,5%), are female (87,5%), married (47,5%), with medium (45%) or low (17,5% fundamental and 17,5% never frequented school) scholar degree, mostly unemployed (47,5%) and with familiar income between one or three minimum salaries. Mostly, the caregiver is a son or daughter from the elder (62,5%). The dependent elders majority was female (67,5%) between 64 and 98 years old. Generally, the biggest dependences are activities related to bathing, personal hygiene, climbing ladders, dressing, using toilet, feeding and controlling urine, in this order. Common mental disorders diagnostic suspicion has obtained a prevalence of 40% for general sample, pointing that 16 caregivers rated in morbid suggestive scale for Common Mental Disorders. About the caregiver stress, it was observed a dominance of medium and high stress ($M=53,02$; $DP=20,39$; varying between 16 and 88). Life satisfaction rate between caregivers 41,87 ($DP=15,17$; varying between 10 and 80), so, for mostly (77%), evaluation was negative. When evaluated General Life Quality, participants presented positive evaluation, with a rate of 56,6 ($DP=20,9$; varying between 19 and 78). Therefore, analyzing factors that compound life quality, it was verified an impact of care in this evaluation, once there was no positive evaluation, being the environmental and social factors most harmed, followed by psychological and physical ones. About care time, it was verified a significant difference ($t_{(38)}=-2,435$; $p=0,02$), on psychological factor, indicating that initial care (less than 2 years) offers biggest psychological risk. Probably, longest the time, easier it becomes an accommodation or situational adaptation, decreasing psychological damages. It is hoped that with this study realization, knowledge about elderly familiar caregivers to be expanded, focusing on their mental health and life quality, as so as verifying how public health works on these people that take care and need to be cared health.

Keywords: familiar caregiver; dependent elder; life quality; mental health.

Qual impacto que cuidar de um idoso dependente causa na qualidade de vida e saúde mental de um cuidador familiar?

A avaliação da qualidade de vida e saúde mental dos cuidadores de idosos já é alvo de pesquisas em todo o mundo, principalmente quando se refere aos cuidados prestados por cuidadores familiares, os quais assumem a função sem nenhum preparo técnico, onde na maioria das vezes, não são eles quem escolhem ser o cuidador, mas a própria situação exige que o indivíduo que se encontra mais próximo do idoso dependente assuma esta função.

Percebe-se que mundialmente há um aumento significativo do número de idosos, principalmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. E ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma igualitária nos diferentes países e contextos econômicos, envelhecer não é mais um privilégio de poucos (Veras, 2009).

Segundo dados do CENSO/IBGE (2010), no ano de 2010 a população brasileira com mais de 65 anos representava 7,4%, e a de 80 anos ou mais, 1,5% da população total do país. Segundo projeção da população, em 2050, a proporção esperada de pessoas com 65 anos ou mais deverá ser de 22,7% e a de 80 ou mais será de 6,4%. Levando-se estes dados em consideração, em 40 anos, o contingente de pessoas com mais de 65 anos crescerá 247,3%, o de pessoas com 80 anos ou mais deverá aumentar 368,3%. O índice de envelhecimento, que estabelece uma relação direta entre a população idosa e a população infantil, apresentou, em 2010, o valor de 30,7%, pela projeção feita para 2050, esse valor poderá ser de 172,7%, nível em que a Europa se encontra hoje. Isso implica dizer que, em 2010, havia pouco mais de 3 crianças para cada idoso, enquanto que em 2050, poderá haver menos de 1 criança para cada idoso aqui no Brasil (Barbieri, 2013).

Em 2013 o IBGE publicou a “Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o Período 2000/2060”, neste documento há indicação de que a esperança de vida ao nascer deve atingir os 80 anos em 2041, chegando a 81,2 anos em 2060. Nesse mesmo ano, o Maranhão deve

ser o estado com esperança de vida mais baixa (71,7 anos), mas deve chegar a 74 anos em 2030 e, assim, ultrapassar Rondônia e Piauí, que estarão com esperanças de vida em 73,8 e 73,4 anos, respectivamente. Essa projeção indica que em 2013 a esperança de vida chegou a 71,3 anos para os homens e 78,5 anos para as mulheres, em 2060 este patamar deve atingir 78,0 e 84,4 anos, respectivamente, o que irá representar um ganho de 6,7 anos de vida para os homens e 5,9 anos para as mulheres. Entende-se que o aumento da população idosa no país se deve a diminuição da taxa de natalidade. A queda do número de filhos por mulher, vem decrescendo desde a década de 70, a taxa de fecundidade total projetado para o ano de 2013 foi de 1,77 filho por mulher, porém a projeção que é feita para 2020 é de 1,61 filho por mulher e 1,50 filho em 2030.

Em decorrência do crescente aumento do envelhecimento populacional, observa-se agora a maior procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito também é maior comparado com outras faixas etárias. Desta forma, observa-se que o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças incapacitantes na população e aumento do uso dos serviços de saúde (Veras, 2009).

Um fator que se torna presente à medida que o indivíduo envelhece é a perda da capacidade funcional, a qual leva a pessoa à dependência e a perda de autonomia. Na velhice, este aspecto representa para o idoso a perda de espaços, valores e autodeterminação. A dependência na velhice resulta de mudanças ocorridas ao longo do curso da vida, englobando desde mudanças biológicas até transformações exigidas pelo meio social (Sanchez, 2000). É a partir do surgimento da dependência do idoso, principalmente com relação as suas atividades diárias, que surge um dos atores mais presentes na vida do idoso quando este se torna dependente – o cuidador de idoso.

O cuidador de idoso é aquela pessoa que é responsável pelos cuidados para com o idoso dependente, podendo este cuidado ser prestado por profissionais especializados (cuidadores formais) ou por pessoas que compõem o círculo familiar do idoso, as quais não possuem nenhum

tipo de qualificação profissional e não recebem remuneração por estarem cuidando do idoso dependente (cuidadores informais). Na maioria das vezes, quem assume os cuidados com o idoso dependente são os cuidadores informais, que aqui chamaremos de cuidadores familiares, estes por sua vez assumem esta função enfrentando inúmeras dificuldades na tarefa de cuidar por desconhecerem como devem ser realizados os cuidados domiciliares, gerando inúmeras incertezas o que acaba por ocasionar tensão, estresse, desespero, ansiedade, angústia, entre tantos outros sintomas que afetam a saúde do cuidador e aumento a sobrecarga destes.

A sobrecarga física, emocional e financeira são fatores sempre presentes na vida do cuidador familiar de idoso dependente, pois geralmente os cuidados são prestados sem nenhuma orientação profissional, sem apoio social por parte dos familiares e do Estado e demandam gastos para manutenção da saúde do idoso. Toda a dinâmica familiar também é alterada depois que o idoso se torna dependente, os horários são voltados para as atividades referentes a manutenção de sua saúde e do seu bem-estar, o cuidador passa a manter toda a sua atenção para com o idoso, por muitas vezes deixando filhos e marido/esposa em segundo plano. A vida profissional do cuidador também sofre com esta nova função que ele passa a assumir, onde muitas vezes é necessário o cuidador pedir licença do trabalho, aposentar-se ou até mesmo sair do emprego para poder cuidar integralmente do idoso dependente, o que pode levar também a dificuldades financeiras. As atividades sociais e de lazer passam praticamente a inexistir, fazendo com que o cuidador familiar vivencie sentimentos de isolamento e solidão.

Apesar de todas as dificuldades, muitos cuidadores consideram a tarefa de cuidar de um familiar dependente com algo emocionalmente gratificante, porém cuidar de alguém com determinado grau de dependência pode levar a consequências negativas (Carvalho, 2010). Estudos demonstram os efeitos negativos da prestação de cuidados sobre a saúde mental e física dos cuidadores familiares, podendo-se destacar um maior número de doenças psiquiátricas, utilização de drogas psicotrópicas, doenças somáticas, percepção negativa da própria saúde,

estresse pessoal e familiar, isolamento social, sentimento de que as obrigações a cumprir são pesadas e geradoras de tensão, entre outros. Também pode-se observar sintomas depressivos e de ansiedade derivados da tarefa de cuidar de um idoso dependente (Neri & Sommerhalder, 2002). Desse modo, o idoso conta com uma rede precária de saúde preventiva e reabilitação, e o cuidador familiar exerce seu papel de modo solitário, sem a ajuda ou orientações suficientes ou adequadas para o desempenho dessa função, o que pode levar a uma sobrecarga de trabalho e ao comprometimento da sua qualidade de vida e saúde mental.

No presente estudo, o construto qualidade de vida é abordado, podendo este ser entendido como a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações (The WHOQOL Group, 1995). De maneira geral, o termo agrega uma infinidade de condições e circunstâncias da vida, tais como: condições ambientais, inserção social, condições físicas, saúde mental e perspectiva de vida (Cruz, 2010).

Os estudos sobre qualidade de vida tiveram início por volta da Segunda Guerra Mundial referindo-se a conquista e posse de bens materiais, com o passar dos anos o conceito foi se ampliando, principalmente devido ao crescimento econômico, cujos indicadores eram medidos através do Produto Interno Bruto (PIB), taxa de crescimento, taxa de desemprego, entre outros. Passado algum tempo foi que incorporou-se à avaliação da qualidade de vida indicadores que se relacionavam com o desenvolvimento social, como escolaridade, taxa de mortalidade infantil condições de vida e trabalho, transporte, saneamento básico, etc (dimensão objetiva). Porém, foi a partir de década de 60 que se começou a perceber que seria necessário inserir uma dimensão subjetiva da qualidade de vida, onde era preciso conhecer a percepção das pessoas acerca dos indicadores de suas vidas, tais como o sentimento e pensamento sobre suas vidas, o valor que atribuem a determinados aspectos físicos, sociais e emocionais (Paschoal, 2000).

Na atualidade existem muitas formas de mensurar a qualidade de vida, aqui optou-se por utilizar o questionário de avaliação subjetiva de qualidade de vida desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o WHOQOL-*bref*, o qual é uma versão abreviada do WHOQOL-100, a escolha deste instrumento foi levada em consideração porque o mesmo adota um conceito multidimensional da qualidade de vida e já é amplamente utilizado no Brasil e em outros países, sendo o mesmo construído a partir de levantamentos sobre o que as pessoas consideram importante abordar ao se medir este construto (World Health Organization, 1996).

Tendo em vista os impactos causados pela sobrecarga de cuidar de um idoso dependente, é de se esperar que a qualidade de vida destes cuidadores sofra um decréscimo, sendo afetada negativamente por fatores que fazem com que o cuidador sinta-se demasiadamente exausto devido às atribuições que a função de cuidar de um idoso dependente lhe exige, ocasionando assim a diminuição da sua qualidade de vida e conseqüentemente diminuição da sua saúde mental.

Acerca da saúde mental, outro construto abordado neste estudo, entende-se que este também é um aspecto que sofre decréscimo devido a exaustão causada pelo ato de cuidar de um idoso dependente, provocando aumento significativo principalmente nos níveis de ansiedade e depressão nesta parcela da população. Quando este cuidador é um familiar, há diversos fatores que contribuem para o aumento da sobrecarga, podendo-se destacar a mudança da rotina pessoal e profissional, a diminuição das atividades sociais e de lazer, a falta de apoio dos familiares e as condições financeiras, é certo que existem outros fatores que também contribuem para a diminuição da saúde mental do cuidador familiar de idoso dependente, porém estes merecem destaque.

Para abordar o tema saúde mental, foram abordados os transtornos mentais comuns (TMC), os quais podem ser caracterizados como morbidades psíquicas não-psicóticas que ocasionam sintomas como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de

concentração e queixas somáticas (Goldberg & Huxley, 1992), podendo ser observados também níveis significativos de ansiedade e depressão.

Um dos instrumentos mais utilizados para a mensuração dos transtornos mentais comuns é o SRQ-20, este instrumento foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de avaliar os transtornos mentais comuns em países em desenvolvimento, havia uma preocupação com os impactos que os problemas de saúde mental poderiam causar em países periféricos. Na versão brasileira este instrumento possui 20 itens distribuídos por quatro grupos de sintomas (Santos, Araújo, & Oliveira, 2009). No presente estudo, também foi utilizado este instrumento como forma de mensuração da saúde mental dos cuidadores familiares de idosos dependentes.

É importante estudar a problemática do cuidador familiar de idoso dependente focando a qualidade de vida e saúde mental para que se possa compreender as necessidades destas pessoas, como também perceber quais são as sintomatologias inerentes à condição da prestação de cuidados, pois só assim será possível viabilizar políticas de atenção à saúde do cuidador familiar de idoso dependente, visto que há necessidade de manter a saúde destas pessoas para que se possa efetuar um cuidado cauteloso com o idoso dependente, lembrando também que se o cuidador está doente este também pode vir a tornar-se dependente.

Do ponto de vista da Psicologia Social, este estudo se torna relevante devido à contribuição social que se pode oferecer, pois a saúde não é vista apenas da perspectiva individual, são levados em consideração aspectos históricos-sociais que contribuem para que o cuidador familiar de idoso dependente assuma esta função, como também investiga como estes fatores sociais contribuem para a qualidade de vida e saúde mental destes cuidadores, pois assim como afirma González Rey (2004):

A saúde é um aspecto central da cultura de sociedade. Cada sociedade, ao longo da história, tem desenvolvido suas representações e práticas em

relação à saúde e à doença, as que, de fato, têm representado um aspecto constitutivo do tecido social em seu conjunto. A ordem simbólica em que se tem expressado o tema da saúde está estreitamente relacionada aos discursos e práticas dominantes em cada sociedade, pelas quais seu estudo vira uma fonte privilegiada para a construção da Psicologia Social. Isso se torna particularmente importante no momento atual quando muitos problemas sociais são apresentados como doenças e afastados da análise e da crítica social (p. 116-117).

Partindo destes pressupostos e tendo como objetivo geral avaliar os sentidos do cuidar e o impacto na qualidade de vida e saúde mental do cuidador familiar de idoso dependente, este estudo foi organizado em duas partes. A primeira parte compreende um levantamento teórico em dois capítulos. O primeiro, intitulado “O Cuidado e o Cuidador de Idosos Dependentes”, faz um panorama sobre o envelhecimento populacional, abordando as especificidades dos cuidadores de idosos e a influência cultural neste cuidado. O segundo capítulo, “Qualidade de Vida e Saúde Mental do Cuidador”, versa sobre o conceito de qualidade de vida e sua interface com a saúde, as vulnerabilidades do cuidador ao adoecimento e a saúde mental do cuidador.

A segunda parte do estudo apresenta dois estudos empíricos. O primeiro estudo, “Avaliação da Qualidade de Vida e Saúde Mental do Cuidador” (Capítulo III), de cunho quantitativo, teve como objetivo verificar o quanto a qualidade de vida e saúde mental dos cuidadores familiares são impactadas pelos cuidados prestados ao familiar idoso dependente. Para tanto, fez-se uso de vários instrumentos (WHOQOL-bref, Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal – QASCI, *Self-Reporting Questionnaire* - SRQ-20 e Escala de Satisfação com a Vida) aplicados em 40 cuidadores familiares de idosos dependentes que prestassem cuidados sem nenhuma qualificação técnica, sendo esta dependência proveniente do envelhecimento natural ou derivado de algo que aconteceu durante a velhice. Foi considerando idoso dependente a pessoa com 60 anos ou mais com nível de dependência, mensurado a partir do Índice de *Barthel* (método *screening*) que mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações nas atividades da vida diária.

O segundo estudo “Cotidiano e Sentidos do Cuidado” (Capítulo IV), qualitativo, objetivou verificar a percepção do cuidador familiar acerca do sentido do cuidar de um idoso dependente e como este cuidar influencia no seu autocuidado em saúde, identificando. Foram analisados os conteúdos de entrevistas com 10 participantes que também fizeram parte do primeiro estudo.

No Capítulo V, “Sobre os sentidos do cuidar e o impacto na qualidade de vida e saúde mental do cuidador familiar de idoso dependente”, retoma-se às hipóteses e objetivos dos dois estudos para, de forma articulada, responder ao objetivo geral do estudo, ou seja, quais os sentidos do cuidar e o impacto na qualidade de vida e saúde mental do cuidador familiar de idoso dependente? De modo geral, busca-se responder aos pressupostos iniciais de que a qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes sofre declínio devido à sobrecarga exercida pelo ato de cuidar; a baixa qualidade de vida interfere na saúde mental do cuidador familiar afetando os cuidados prestados para com o idoso, como também os cuidados para com o próprio cuidador; e a culpa e a responsabilização pelo cuidado são fatores preponderantes para que o familiar/parente decida ser o cuidador do idoso dependente. Por fim, algumas considerações finais são tecidas e as referências em uso apresentadas.

PARTE I

I – O CUIDADO E O CUIDADOR DE IDOSO DEPENDENTE

1.1 - Envelhecimento Populacional

Estudos sobre o envelhecimento da população já são evidentes na maioria dos países, e este processo vem acarretando mudanças na organização e estruturação da saúde pública, como também do contexto familiar, visto que para atender as necessidades de um idoso, não só o Estado tem que dá sua parcela de contribuição e assistência, como também a família é incumbida de auxiliar o idoso nas suas necessidades diárias.

Fazendo-se uma contextualização sobre o tema, deve-se entender que o envelhecimento humano é um processo biopsicossocial de transformações, ocorridas ao longo do curso da vida, as quais acarretam modificação progressiva de eficiência e adaptações das funções orgânicas (dimensão biológica); criação de novo papel social que poderá ser positivo ou negativo, ou ambos, de acordo com os valores sociais e culturais do grupo ao qual o indivíduo pertence (dimensão sociocultural) e pelos aspectos psíquicos e emocionais vistos tanto pela sociedade quanto pelo próprio idoso (dimensão psicológica).

Segundo Schneider e Irigaray (2008), existem diferentes formas de se definir a velhice. Uma delas é a definição concebida pela Organização Mundial de Saúde, que se baseia na idade cronológica, na qual a definição de idoso inicia aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso (2003), as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são reconhecidas como idosas.

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60

anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (Brundtland, 1999).

Estima-se que até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em números de idosos (WHO, 2005). Fazendo-se uma análise quantitativa da estimativa de idosos, considerando apenas o segmento de pessoas com mais de 75 anos (cerca de 5,5 milhões), a população idosa no Brasil toma proporções significativas, mudando bastante o perfil etário que até pouco tempo era considerado extremamente jovem (IBGE, 2009). Segundo dados recentes do Censo 2010 a representatividade dos grupos etários no total da população em 2010 é menor que a observada em 2000 para todas as faixas com idade até 25 anos, ao passo que os demais grupos etários aumentaram suas participações na última década, com destaque para o alargamento do topo da pirâmide etária que pode ser observada pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010.

Verificando-se os dados por região observa-se que o Norte e Nordeste ainda apresentam uma estrutura bastante jovem, porém houve crescimento da população de idosos tanto no Norte onde a proporção de idosos de 65 anos ou mais passou de 3,0% em 1991 e 3,6% em 2000 para 4,6% em 2010, quanto no Nordeste na qual a proporção de idosos passou de 5,1% em 1991 a 5,8% em 2000 e 7,2% em 2010. O Sudeste e Sul mantêm-se como as duas regiões mais envelhecidas do País. No ano de 2010 as duas tinham 8,1% da população formada por idosos com 65 anos ou mais. E na região Centro-Oeste a população de idosos teve um crescimento, passando de 3,3% em 1991, para 4,3% em 2000 e 5,8% em 2010 (IBGE, 2011).

Dados que chamam a atenção sobre o processo de envelhecimento se referem ao aumento do tempo de vida, no qual se pode comparar que em 1940 a expectativa de vida ao nascer era de 45,5, anos, e em 2008 pode-se observar que a expectativa de vida cresceu

para 72,7 anos. Fazendo-se uma projeção do processo de envelhecimento populacional para o ano 2050, estima-se que a expectativa de vida alcance a marca de 81,29 anos, representando assim um aumento de 35,79 anos em um período de 110 anos (IBGE, 2008).

A explicação para a composição etária de um país relaciona-se a uma redução no número de crianças e jovens e a um aumento na proporção no número de pessoas com 60 anos ou mais. À medida que as populações envelhecem, a pirâmide populacional triangular de 2002 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em 2025, assim como pode ser observada na *Figura 1* a qual demonstra a mudança que irá ocorrer na pirâmide da população mundial (WHO, 2005).

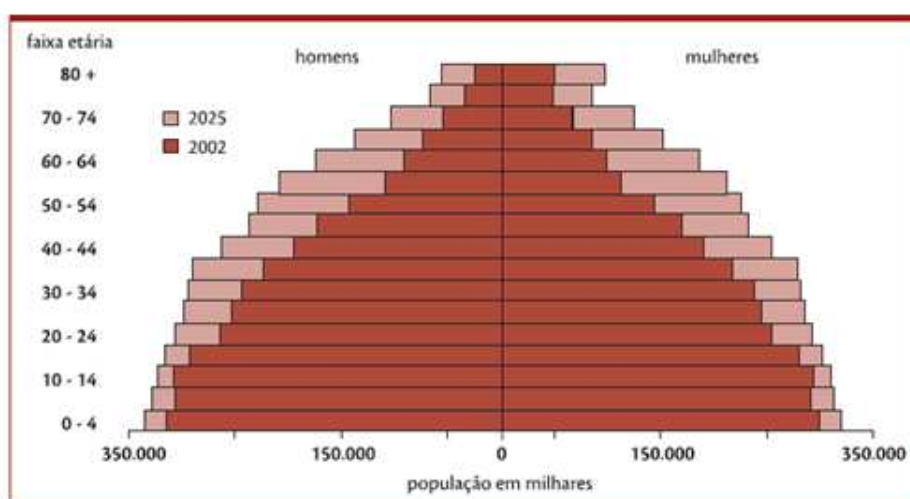


Figura 1: Pirâmide da população mundial em 2002 e em 2025.

Fonte: Nações Unidas (2001, citado por WHO, 2005).

Em todos os países, principalmente os desenvolvidos, a população mais velha está envelhecendo também. O número de pessoas com mais de 80 anos chega a 69 milhões, e a maioria vive em regiões desenvolvidas. Apesar de indivíduos com mais de 80 anos representarem aproximadamente um por cento da população mundial e três por cento da população em regiões desenvolvidas, esta é a faixa etária que mais cresce com relação ao crescimento populacional.

A partir dos dados expostos entende-se que o crescimento populacional nas idades mais avançadas decorre das várias conquistas no âmbito da tecnologia e medicina moderna. Estes aspectos proporcionaram meios possíveis para diagnosticar, prevenir e curar muitas doenças antes consideradas como fatais, aumentando assim a esperança de vida, e consequentemente, reduzindo a taxa de mortalidade verificada em grande parte dos países, principalmente os considerados desenvolvidos. Somando-se a estes fatores pode-se destacar também que a redução da taxa de natalidade, diminuição da mortalidade infantil e melhoria nas condições de vida, foram aspectos que contribuíram para o aumento da longevidade em todo o mundo (Santos, 2008).

Deve-se entender também que o acelerado envelhecimento em todo o mundo é acompanhado por mudanças bruscas nas estruturas e papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e migração. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, família reduzidas, e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas quando necessário (WHO, 2005). Então, quanto mais ações visando melhorar a qualidade de vida de pessoas mais velhas, maiores serão as chances destas pessoas experienciarem um envelhecimento ativo, assim como postula a Organização Mundial de Saúde no final dos anos 90 (WHO, 2005, p. 13):

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos como a grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessário.

A própria categoria de idosos tem se organizado para reivindicar o reconhecimento de aspectos específicos do envelhecimento e da velhice com qualidade como um direito de todos. Com foco nestes aspectos, no Brasil já houve a regulamentação

da Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994) e do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), sendo estes dispositivos legais que objetivam a garantia do direito a uma melhor qualidade de vida e à proteção, na velhice. Porém estas medidas ainda não garantem o princípio de cidadania plena desses sujeitos, pois a sociedade ainda tem uma visão negativa da velhice, mantendo a ideia de que a pessoa vale quanto produz.

Mesmo com a busca de melhorias na qualidade de vida das pessoas idosas, percebe-se que os grupos dos mais velhos não constituem um grupo homogêneo e que a diversidade entre os indivíduos tende a aumentar com a idade, conforme pode ser observado na *Figura 2*. À medida que o indivíduo envelhece as doenças não transmissíveis (DNTs), tais como hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, doença pulmonar, doenças musculoesqueléticas, doenças mentais, e cegueira, transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todo o mundo, sendo que estas enfermidades típicas da 3ª idade acarretam um custo bastante alto para os indivíduos, famílias e Estado (WHO, 2005).

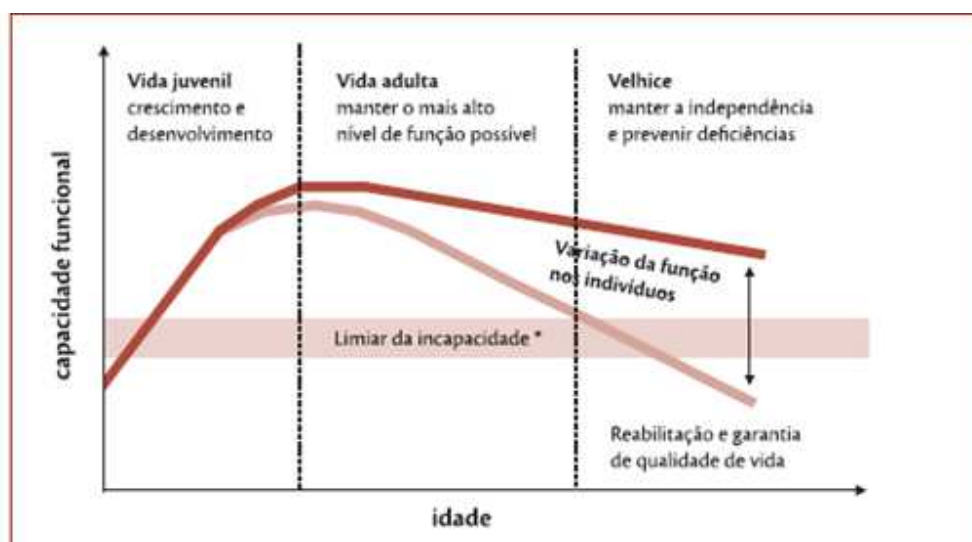


Figura 2: Manutenção da Capacidade Funcional Durante o Curso de Vida.
 Fonte: Kalache e Kickbusch (1997, citados por WHO, 2005).

À medida que o indivíduo vai envelhecendo, verifica-se uma incidência maior dos agravos com relação à sua saúde, e isso faz com que seja reduzida a capacidade deste indivíduo de desenvolver atividades de vida diária. O idoso então ao ser acometido pela dependência, o que o impossibilita de realizar atividades que antes eram feitas normalmente, acaba então por necessitar de ajuda, precisando assim de alguém que esteja sempre à disposição para lhe ajudar a suprir suas necessidades básicas.

Em busca de favorecer a melhoria da qualidade de vida no envelhecimento, e considerando a necessidade do setor de saúde dispor de uma política devidamente expressa relacionada à saúde do idoso, o Brasil, em dezembro de 1999, através do Ministério da Saúde, aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso. Esta Política, em sua introdução, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária (Brasil, 1999). Com a perda de sua capacidade funcional, o idoso necessitará do apoio e assistência de outros, entre eles, os médicos, enfermeiros e cuidadores informais, que na sua maioria são seus familiares. Estas pessoas precisam ter um preparo para lidarem com esta população, pois sabe-se que quanto mais a pessoa envelhece, mais frágil esta vai ficando, e com isso os cuidados devem ser redobrados, e para que não ocorram eventos que possam contribuir para piora no quadro de saúde do idoso a pessoa que está lhe prestando cuidados deve ter o mínimo de preparo técnico.

Com o aparecimento da dependência, começam a surgir os novos atores que ajudarão o idoso no processo de envelhecimento com dependência, os quais são chamados cuidadores de idosos. Quando o idoso começa a vivenciar o processo de dependência, na maioria das vezes quem passa a assumir os cuidados para com este é o sistema de suporte

informal, incluindo-se aí a família, que já assume esta função no seu contexto tradicional e cultural, e caso não assuma esta função, a família pode sofrer sanções sociais, sendo então rotulada como irresponsável ou negligente (Santos, Karsch, & Montañes, 2010). Mas é aí que recai o seguinte questionamento: será que os cuidadores familiares de idosos dependentes estão preparados para lidar com a demanda de cuidados que o idoso necessita? Isso pode acarretar algum problema para o próprio cuidador? Eis as questões que surgem ao se estudar o envelhecimento humano com dependência.

1.2 - Cuidadores de Idosos

A população mundial está envelhecendo, e à medida que se vai envelhecendo percebe-se o quanto o idoso vai dependendo de outros para executar suas atividades diárias, é nesse contexto que surge então a figura do cuidador de idoso. O cuidado ao idoso dependente surge quando o avanço da idade aumenta as chances de surgimento de uma ou mais doenças crônicas que podem gerar processos incapacitantes e afetar a funcionalidade do idoso, dificultando ou impedindo o desempenho das atividades cotidianas. Essa dependência pode ser causada por déficits físicos, cognitivos ou ambos, exigindo assim que uma outra pessoa assuma a tarefa de ajudar este idoso dependente a executar suas atividades diárias.

Quando o idoso torna-se dependente, na maioria das vezes, observa-se uma alteração na família, em especial, na posição de cada membro dentro dela, visto que os papéis vão se modificando e a relação de dependência torna-se diferente. Para o idoso, a família passa a ser os filhos, os netos, os bisnetos e outros parentes de idades inferiores à dele. Ele, que já teve filhos sob seu cuidado e dependência, agora necessita de assistência e torna-se mais dependente, e os demais membros, antes cuidados, passam a provedores do cuidado (Zimmerman, 2000).

Segundo Santos (2003), na Gerontologia, que é a área da ciência que estuda o envelhecimento humano, existe um consenso de que o cuidado ao idoso pode ser implementado tanto pela família como pelos profissionais e pelas instituições de saúde. Entretanto, denomina-se de maneira diferente os cuidadores segundo os seus vínculos com a pessoa a quem dispensam o cuidado. Por *cuidadores formais* compreendem-se todos os profissionais e instituições que realizam atendimento sob a forma de prestação de serviços. Os denominados *cuidadores informais* são os familiares e demais atores do grupo doméstico, podendo-se ainda incluir amigos, vizinhos, membros da igreja ou de grupo de voluntários, entre outros elementos da comunidade. Com relação ao cuidado informal a pessoa não recebe qualquer remuneração pelo trabalho desenvolvido.

É importante destacar que no presente trabalho, será dada ênfase aos aspectos característicos da função dos cuidadores informais, recebendo a denominação de *cuidadores familiares*, sendo estes considerados como os cuidadores primários ou cuidadores principais, que são aquelas pessoas do núcleo familiar que assumem a responsabilidade integral de cuidar diretamente da pessoa idosa, realizando a maior parte das tarefas relacionadas ao cuidado do idoso dependente.

Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com outro, assim afirma Boff (2011). O dever de cuidar de uma pessoa dependente está relacionado com ações impostas por normas sociais as quais estão imbricadas por crenças e valores culturais compartilhados entre os membros de uma sociedade e de práticas morais fixadas pela família. A obrigação moral alicerçada em aspectos culturais e religiosos, a condição de conjugalidade, a ausência de outras pessoas para a tarefa do cuidar, obrigando a pessoa a assumir este papel não por opção mas por força das circunstâncias, as dificuldades financeiras que levam os

filhos a cuidarem dos pais em troca do sustento, estão na lista dos fatores levam uma pessoa a se tornar cuidadora.

Segundo Nardi e Oliveira (2009) é no contexto físico e social em que a família está inserida que são refletidos seu processo de viver, sua qualidade de vida, sua saúde e de seus membros, mas é importante destacar que cada família é única, e diante de uma situação de dependência, ela irá reagir e se organizará à sua própria maneira, com isso a qualidade da prestação do cuidado a um familiar dependente, dependerá de como essa família está preparada, organizada e orientada.

Como dito anteriormente, tornar-se um cuidador familiar de idoso dependente recai como um aspecto cultural que é adotado pela maioria das famílias em todo o mundo, sobretudo entre as mulheres. Ao se deparar com idoso dependente, o seu familiar mais próximo automaticamente assume todas as responsabilidades para com os cuidados com este idoso, independente de condições financeiras, conhecimentos acerca de como exercer o cuidado e de condições físicas e psicológicas do próprio cuidador. O que interessa é manter o idoso dentro do contexto familiar no qual se tem a garantia de que o mesmo estará sendo bem cuidado e não será descartado em nenhum asilo como alguém que não tem com quem contar neste momento em que tanto precisará da ajuda de outrem para garantir que suas necessidades básicas serão supridas.

É importante destacar que o cuidado dentro da família não é uma mera execução de tarefas, este ato dependerá da disponibilidade, dedicação, comprometimento e afetividade de quem cuida para com o ser cuidado. Entre outros aspectos este ato requer carinho, respeito mútuo entre cuidador e a pessoa cuidada, solidariedade, iniciativa e coragem. Ser cuidador representará uma oportunidade de trocas que envolvem prazer e aprendizado e pode proporcionar relações efetivas e enriquecedoras. Ainda que não se conviva com o idoso há muitos anos, e que as relações familiares estejam comprometidas

por situações pregressas, colocar-se disposto a cuidar de alguém pode recriar ou resgatar vínculos e restabelecer ou criar novas convivências.

Apesar de todo o contexto afetivo que circunda o ato de cuidar, esta pode ser uma tarefa árdua para quem a está executando. A assistência a um idoso dependente demanda recursos econômicos, tempo, organização familiar e pessoal que, somados às outras exigências que os cuidadores têm nos seus diferentes papéis sociais, gera uma sobrecarga de tarefas que pode repercutir negativamente no cuidador. É comum que eles(as) exibam altos índices de depressão e baixos níveis de satisfação com a vida, além de estresse, fadiga, dificuldades econômicas, solidão, sentimentos de culpa, raiva, tristeza, cansaço, ansiedade e desespero (Almeida, 2005; Guedea, 2005, citados por Guedea et al., 2009). Segundo pesquisa realizada por Araújo, Paul e Martins (2009), os participantes consideraram ter famílias saudáveis; no entanto, para assumirem a responsabilidade de ser cuidador de um idoso dependente, sofreram alterações na reorganização, na estrutura, função e processos familiares.

Na maioria dos países, o cuidado a um familiar dependente geralmente é exercido por pessoas do sexo feminino, devido a questões culturais, onde as mulheres eram quem desempenhavam as atividades domésticas por não trabalharem fora de casa. Entende-se então que o papel da mulher na família é marcado por tradições culturais e pelas imagens femininas transmitidas de geração a geração. Tradicionalmente, elas foram consideradas as principais responsáveis pela manutenção da família e por todos os cuidados de seus membros. Para Pimentel (2011) a perpetuação das diferenças de gênero na esfera reprodutiva reflete-se também no domínio dos cuidados familiares aos mais dependentes, sendo inegável que os encargos decorrentes da prestação de cuidados recaiam sobre as mulheres, ficando os homens ausentes ou assumindo uma posição secundária.

A presença feminina na literatura e no cotidiano social é vista como fenômeno universal que assume arranjos e formatos diferenciados a depender da classe social, da cultura específica e da estrutura familiar. No imaginário social e em diversas perspectivas teóricas, que discutem o cuidado enquanto conceito central das práticas em saúde, a imagem da mulher se liga ao afeto, à maternidade e ao amor incondicional, que se expressam, sobretudo, no espaço do lar (Gutierrez & Minayo, 2009). Historicamente o papel da mulher foi construído no meio social revelando que esta deveria ser submissa e responsável pelo cuidado do lar, sendo assim todo tipo de cuidado seja para com as crianças ou para com os mais velhos estava a cargo das mulheres, aos homens se atribuía o cargo de provedor da família.

Atualmente, mesmo com todas as demandas de atribuições relacionadas às mulheres, o cenário atual mostra que hoje ela está mais ativa no mercado de trabalho, diminuindo com isso a disponibilidade para prestar cuidados familiares. Porém, mesmo diante desta perspectiva, na maioria dos casos ainda são as mulheres casadas que desempenham o papel de cuidadoras, sejam elas, esposas, filhas ou noras, assumindo com isso as atividades de cuidar junto com as atividades domésticas, gerando um acúmulo de trabalho e sobrecarga nos diversos aspectos de sua vida, contribuindo para o autodescuido e comprometimento da sua saúde como um todo e qualidade de vida (Borghi et al., 2011).

No Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso (Brasil, 1999) possui um item que se refere ao "*apoio ao desenvolvimento de cuidados informais*" o qual sugere a formação de parcerias entre os profissionais de saúde e as pessoas responsáveis pelas atividades da vida diária (na maior parte dos casos esse serviço é prestado pelo familiar) e pelo seguimento de orientações emitidas pelos profissionais. Ainda mais que isso, a Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso recomenda que essas pessoas (cuidadores informais / familiares) devem também receber cuidados especiais, pois considera que

cuidar de um adulto dependente pode acarretar riscos também para a saúde do cuidador, pois este poderá adoecer podendo também vir a tornar-se dependente (Brasil, 2000).

Cuidar de um idoso dependente no domicílio é uma tarefa árdua, pois o cuidado é delegado, geralmente a uma pessoa que não possui apenas essa atividade e acaba conciliando-a com outras, como o cuidado com os filhos, da casa, atividade profissional, entre outras. Este acúmulo de atividades resulta em esgotamento, podendo levar o cuidador ao adoecimento, pois na maioria das vezes o que se percebe é que o cuidador familiar não possui outra pessoa para dividir as obrigações, levando a um acúmulo de atividades. Por este tipo de tarefa ser repetitivo e incessante, pode ocasionar um sobrecarga, levando o cuidador ao isolamento social e afetivo (Schossler & Crossetti, 2008).

A intensa complexidade de tarefas que são exigidas ao se cuidar de um idoso dependente faz com que, na maioria das vezes, o cuidador envolvido esqueça-se dele próprio, de suas necessidades e da satisfação em viver. Sentimentos positivos e negativos, conflitos psicológicos, aflição, medo e insegurança são comuns ao longo da experiência de cuidar (Gratão et al., 2012). Os conflitos oriundos da sobrecarga do ato de cuidar surgem em consequência do cuidado ininterrupto que é realizado no auxílio ao idoso nas suas atividades básicas tais como o banho, vestir-se, manutenção da higiene oral ou alimentação, manejo do idoso em transferências e posicionamento. Todas estas atividades são consideradas como as tarefas mais desgastantes no cotidiano do cuidador familiar de idoso dependente. Além de toda esta sobrecarga de tarefas, o cuidador ainda vivencia um outro dilema, que é o de assumir a responsabilidade dos cuidados, sem qualquer tipo de preparo ou treinamento prévio, sendo obrigado a aprender com a prática.

A complexidade de situações envolvidas nos cuidados com o idoso dependente poderá gerar estresse no cuidador familiar proveniente de aspectos fisiológicos,

financeiros, ambientais, sociais e emocionais. O estresse fisiológico pode ser causado pelas atividades rotineiras de manutenção do cuidado pessoal do idoso, o que requer gasto de energia e cansaço. Além das atividades diárias, cuidar de um idoso dependente também envolve dimensões financeiras, como gastos médicos, farmacêuticos e terapêuticos, havendo necessidade de decisões de como conseguir pagar por estes serviços. Se o dinheiro for limitado, esta situação irá sobrecarregar outras pessoas da família que terão que ajudar com os custos do cuidado, o que poderá causar cargas a todos os membros da família.

Um outro tipo de sobrecarga pode ser causada pelas demandas ambientais, pois cuidar de um idoso requer um ambiente adequado. Pode haver modificações ou adaptações do ambiente dentro da casa do idoso, tais como instalação de rampas, corrimão, barra de apoio, etc. Caso ele não tenha condições de morar sozinho, terão que ser encontradas outras opções, como ir morar na casa de um filho. Quando o idoso passa a morar na casa do cuidador, serão necessários vários ajustes no local, estilo de vida e padrões tanto do idoso quanto do cuidador e da sua família o que pode gerar conflitos e estresse.

O estresse social será experienciado pelo cuidador quando este dispender mais tempo cuidando do idoso do que de si mesmo, causando afastamento da família, amigos e da vida social. Este aspecto geralmente gera ressentimento do cuidador para com o idoso dependente, visto que ele acaba sendo o motivo de seu afastamento do meio social. Após vivenciar toda esta carga, recai sobre o cuidador o estresse emocional, o qual é derivado da dificuldade em administrar seu próprio tempo, de processos afetivos, de raciocínio, consciente ou inconsciente, que formam a personalidade de cada pessoa, das angústias, medos, tristezas e as múltiplas responsabilidades, assim como sentir a pressão da dependência do idoso.

Todos estes impactos e tensões vivenciados pelos cuidadores de idosos dependentes, deixam marcas e modificam as pessoas, inclusive seus corpos (França & Rodrigues, 1999). Os estressores são capazes de desencadear no organismo uma série de reações via sistema nervoso, endócrino e imunológico, prejudicando assim o bom funcionamento dos órgãos e a regulação das emoções. Além disso, ao vivenciar uma carga intensa de emoções o indivíduo pode desenvolver exaustão emocional, que pode ser caracterizada pelo sentimento de esgotamento e de pouca energia para desempenhar as tarefas diárias. Este aspecto costuma deixar as pessoas pouco tolerantes, facilmente irritáveis, nervosas e amargas, assumindo uma postura insatisfatória e negativa com relação a sua própria vida.

Um aspecto a ser considerado ao estudar aspectos relacionados ao papel do cuidador familiar de idoso dependente é o suporte que deve ser dado aos cuidadores, visto que este representa um novo desafio para o sistema de saúde brasileiro, pois há necessidade de estudos sobre esta temática principalmente no que se refere ao conhecimento das causas que levam o cuidador a adoecer e, conseqüentemente, as necessidades de saúde dessa população (Gratão et al., 2012).

Enfatizar a saúde do cuidador é um fator importante, pois à medida que ele fornece cuidados poderá ausentar-se dos cuidados para com ele mesmo, e isso poderá gerar um prejuízo físico e/ou psíquico nesta pessoa. É este um dos problemas da família, além da sobrecarga vivenciada pelo fato de assumir o papel de cuidadora, a falta de preparo para exercer tal função, poderá gerar insegurança na hora de cuidar de seu idoso dependente, impossibilitando assim um cuidado mais cauteloso, podendo vir até a prejudicar mais a saúde do idoso, como também a saúde do cuidador.

1.3 - Influência Cultural na Prestação do Cuidado ao Idoso Dependente

A família como núcleo central, é vista desde longos períodos históricos, como a base de sustentação social e emocional de todos os indivíduos que a compõem. É nela que se aprende a resguardar sua cultura, tradições, costumes e valores, mas a família também acompanha os movimentos históricos, tendo a capacidade de mudar e se adaptar para se adequar as transformações da sociedade. Para Melo (2000) a família transmite a tradição, que representa o cenário do imaginário cultural, porém construindo a sua história particular, marcando as relações internas e externas, os vínculos afetivos e sociais, com a intenção de estruturar o universo psicológico dos membros que a compõem. Em outras palavras, a importância da família está em valorar a construção da sua identidade, destacando os aspectos históricos e culturais, preservando com isso o imaginário social como suporte para estabelecer e manter os vínculos entre os seus membros, e preservando-se estes aspectos não se estabelece a fragilidade da identidade familiar.

A família é vista como instituição social a qual tem uma representatividade de extrema importância para a construção do caráter do indivíduo, entendendo-se a instituição social como a soma do pensamento de diversos indivíduos que interagem com ela ao longo de suas vidas, sendo sua função a de propagação dos valores inscritos nela (Ramos & Nascimento, 2008). Um dos processos que permitem essa transmissão de valores é a socialização, cujo objetivo traduz-se na divulgação das leis e normas institucionais facilitando a interiorização das mesmas pelos indivíduos.

Na perspectiva de instituição social, a família possui cinco fatores de importância para a sua constituição (Berger & Berger, 1978): (1) *exterioridade*: tem realidade externa ao indivíduo, significando que é experienciada como algo que possui um “corpo físico”, não sendo apenas como uma entidade abstrata e interna ao ser humano, a família, por exemplo, é vista como algo concreto em seu “corpo” palpável, não apenas uma mentalização; (2) *objetividade*: é objetiva

porque se constitui como uma realidade compartilhada por vários indivíduos e as formas percebidas pelos mesmos são muito semelhantes entre si; (3) *coercitividade*: ela tem poder sobre o indivíduo, é capaz de determinar quais comportamentos são aceitos segundo o conjunto de possibilidades que lhes determinam. É a coerção imposta pela instituição que garante sua estabilidade e continuidade ao longo do tempo. Isso não significa que ela seja imutável, e nem poderia ser, visto resultar de ações de vários indivíduos na construção de uma significação comum. A coerção se apresenta como uma proteção ao caráter da instituição, não como um impeditivo de mudanças; (4) *autoridade moral*: não se mantêm apenas pela coerção, se refere a um lugar legitimado, suas ações são ações que implicam direito, ou seja, um indivíduo age e recebe recompensas ou punições de acordo com as leis institucionais que determinam se o comportamento do mesmo está de acordo com as normas ou foge aos padrões da instituição, e, (5) *historicidade*: é algo que existia antes do nascimento do indivíduo e vai continuar a existir depois dele.

Quando o enfoque é a família, o que tem que se levar em consideração são as relações e não apenas os indivíduos, pois mesmos as pessoas já estando adultas, a família ainda conserva sua função de dar sentido às relações, servindo de espaço de elaboração das experiências vividas. Essa concepção permite pensar o processo de “crescimento” na família como uma questão que diz respeito não apenas às crianças, mas a todos os seus membros, ao longo de suas vidas, na medida em que as experiências podem ser permanentemente re-elaboradas. “Crescer” não é apenas um processo biológico, mas também deve ser considerado como um processo simbólico, onde cada pessoa que “cresce” dentro do contexto familiar se percebe em permanente crescimento em cada novo lugar que ocupe na família (Sarti, 2004).

Desde a tenra idade é ensinado para a criança que sua família é a base para seus aprendizados, podendo ser o lugar onde se encontrará apoio social e emocional, é neste cenário que os costumes são passados de geração para geração, e assim é que se perpetuam algumas

tradições familiares. Socialmente falando, os vínculos vão estabelecer os lugares, os papéis e as fronteiras que contornam quem é o outro no universo das relações, é o vínculo familiar que contribui para a formação das relações familiares. Neste contexto, é importante destacar a posição de Sarti (1999), a qual enfatiza que a família não se define pelos laços biológicos, mas pelos significantes que criam os elos de sentido nas relações, sem os quais essas relações se esfacelam, precisamente pela perda, ou inexistência, de sentido.

Mesmo sendo constituída por suas relações, a família atualmente vem sofrendo constantes mudanças devido às modificações que estão ocorrendo nas relações sociais. A família pós-moderna, que surge no século XXI, apresenta diversos tipos de convivência, surgem novos modelos familiares, novas relações entre sexos, numa perspectiva igualitária, mediante maior controle da natalidade e o aumento da longevidade das pessoas e a inserção massiva da mulher no mercado de trabalho (Simionato & Oliveira, 2003). A família vem se tornando cada vez menor, com um número maior de idosos em sua composição, com prevalência de doenças crônicas e de problemas decorrentes do processo de envelhecimento (Senna & Antunes, 2003).

Levando-se em consideração esse novo modelo de família e o processo de envelhecimento que está ainda mais presente no seio familiar, é pertinente abordar os aspectos relacionados à velhice e os cuidados familiares prestados ao idoso dependente. Como dito anteriormente, o processo de envelhecimento está presente na maioria das famílias na atualidade, a população mundial está envelhecendo, com isso estará então a família preparada para assumir os cuidados com um idoso dependente? Dentro desta perspectiva também é relevante questionar sobre o que leva um familiar a prestar cuidados para com um idoso dependente? Ao se fazer este questionamento deve-se levar em consideração que em torno de um núcleo familiar circundam aspectos culturais que embasam os valores destas pessoas e fazem com que as mesmas assumam determinadas posturas diante acontecimentos vivenciados.

É importante destacar que as necessidades de cuidados variam ao longo do ciclo de vida, sendo que é essencialmente no início e no final do ciclo vital que a necessidade de cuidados se torna aumentada (Collière, 1989). Através da figura abaixo (*Figura 3*) pode-se observar o gráfico da evolução de cuidados de acordo com a idade:

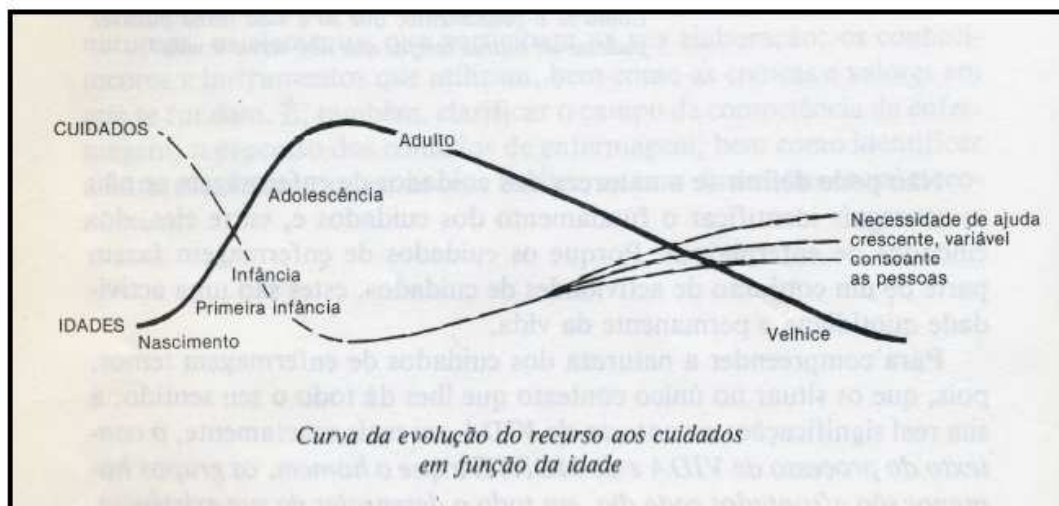


Figura 3: Curva da evolução de recursos aos cuidados em função da idade (Collière, 1989, p. 236).

O envelhecimento é um destes aspectos que está adentrando cada vez mais a vida das famílias em todo o mundo, fazendo com haja um posicionamento com relação ao que se fazer quando o idoso vem a se tornar dependente, em outras palavras, quem ficará responsável quando a velhice chegar e demandar cuidados? É certo que o envelhecimento por ser um fato biológico e cultural, deve ser observado sob uma perspectiva histórica e socialmente contextualizada. O tratamento dispensado à velhice dependerá dos valores e da cultura de cada sociedade em particular, a partir dos quais ela construirá sua visão desta última etapa da vida (Rodrigues & Soares, 2006).

O cuidado a idosos é tema profundamente arraigado no espírito da cultura dos indivíduos. Como questão ética, o que está em jogo é o bem de um semelhante fragilizado e, mais do que a compaixão, o imperativo de retribuir aos mais velhos o que fizeram pelos descendentes. Ao cumprirem tais desígnios, os adultos e a sociedade atuam em favor da sua própria continuidade.

Assim há uma expectativa generalizada de que os idosos sejam amparados pela família e de que, dentro desta, sejam principalmente as esposas e filhas, e depois outros membros da estrutura familiar e de afinidade, que realizem o cuidado. Mesmo na atualidade, em que os valores sociais parecem tão subvertidos, o cuidado a idosos se dá principalmente no seio das famílias (Neri, 2003).

Geralmente é a família quem ampara o idoso na sua dependência, é nela que o idoso sente confiança e onde recebe todo o suporte necessário para poder manter todas as suas atividades da vida diária. À medida que se vai envelhecendo, o idoso vai precisando de alguém que esteja sempre lhe ajudando, porém a escolha do cuidador familiar às vezes não passa por um critério de “seleção”, pois o idoso adoece e aquele familiar que está mais próximo é quem na maioria das vezes assume esta função. É importante destacar que a mulher (esposa/filha) ainda é vista como principal cuidadora, uma vez que este papel está inserido no papel de mãe. O cuidar, para a mulher, constitui-se em mais um dos papéis assumidos dentro da esfera doméstica, sendo muitas vezes passado de geração a geração. Além disso, deve-se destacar que muitos cuidadores familiares se amparam no sentimento de retribuição, muitos se sentem responsáveis pelos cuidados daquele que um dia também lhe prestou cuidados. Nesta perspectiva, pode-se citar o estudo realizado por Lavinsky e Vieira (2004) onde observou-se que filhos que assumiram a responsabilidade cuidar do seu familiar dependente, executaram esta função como uma forma de retribuição da oportunidade de terem sido gerados e postos no mundo, retribuindo assim os cuidados que receberam quando eram crianças.

A escolha de um cuidador que irá assumir a responsabilidade de prestar o cuidado integral é um processo que envolve todo o sistema familiar, movimentando todo o núcleo, culminando por influenciar na decisão de quem vai cuidar. Em estudo realizado por Braz e Ciosak (2009), foi constatado que dentre os motivos que levaram as participantes do estudo a se tornarem cuidadores identificou-se o conformismo/resignação, o medo da perda, o compromisso, a

compaixão, a imposição familiar e do ser cuidado, além da questão de gênero. Gonçalves, Nassar, Daussy, Santos e Alvarez (2011), ainda destacam como motivos que influenciam a decisão de se tornar cuidador de um idoso dependente: a obrigação moral alicerçada em bases culturais e religiosas; a condição de conjugalidade; a ausência de outras pessoas para a tarefa do cuidar, nesse caso o cuidador assume esta função não por opção, mas por força das circunstâncias; e as dificuldades financeiras, como em caso de filhos desempregados que cuidam dos pais em troca do sustento.

Para suportar a sobrecarga advinda das atividades executadas no cuidado ao idoso dependente, muitos cuidadores se utilizam de algumas estratégias, podendo-se destacar aqui a religiosidade, pois muitos cuidadores familiares relacionam o fato de estarem assumindo esta função à sua crença religiosa, alegando ser esta uma missão divina, como também os mesmos encontram suporte na fé e na religiosidade para enfrentar esta fase da vida do seu familiar dependente, a qual ocasiona sobrecarga e desgaste para todos que estão em sua volta. Segundo Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007), a religiosidade se configura como uma ferramenta importante para auxiliar no enfrentamento dos agravos em saúde, servindo de suporte nas dificuldades da vida familiar, fazendo com que as pessoas se sintam mais resignadas e tranquilas diante condições de doença. O fator religioso pode ser considerado como um aspecto importante na trajetória da vida de um indivíduo por potencializar suas competências para enfrentar os problemas advindos do cotidiano, interferindo também nas estratégias terapêuticas que cada família irá utilizar para lidar com suas experiências que geram conflitos, angústias, medos, tristezas e sensações de impotência (Teixeira & Lefréve, 2007).

Diante da demanda exigida e do cenário que contribuiu para que a pessoa se tornasse cuidadora familiar, as estratégias passam a ser adotadas ajudando a suportar a carga de trabalho que afeta não apenas o físico, mas os aspectos psicológicos e sociais. É preciso saber lidar com uma série de emoções ligadas à sua situação atual, como também se reposicionar diante de

vínculos familiares, sociais e pessoais. Para Bulla e Tsuruzono (2010) quando o idoso se torna dependente as reações do núcleo familiar podem ser de afirmação dos vínculos familiares de união ou de desagregação ou hostilidade. Ao decidirem enfrentar a realidade e manter os vínculos, os familiares passam por extremas dificuldades, mas, em geral, passam a perceber a situação de uma forma mais positiva, como uma missão a ser cumprida e, em alguns casos, como um fator de evolução familiar e pessoal, porque são descobertas novas capacidades individuais de superação dos próprios limites, criatividade, flexibilidade, maturidade e também união grupal.

Porém, quando o cuidador familiar não consegue dar conta da demanda de atividades exigidas pelo processo de cuidar de alguém dependente, o mesmo passa a vivenciar o que se pode chamar de sentimento de culpa. Culpa esta que surge porque o cuidador se vê como uma pessoa que será capaz de enfrentar todas as adversidades, que não adoecerá, que não precisará de ajuda de mais ninguém para prestar um cuidado adequado ao seu idoso dependente. Mas quando a realidade de mostra diferente, quando a sobrecarga é maior que a vontade de cuidar impedindo um cuidado mais efetivo, quando a raiva passa a estar presente no comportamento do cuidador, quando a solidão e tristeza começam a fazer parte da sua vida, surge o sentimento de culpa, pois na visão do cuidador familiar não é admissível experienciar nenhum destes sentimentos, visto que o idoso dependente é alguém com quem ele possui um vínculo afetivo.

Gil e Bertuzzi (2006) relatam que a culpa, ansiedade e medo são sentimentos que se aproximam da raiva, e todos estes são interpretados de maneira negativa, estando associados à ausência de qualidade moral. É por este motivo que existe a tendência de se ocultar tais emoções com relação a alguém, especialmente para com aqueles que se encontram enfermos.

No processo de cuidar de alguém que se encontra dependente é possível observar o movimento que vai da gratidão à resignação em relação ao enfermo, evidenciando um ciclo que oscila entre o cansaço físico e o emocional; a perda da liberdade na administração dos próprios horários; a excessiva responsabilidade; os sentimentos de solidão, impotência e tristeza.

Diante de todas as funções exigidas do familiar que se torna cuidador de um idoso dependente, percebe-se que há um misto de emoções que circundam todo o processo de cuidar. A família como um todo sofre alterações devido às exigências e cuidados necessários para manter a saúde do idoso dependente, e o cuidador que vivencia diariamente todos esses aspectos, acaba por não prestar atenção em si próprio, pois em primeiro lugar está o idoso dependente e todas as suas necessidades. Porém, manter a saúde do cuidador familiar é de extrema importância para que se preserve sua qualidade de vida e sua saúde física e mental, pois o cuidador familiar que não se cuida acaba por também ter uma probabilidade de vir a tornar-se dependente.

II - QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DO CUIDADOR

2. Qualidade de Vida

2.1 – Definição Geral

Estudos acerca da qualidade de vida com foco na promoção e prevenção da saúde são recentes, o interesse maior em estudar este construto partiu do surgimento de novos paradigmas os quais têm influenciado as políticas públicas e as práticas do setor de saúde nas últimas décadas. De acordo com esta perspectiva, entende-se que o processo saúde-doença pode ser compreendido como um *continuum*, o qual está relacionado a aspectos econômicos, socioculturais, experiência pessoal e estilo de vida (Seidl & Zannon, 2004).

Fazendo-se uma retrospectiva histórica de como foi o surgimento do interesse em estudar a qualidade de vida, pode-se se referir ao marco da Segunda Grande Guerra Mundial onde houve um aumento na preocupação com este tema, quando foi usado o conceito de “boa vida” para referir-se a conquista de bens materiais. Em seguida, o conceito foi ampliado e passou a medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente. A criação de indicadores econômicos permitia comparar a qualidade de vida entre diferentes países e culturas. Depois o termo passou a designar, além de crescimento econômico, desenvolvimento social (Paschoal, 2000). Durante a década de 60, percebeu-se que embora os indicadores socioeconômicos fossem importantes - *qualidade de vida objetiva*, era necessário avaliar a qualidade de vida percebida pela pessoa, o quanto elas estavam ou não satisfeitas com a qualidade de suas vidas - *qualidade de vida subjetiva* (Neri, 2004; Paschoal, 2000). Diante desta perspectiva, entende-se que não se deve considerar somente a ideia dos pesquisadores acerca do que seja qualidade de vida, também deve-se avaliar a visão que o indivíduo tem da sua qualidade de sua vida.

Foi na década de 70 que o conceito de qualidade de vida começou a ser introduzido enquanto medida de desfecho em saúde. Fleck (2008) enfatiza que seis grandes vertentes contribuíram para o desenvolvimento deste conceito: 1. *Os estudos de base epidemiológica sobre a felicidade e o bem-estar* – basearam-se em estudos acerca da percepção do bem-estar em países desenvolvidos; 2. *A busca de indicadores sociais* – indicadores de riqueza e desenvolvimento, como o produto interno bruto e os índices de mortalidade infantil; 3. *Insuficiência das medidas objetivas de desfecho em saúde* – medidas de desfecho em saúde baseada apenas em exames laboratoriais eram insuficientes, pois se analisava mais a doença do que o doente, com a avaliação subjetiva da qualidade de vida seria possível verificar o real impacto da enfermidade sob um aspecto multidimensional; 4. *Psicologia positiva* – tendência para o desenvolvimento de pesquisa que considere os aspectos positivos da experiência humana, principalmente no contexto da doença; 5. *Satisfação do cliente* – avaliar o grau de satisfação dos usuários com os serviços de saúde; e 6. *Movimento de humanização da medicina* – desenvolvimento de parâmetros que leve em conta a humanização no atendimento com ênfase na relação médico-paciente.

Atualmente, as pessoas cada vez mais têm suas concepções acerca do que seja qualidade de vida e embora se saiba que o termo designa atributo, quando se fala em qualidade de vida, nota-se que a expressão tem adquirido, por si só, o significado de *boa qualidade de vida* (Pascoal & Donato, 2005). Mesmo o termo podendo ser facilmente encontrado nos meios de comunicação, desde sua origem essa temática vem sofrendo especificações, e diferentes pesquisadores voltaram-se para os assuntos mais diversos relacionados a qualidade de vida. Devido a isto, ao longo do tempo percebeu-se a evolução e relevância do tema, porém ainda não há um consenso sobre sua definição. Isso pode acontecer devido ao interesse de diversas áreas como a medicina, psicologia,

filosofia, economia que partem de diferentes perspectivas e focalizam diferentes aspectos da qualidade de vida. Neri (2000) enumera os motivos a que se deve a dificuldade da operacionalização da qualidade de vida: (1) o construto possui múltiplas dimensões; (2) resulta da atuação de muitos eventos concorrentes, isto é, é multideterminado; (3) refere-se à adaptação de indivíduos e grupos de pessoas em diferentes épocas da vida de uma ou várias sociedades; (4) assim como a velhice, a qualidade de vida é um evento dependente do tempo.

Numa perspectiva ampla, esta Tese adota o conceito de qualidade de vida proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a qual propõe que *a qualidade de vida é a percepção do indivíduo quanto a sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, suas expectativas, seus padrões e suas preocupações* (The WHOQOL Group, 1995). Considera-se que este é um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e relaciona aspectos do meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (Fleck, 2000). Por estar relacionada à forma como o sujeito percebe os aspectos de sua vida, fica clara a presença do elemento subjetividade neste construto.

Para os especialistas da OMS a multidimensionalidade desse do conceito de qualidade de vida deve abranger seis domínios (1- *físico*; 2- *psicológico*; 3- *nível de independência*; 4- *relações sociais*; 5- *meio ambiente*; e 6- *aspectos espirituais*) e vinte e quatro subdomínios. Ao *domínio físico* correspondem os subdomínios dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso. Ao *domínio psicológico* correspondem os subdomínios de sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração; autoestima, imagem corporal e aparência; sentimentos negativos. Ao *nível de independência* foram atribuídos itens como mobilidade; atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamento médico; capacidade de trabalho. As *relações sociais* abrangem as relações

pessoais, suporte social e atividade sexual. Do domínio *meio ambiente* fazem parte segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados de saúde e sociais; disponibilidade e qualidade das oportunidades para adquirir novas informações e habilidades; participação em oportunidades de recreação e lazer; ambiente físico; transporte.

Diversos autores também tentaram chegar a um consenso sobre a definição do construto qualidade de vida, Pitta (2000) afirmou que qualidade de vida poderia ser entendida como: 1- estilo de vida, modo de vida, condições de vida; 2- desenvolvimento sustentável, sem pecados ecológicos, e ainda 3- pragmatismo utópico relacionado com o respeito a direitos humanos e sociais, em um exercício de cidadania ativa, incursionando no campo da democratização da saúde. Já Minayo, Hartz e Buss (2000), propõem uma visão mais humana da qualidade de vida, acreditando que esta tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial. Afirmam ser uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. Para os referidos autores, o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, abrangendo variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social marcada pelas relevâncias culturais.

Na perspectiva de Martin e Stockler (1998) qualidade de vida deve ser definida em termos da distância entre as expectativas individuais e a realidade, sugerindo que quanto menor a distância melhor. O termo qualidade de vida volta-se de forma relativa a três fóruns de referência: o 1º é histórico, ou seja, em um dado período de tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico, uma sociedade específica tem uma visão de qualidade de vida diferente da mesma sociedade em outro momento histórico; o 2º é cultural, que implica dizer que os valores, as necessidades são construídas de forma

diferente pelos povos de acordo com suas tradições; e o 3º diz respeito às classes sociais, uma vez que a ideia de qualidade de vida está relacionada ao bem-estar das camadas superiores e a passagem de um limiar a outro.

Outro autor que também apresentou sua definição sobre o construto em destaque foi Rufino Netto (1994), o qual considerou a qualidade de vida como boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes.

Diante de todas as definições apresentadas, percebe-se que a noção de qualidade de vida transita em um campo semântico polissêmico: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida. De outro, inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana. E, por fim, relaciona-se ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais (Castellanos, 1997). No que concerne à saúde, as noções se unem em uma resultante social da construção coletiva dos padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros, para si.

Em todos os estudos feitos sobre a qualidade de vida, compreende-se que valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção. Mas para se falar em qualidade de vida deve-se também considerar alguns componentes passíveis de mensuração e comparação como a satisfação das necessidades mais elementares da vida humana como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer, ou seja, objetos materiais que dão a ideia de bem-estar, conforto, bem como realização individual e coletiva. O desemprego, a violência e a exclusão social podem ser reconhecidos como a negação da qualidade de vida, porém deve-se levar em consideração a cultura de cada sociedade (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Verificando-se que a qualidade de vida apresenta aspectos tanto objetivos quanto subjetivos, nota-se a importância desses dois aspectos para mensuração, conceituação e entendimento desse construto (Paschoal, 2000). Diversos instrumentos foram construídos com o intuito de mensurar a qualidade de vida, e da mesma forma que é difícil conceituá-la, a sua medida também o é, para isso deve-se sintetizar sua complexidade analisando as diferentes culturas e realidades sociais (Gaíva, 1998; Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

De forma diferente de outros instrumentos elaborados para mensurar a qualidade de vida, o grupo de pesquisadores da OMS desenvolveram dois instrumentos os quais baseiam-se nos pressupostos de que a qualidade de vida é um construto subjetivo (percepção do indivíduo), multidimensional e composto por dimensões positivas e negativas. O primeiro instrumento denominado de WHOQOL-100 é composto por 100 questões que avaliam seis domínios (já especificados acima). Já o segundo instrumento WHOQOL-Bref corresponde a uma versão abreviada do WHOQOL-100 formado por 26 questões cobrindo quatro domínios: a) físico, b) psicológico, c) relações sociais e d) meio ambiente.

Existem outras formas de mensuração mais específicas, tais como situações relacionadas à qualidade de vida cotidiana dos indivíduos em decorrência de doenças, intervenções médicas, doenças crônicas como câncer, diabetes, doenças respiratórias, dentre outras. Porém, indicadores para aspectos subjetivos da convivência com doenças, como sentimentos de vergonha e culpa, que por sua vez causam consequências negativas sobre a visão da qualidade de vida tanto dos indivíduos acometidos pela doença como dos familiares estão presentes em vários instrumentos (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Uma das estratégias de desenvolvimento metodológico para mensuração da qualidade de vida é a combinação de indicadores que mensurem componentes objetivos e subjetivos da vida do indivíduo. Obviamente não é algo fácil, tendo em vista que nem

sempre é nítida a demarcação entre o que é “objetivo” ou “subjetivo”, e muito pouco são evidentes as dimensões da qualidade de vida em que cada componente, ou ambos seriam fundamentais para sua mensuração (Faerstein, 2000).

Para uma melhor compreensão deste construto, é importante destacar que os componentes objetivos referem-se sempre situações como renda, emprego/desemprego, população abaixo da linha de pobreza, consumo alimentar, domicílios com disponibilidade de energia elétrica, propriedade da terra e de domicílios, acesso a transporte, qualidade do ar, concentração de moradores por domicílio, dentre outros. Já os subjetivos são os que indicam como as pessoas sentem ou o que pensam das suas vidas ou como percebem o valor dos componentes materiais que são tidos como a base social da qualidade de vida (Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

É importante destacar que qualquer método aplicado à avaliação da qualidade de vida sempre vai ser reducionista, uma vez que essa avaliação é permeada por múltiplas facetas, em que não existe ou não é possível criar um modelo agregador que reúna, todas, em uma construção coerente, lógica, consensual, e com uma capacidade explicativa do fenômeno da qualidade de vida (Goldbaum, 2000). Porém, no presente estudo, a qualidade de vida será mensurada e compreendida a partir do direcionamento dado pela OMS, com foco na dimensão subjetiva deste construto.

2.1.1 Qualidade de Vida e Saúde

A Organização Mundial da Saúde definiu saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (Fleck et al., 1999). Em países como o Brasil e outros da América Latina, a má distribuição de renda, o analfabetismo, o baixo grau de escolaridade, assim como as condições precárias de

habitação e ambiente têm um papel muito importante nas condições de vida e saúde. E esses diferenciais econômicos entre os países são determinantes para as variações nas tendências dos indicadores básicos de saúde e desenvolvimento humano.

No último século pôde-se notar uma melhoria nas condições de vida e saúde da maioria dos países, melhoria essa decorrente dos processos políticos, econômicos, sociais e ambientais como também os avanços na saúde pública e na medicina. Embora tenha ocorrido tal melhoria, ainda permanecem grandes desigualdades nas condições de vida e saúde entre os países e dentro deles, entre regiões e grupos sociais (Buss, 2000). Destaca-se que a maioria dos estudos o termo de referência, não é qualidade de vida, mas condições de vida, estilo de vida, situação de vida, podendo-se perceber insuficiência da abordagem sobre o tema e confirmando a ideia de que a discussão sobre a qualidade de vida tem a sua estratégia central na promoção da saúde (Goldbaum, 2000).

Neste sentido, é importante destacar o modelo de qualidade de vida relacionada à saúde desenvolvido proposto por Parsons (Lima & Fleck, 2009), o qual considera o referido construto como um estado de capacidade absoluta para a realização de tarefas. Lima e Fleck (2009) enfatizam que neste modelo a doença só se torna um problema quando ela afeta a capacidade de desempenho, sendo a saúde o mais valioso estado de existência. Esse modelo é baseado na capacidade funcional do indivíduo, relacionada ao desempenho de atividades diárias de acordo com a idade e com os principais papéis sociais assumidos.

O conceito de qualidade de vida na área de saúde, refere-se à avaliação subjetiva que o paciente realiza, ou seja, quando este compreende as demandas que o estado de saúde acarreta sobre a sua vida e sua capacidade para vivê-la em suas dimensões (Schuttinga, 1995). Considera-se ainda que a qualidade de vida relacionada à saúde compreende o produto das condições objetivas de existência, sendo o resultado das

condições socioculturais, bem como das relações que o homem estabelece entre si e o contexto no qual se insere por meio do trabalho.

Ao saber que a qualidade de vida está diretamente relacionada com a saúde, deve-se entender que a promoção da saúde é o meio mais viável para preservação da “boa” qualidade de vida, é por este motivo que aqui torna-se relevante apresentar uma definição sobre Promoção da Saúde, destacando-se aqui a Carta de Ottawa (1986), a qual define o referido construto como *o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo*. O documento propõe também que *a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida* (WHO,1996).

A partir desta perspectiva, é importante compreender que a Promoção da Saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico. É necessário intensificar as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promover a autonomia das pessoas, indivíduos e profissionais, para que em conjunto possam compreender a saúde como resultante das condições de vida e propiciar um desenvolvimento social mais equitativo. Deve-se defender a promoção da saúde através de ações intersetoriais que valorizam a saúde como qualidade de vida da população (Heidmann et al., 2006).

Nesse contexto, há necessidade de se trabalhar em conjunto com as cinco estratégias da promoção da saúde: políticas públicas, criação de ambientes saudáveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Todos esses campos articulados poderão representar uma força maior

que impulsionará transformações na realidade de saúde da população, o que influenciará na qualidade de vida desta.

Baseando-se nas explicações realizadas acerca da qualidade de vida na saúde, é importante enfatizar que não há um consenso sobre o modelo teórico que explique esse construto, bem como o quanto ela é afetada pelos processos saúde-doença. Definições de qualidade de vida vão desde uma ênfase holística sobre o bem-estar social, emocional e física dos pacientes após o tratamento, até aqueles que descrevem o impacto dos processos de saúde-doença na capacidade das pessoas de levar uma vida com satisfação.

Mesmo diante do que foi dito sobre a influência da saúde na qualidade de vida do indivíduo, é importante demonstrar que este não é o único desafio. Embora fortemente demonstradas, muitas outras questões devem ser resolvidas e respondidas neste campo de investigação, inclusive em relação às intervenções que, a partir do setor saúde, possam de maneira mais eficaz, influenciar de forma favorável à qualidade de vida (Buss, 2000), pois quando se objetiva combater iniquidades de saúde, deve-se conhecer melhor as condições de vida e trabalho dos diversos grupos populacionais, para saber estabelecer as relações dessas condições de vida e trabalho com determinantes mais específicos próprios dos indivíduos que compõem esses grupos. Deve-se também definir, implementar e avaliar políticas e programas que pretendam interferir nessas determinações (Batistella, 2007).

2.1.2 Qualidade de Vida do Cuidador

Anteriormente foi abordado o tema qualidade de vida e saúde para que se pudesse fazer uma ligação com o tema cuidadores familiares de idosos dependentes, visto que a qualidade de vida destes pode estar sendo afetada pela falta de cuidados prestados a esta

parcela da população que acaba assumindo esta função sem preparo e suporte suficientes para lidar com as demandas exigidas para exercer esta atividade. Ou seja, geralmente as estruturas de suporte social e de saúde existentes aos familiares que exercem a função de cuidadores familiares de idosos dependentes ainda se mostram muito frágeis no Brasil e não constituem uma forma de apoio organizada. Esse fator faz com que o cuidador familiar exerça sua função de forma solitária, sem ajuda ou orientações suficientes e adequadas para o desempenho dessa função, o que pode levar a sobrecarga de trabalho e ao comprometimento da sua qualidade de vida (Oliveira et al., 2011).

Pelo fato de o cuidador não perceber que está executando uma tarefa, e sim está apenas dando em troca os cuidados que um dia recebeu, ele acaba não percebendo que pode estar se desgastando física ou emocionalmente. Segundo Yuaso (2000) é importante enfatizar que as demandas do cuidado atravessam os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico. E quando a avaliação familiar ou individual não consegue encontrar alternativas viáveis, ou quando as habilidades e os recursos familiares são insuficientes para o manejo da situação, há uma forte tendência para a desorganização familiar e individual e isso traz consequências negativas para o cuidado. Estes aspectos acabam por prejudicar tanto a saúde do idoso que está sendo cuidado, como também a saúde do cuidador, que também merece atenção, e que na maioria das vezes não se é dada importância.

O cuidar diariamente de alguém que apresenta dependência pode significar o desenvolvimento de atividades que envolvem esforço físico para a prestação de alguns cuidados e, também, estar atento à execução de determinados procedimentos que exigem concentração e planejamento antecipado do que será feito afim da obtenção de resultados satisfatórios no cuidado que tem de ser realizado. Com o tempo vão surgindo características estressantes da atividade de cuidar, o desgaste físico e emocional dos

cuidadores (Cattani & Girardon-Perlini, 2004). Já ficou evidenciado que o que eleva o nível de estresse nos cuidadores são os cuidados que eles têm que incorporar e desenvolver a cada dia, adequando-os às necessidades do idoso que, conforme a dependência vai se apresentando no transcurso da evolução de sua doença, o que torna o cotidiano cansativo e repetitivo. Referem que as noites são mal dormidas oriundas da preocupação em saber se o idoso está bem, pelo compromisso de administrar medicamentos nos horários corretos, como também pela repetição de tarefas a serem executadas.

Percebe-se então que o dia-a-dia do cuidador familiar de um idoso dependente requer bastante habilidade física e emocional para que os cuidados sejam realizados de forma positiva. Porém, devido à falta de assistência para com estes cuidadores, o que acontece é que estes vivenciam ao longo de todo o processo uma desestabilidade de toda a sua vida pessoal e profissional, acarretando assim uma falta de interesse por cuidados para consigo próprio, priorizando a saúde do idoso que está recebendo os cuidados e minimizando os cuidados para consigo próprio.

Quando há desinteresse, por parte do cuidador, para cuidar da sua própria vida, nota-se que a sua qualidade de vida diminui significativamente, sendo esta afetada pela sua saúde física e mental, onde o indivíduo não dá prioridade aos sinais do seu corpo quando o mesmo não está em pleno funcionamento, interferindo consequentemente na sua saúde e outros aspectos da vida em geral.

A literatura indica que com relação à qualidade de vida do cuidador, geralmente é perceptível com bastante frequência a presença de cansaço físico e a percepção que sua saúde, no geral, decaiu desde que assumiu os cuidados do idoso dependente (Imaginario, 2003; Salgueiro, 2008, citados por Pereira & Carvalho, 2012). Outros sintomas também são relatados tais como fadiga geral, dores nas costas, esgotamento físico e mental,

diminuição da força e resistência, nervosismo, irritabilidade, insônia e humor depressivo. Em estudo elaborado por Martins (2004, citado por Pereira & Carvalho, 2012) sobre a qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores o autor concluiu que quanto menor a sobrecarga física, emocional e social, menor a morbidade psicológica do cuidador e, conseqüentemente melhor a sua qualidade de vida.

Incentivar o cuidador familiar a buscar ajuda para minimizar toda a sobrecarga vivenciada é de fundamental importância para que o mesmo possa administrar melhor a sua função, como também para que possa resgatar algumas de suas funções anteriormente exercidas, satisfazendo assim suas necessidades e desejos, visto que não se pode deixar de lado sua individualidade, pois por mais que seja desgastante o cuidar de um idoso dependente, o cuidador deve lembrar que também é um indivíduo que merece ser cuidado e que se encontra vulnerável ao aparecimento de doenças.

2.2 Vulnerabilidade ao Adoecimento

Fazendo-se aqui uma referência ao termo vulnerabilidade, o qual refere-se a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva do indivíduo e sua relação com o coletivo. Neste sentido, o indivíduo não prescinde do coletivo: há relação intrínseca entre os mesmos (Ayres, 2002). Além disso, o autor propõe que a interpretação da vulnerabilidade incorpore, necessariamente, o contexto como *lócus* de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades.

Desde a década de 90 que existem estudos acerca da vulnerabilidade, surgindo a partir do campo relacionado à epidemia de HIV/Aids, porém diante da relevância do tema, observou-se uma contribuição relevante deste para as propostas de renovação das práticas de saúde, de modo geral, e da prevenção e da promoção da saúde, em particular. Destaca-se que a proposta da vulnerabilidade é interessante, porque a mesma pode ser aplicável a qualquer dano ou condição de interesse para a saúde pública, considerando graus de interesses diversos.

O conceito de vulnerabilidade pode ser compreendido como o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que ocasionam maior suscetibilidade ao adoecer e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (Ayres, França Jr., Calazans, & Salletti Filho, 2009).

Para melhor entendimento sobre este marco conceitual deve-se operacionalizar a vulnerabilidade a partir de três componentes: o *individual*, o *social*, e o *programático*. O *componente individual* refere-se a condições cognitivas, tais como quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la; e de condições comportamentais vinculadas à capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras, como forma de incorporar as informações recebidas em possibilidades efetivas de transformar as preocupações em práticas protegidas e protetoras.

O *componente social* diz respeito à obtenção de informações, às possibilidades de processá-las e ao poder de as incorporar em mudanças práticas, o que não dependem só dos indivíduos, mas de aspectos, como acesso a meios de comunicação, escolarização,

disponibilidade de recursos materiais, entre outros aspectos que devem ser incorporados às análises de vulnerabilidade.

Já o *componente programático* corresponde às ações de grau e qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas de prevenção e cuidado relativo ao que se pretende minimizar seus efeitos, como por exemplo, o HIV/Aids, entende-se que essas ações poderão fortalecer os indivíduos diante da epidemia.

Articulados entre si, esses três componentes constitutivos de uma abordagem apoiada no quadro conceitual da vulnerabilidade priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que *as pessoas não são*, em si, vulneráveis, mas *podem estar* vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas. Cada um desses planos pode ser tomado como referência para interpretar-se também outros agravos, além da AIDS. Essa abordagem pode ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que podem ser úteis para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade (Saldanha, 2011).

Dentre os fatores que contribuem para a constituição da vulnerabilidade estão os mitos e os discursos que a sociedade institui, os quais são cristalizações de significados que operam como organizadores de sentido no agir, pensar e sentir dos homens e mulheres que conformam esta sociedade, sustentando a orientação e legitimação de suas instituições (Saldanha, 2003). Assim, produzem narrativas morais, religiosas e científicas que legitima – geralmente naturalizando – esta situação. A falta de consciência crítica faz com que as pessoas naturalizem algumas situações, concorrendo para uma limitação na busca de estratégias que revertam a atual condição que se encontram.

O conceito de vulnerabilidade é uma proposta de renovar as práticas de saúde como práticas sociais e históricas através da transdisciplinaridade, levando-se em consideração que este conceito possui três qualidades indissociáveis: a primeira é a

multidisciplinaridade, ou seja, em uma mesma situação podemos estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros; o que pode deixar um indivíduo vulnerável sob um aspecto, pode protegê-lo sob outro; a segunda qualidade é que *a vulnerabilidade não é unitária*, sendo assim ela não responde ao modelo “sim ou não”, há sempre gradações, estamos sempre vulneráveis em diferentes graus. E a terceira qualidade é que *a vulnerabilidade não é estável*, as dimensões e os graus de nossas vulnerabilidades mudam constantemente ao longo do tempo (Ayres et al., 2009). Diante desta perspectiva, pode entender que as pessoas não “são” vulneráveis, elas “estão” vulneráveis sempre a algo, em algum grau e forma e em certo ponto do tempo e do espaço.

Levando-se em consideração o conceito de vulnerabilidade exposto anteriormente, e considerando-se o estado o qual encontra-se o cuidador familiar de um idoso dependente, que tem uma rotina diária composta por várias ações de cuidados, exigindo disponibilidade integral para com o idoso, faz com que o cuidador não se perceba como indivíduo que também precisa ser cuidado, pois para o mesmo o primordial é manter o idoso bem. Porém, esta postura assumida pela maioria dos cuidadores familiares de idoso dependente, permite que os mesmos se encontrem vulneráveis ao adoecimento devido à falta de dedicação e acompanhamento para com a sua própria saúde, entendendo-se saúde como não apenas saúde física, mas também aquela que envolve aspectos emocionais e sociais.

Devido a isto, ações de promoção da saúde voltadas à conscientização do cuidador familiar de idoso dependente acerca da importância que os cuidados voltados à sua qualidade de vida e manutenção da sua saúde mental são primordiais. Estas ações além de envolver o próprio cuidador, também devem ser iniciadas e incentivadas pelos profissionais que lidam com esta parcela da população, evitando-se assim que estas

peessoas se tornem vulneráveis ao adoecimento devido ao momento que estão vivenciando ao lado do seu familiar dependente.

2.3 Saúde Mental

2.3.1 Definição Geral

Mesmo sendo um conceito complexo, um dos pressupostos do presente estudo é verificar o quanto a saúde mental dos cuidadores familiares de idosos dependentes sofre danos devido à sobrecarga vivenciada pelo ato de cuidar, para isso neste tópico serão abordados os aspectos que contribuem de forma positiva e/ou negativa para manutenção ou diminuição da saúde mental observando-se a suscetibilidade ao aparecimento dos transtornos mentais comuns nos cuidadores familiares de idoso dependente.

A definição mais conhecida acerca do conceito de saúde foi a proposta pela OMS onde esta é entendida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”, porém este conceito tem sido alvo de muitas críticas e defini-la desta forma faz dela algo ideal ou inatingível. Além de ter caráter utópico e subjetivo, a definição da OMS faz uso deste conceito para legitimar estratégias de controle e exclusão de tudo aquilo que se considera como fora do normal, indesejado ou perigoso (Gama, Campos, & Ferrer, 2014). Levando-se isto em consideração, o conceito de saúde necessitaria de reformulação englobando as oscilações da vida, inclusive a própria possibilidade de adoecimento, centrando-se na capacidade de enfrentamento dos problemas (Canguilhem, 1990; Caponi, 2003). Partindo-se desse pressuposto, uma definição de saúde mental é complicada, pois além de estar diretamente vinculada à questão do normal e do patológico, envolve a complexa discussão a respeito da loucura e

todos os estigmas ligados a ela. Porém, o ponto principal aqui não é caracterizar os transtornos psiquiátricos graves e sim os transtornos mentais comuns, que possuem como sua principal característica a ausência de sintomas não-psicóticos.

Segundo a Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), os Transtornos Mentais (TM) se classificam como doença com manifestação psicológica associada a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química. Podem ser classificados, ainda, como alterações do modo de pensar e/ou do humor associados a uma angústia expressiva, produzindo prejuízos no desempenho global da pessoa no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar. Estudos indicam que os transtornos mentais assumem valores baixos de mortalidade, mas possuem, entretanto um grande peso de incapacidade de longa duração, ocasionando a redução da qualidade de vida dos indivíduos (Santos & Siqueira, 2010).

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) compõem um grupo de problemas de saúde mental altamente frequentes na população, que apesar de serem considerados como uma morbidade psiquiátrica menor, ocasionam alto grau de sofrimento e prejuízos funcionais para as pessoas afetadas, sendo que pequena parcela delas é identificada e tratada (Pereira et al., (2008); Ludemir & Melo Filho, (2002), citados por Boletim ISA - Capital (2011)). Os TMC podem ser caracterizados por sintomas não-psicóticos como: insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (Goldberg & Huxley, 1992).

Estudos encontrados por Santos e Siqueira (2010) revelaram um panorama geral da ocorrência dos Transtornos Mentais Comuns (TMC) na população adulta, apontando algumas diferenças em relação aos transtornos específicos. Em relação ao gênero, observou-se que as mulheres são mais acometidas pelos transtornos de ansiedade, de

humor e os somatoformes, enquanto os homens há uma prevalência dos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. No que se refere à idade, indivíduos com faixa etária de 25 a 54 anos apresentam maiores índices de TMC. Fatores relacionados às condições socioeconômicas, tais como desemprego, baixa escolaridade, estado civil, sexo, condições precárias de habitação, trabalho informal e o não acesso aos bens de consumo, são determinantes para altos índices de TMC nos estudos analisados por estes autores. A rotina de trabalho, a demanda, a exigência, o controle, o processo de trabalho e as condições ambientais são associados ao aparecimento de TMC em trabalhadores. É importante destacar que a redução da qualidade de vida e o comprometimento global da pessoa (pessoal, familiar, ocupacional, emocional e social) fazem com que os TMC sejam um dos principais contribuintes para a carga de doença total.

Um dos TMC mais conhecido é a *depressão*, que segundo a OMS (2010) caracteriza-se por estados de tristeza, acompanhados de sentimento de culpa ou baixa autoestima, bem como perda do prazer ou interesse, distúrbio do sono ou no apetite, pouca energia e concentração prejudicada. Pode surgir a partir da interpretação de eventos estressantes derivado de um estilo de vida explicativo ruminante e pessimista, criando um estado desesperançoso e deprimido que acaba por afetar a maneira como a pessoa pensa e age, e todo este ciclo alimenta mais experiências negativas. Em outras palavras, há uma relação circular entre o ânimo deprimido e o pensamento negativo. A depressão causa o pensamento negativo focalizado no eu, e este tipo de pensamento em associação com sentimento de culpa pessoal expõe a pessoa ao risco da depressão quando surgem os acontecimentos ruins (Myers, 1999).

O termo *depressão*, usualmente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (tristeza), quanto um sintoma e uma (ou várias) doença(s). A depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, tais como: transtorno do

estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, entre outros. Podendo ainda ocorrer como resposta a situações estressantes ou devido a situações sociais e econômicas diversas. Esta não apenas altera o humor causando tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer e apatia, como também pode causar uma gama de outras complicações, incluindo-se alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, podendo interferir no sono e no apetite. Devido a isto, a depressão pode ser classificada de várias formas, na literatura atual os quadros mencionados que se referem à depressão são os seguintes: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia. É importante destacar que a nomenclatura a ser utilizada depende muito do momento histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado (Del Porto, 1999). No presente estudo parte-se da classificação denominada pelo CID-10 na qual se pode entender a depressão como um transtorno depressivo recorrente de intensidade leve, moderado ou grave.

Segundo as denominações atuais, o transtorno depressivo é considerado de etiologia multifatorial uma vez que possui aspectos genéticos, neuroquímicos e sociais acometendo indivíduos de todas as idades (Baptista & Carneiro, 2011). A chamada “depressão” incorpora a transformação (a historicidade) de cada uma das faces de um objeto-modelo totalizado, não podendo ser compreendida através do somatório das explicações parciais com base em cada uma das suas manifestações particulares da vida do indivíduo (Filho, Coelho, & Peres, 1999), a historicidade e o ambiente ao qual o indivíduo está inserido devem ser levados em consideração juntamente com os sintomas que o mesmo está apresentando.

Outro TMC bem conhecido é a *ansiedade*. Os transtornos ansiosos geralmente aparecem após alguma situação estressante que eleva a capacidade de o indivíduo reagir

a situações estranhas ao seu dia-a-dia, ou a partir da “hipervalorização” de eventos negativos que fazem com que o indivíduo perceba o futuro como algo ameaçador, mais do que o mesmo possa representar na realidade.

Segundo Gentil (1997), a ansiedade tem sido definida como um estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático, que possui relação com outra emoção, o medo. Esse estado emocional na maioria das vezes é relacionado a um evento futuro, e às vezes pode ser considerado como desproporcional a uma ameaça real. O Modelo Cognitivo da Ansiedade postula que as pessoas que sentem uma ansiedade desproporcionalmente maior do que a estimulação que a gerou, possuem a crença de estarem em perigo que possa gerar dano físico e/ou social. É certo que tal ameaça é exagerada, e mesmo que seja inexistente, o sujeito vivencia a ansiedade como se a ameaça fosse real e significativamente grande (Martins, 2010).

Complementando um pouco mais, Zagminani e Banaco (2005) afirmam que o termo ansiedade pode se referir a eventos diversos, tanto no que se refere a estados internos do indivíduo, quanto a processos comportamentais que produzem esses estados internos. Eventos agradáveis podem produzir ansiedade, porém é principalmente quando a ansiedade se refere à relação do indivíduo com eventos aversivos, em variadas possibilidades de interação, que esse transtorno adquire o *status* de queixa clínica.

Com relação aos sintomas ansiosos, estes podem se manifestar por meio de sentimentos subjetivos de apreensão, temor ou de ameaça, dificuldade de concentração, hipervigilância, insônia, diminuição da libido, dentre outros. O senso comum descreve o desconforto causado pela ansiedade por meio de sensações físicas como: frio na barriga, coração apertado, nó na garganta, mãos suadas, sendo interpretado também como um sentimento paralisante (Zagminani & Banaco, 2005).

É importante destacar que três elementos contribuem para a manutenção da ansiedade: a atenção seletiva, a alteração fisiológica e as mudanças no comportamento. Com a atenção seletiva, as pessoas acreditam estar diante de um perigo real, tornando-se sensíveis à percepção dos estímulos consistentes com o perigo, tornando-o excessivamente maior do que o mesmo é na realidade. Surgindo a alteração fisiológica, as pessoas que se percebem em perigo podem sentir os efeitos da liberação de substâncias como a adrenalina e relacionam as reações à medida real do perigo, o que caracteriza um erro de interpretação, gerando ainda mais ansiedade. E com o aumento da percepção de perigo, aumenta também o comportamento de evitação, o qual aumenta a preocupação com a ameaça, formando assim um círculo vicioso que mantém alto o nível de ansiedade (Salkovskis, 2004).

Além da dimensão biológica, variáveis sociais também contribuem para o desenvolvimento do transtorno de ansiedade. Acontecimentos estressantes desencadeiam vulnerabilidades psicológicas e biológicas. Problemas no trabalho, dificuldades financeiras, demandas acadêmicas e profissionais, casamento, divórcio, morte de entes queridos são fatores sociais comuns que podem ser estressores potenciais para desencadear um transtorno de ansiedade (Martins, 2010).

Segundo a OMS (2010) os *transtornos ansiosos* também compõem o grupo dos Transtornos Mentais Comuns os quais influenciam na qualidade de vida dos indivíduos. Estes sintomas são primários e não derivam de outras condições psiquiátricas. Por sua vez, os *sintomas ansiosos* são provenientes de outros transtornos psiquiátricos, mas podendo surgir também através de situações inesperadas (Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000).

Para poder mensurar os transtornos mentais comuns e com o objetivo de avaliar a prevalência desses transtornos em países em desenvolvimento, a Organização Mundial

de Saúde (OMS), guiada pela preocupação com os impactos que os problemas de saúde mental poderiam apresentar em países periféricos, desenvolveu o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ). A versão original do SRQ continha 24 itens, distribuídos em 20 questões para avaliação dos transtornos não-psicóticos, que são os TMC, e quatro questões para transtornos psicóticos como alucinações, delírio paranóide e confusão mental. Na versão brasileira, retiraram-se as quatro questões referentes aos distúrbios psicóticos, mantendo-se os 20 itens que compõem os transtornos não-psicóticos, possuindo quatro grupos de sintomas, os quais são eles: humor depressivo ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos. Por ser um instrumento bastante simples e de fácil execução, o SRQ tornou-se um instrumento amplamente utilizado para detecção diagnóstica dos transtornos mentais comuns (Santos, Araújo, & Oliveira, 2009).

Embora os TMC representem algo em torno de 13% da sobrecarga de doenças no mundo, a relação entre demanda e atendimento satisfatório dessa demanda não é proporcional. Estima-se que a relação entre a oferta e a demanda de assistência em saúde mental apresenta lacuna, o que contribui para o não atendimento adequado. Dentro desta demanda, estima-se que até 70% estão relacionados com transtornos de humor e 90% com transtornos por usos de álcool em países desenvolvidos (Gonçalves, Stein, & Kapczinski, 2008). Em países em desenvolvimento, as informações sobre o percentual de indivíduos afetados que necessitam de atendimento e não recebem são escassas. Dentro os motivos para esta lacuna está o subdiagnóstico de transtornos mentais comuns, considerando, sobretudo, que de 25 % a 50% das pessoas que procuram atendimento em serviços de saúde primário têm pelo menos um transtorno psiquiátrico ou neurológico. Contudo, a não detecção dos casos pode ser de 55% para diagnóstico de depressão e até 77% para transtorno de ansiedade generalizada.

A averiguação de como os indivíduos reagem a situações que lhe causam estresse e se as situações vivenciadas desestabilizam a sua saúde mental é de extrema relevância para a detecção precoce dos transtornos mentais comuns. A depressão, ansiedade e percepção fraca de saúde são efeitos negativos que podem vir a prejudicar não apenas a saúde mental do indivíduo, como também sua percepção total de qualidade de vida, interferindo assim na sua vida como um todo. Diante do exposto, uma das problemáticas presentes nesta tese é verificar a saúde mental dos cuidadores familiares de idosos dependentes, identificando a possibilidade de o cuidador estar suscetível ou não ao aparecimento dos transtornos mentais comuns, o que pode ocasionar um cuidado menos seguro para o idoso que está sendo cuidado, como também pode levar o cuidador familiar a necessitar também de cuidados para manutenção da sua saúde. No tópico abaixo será discutida a relação existente entre saúde mental e a sobrecarga vivenciada pelo cuidador familiar de idoso dependente.

2.3.2 Saúde Mental do Cuidador Familiar de Idoso Dependente

A prestação de cuidados para com um idoso dependente implica em uma carga significativa para o cuidador, não só em nível emocional, psicológico e físico, como também em nível econômico e financeiro. A sobrecarga, entendida como um estado psicológico resultante da combinação de esforço físico, pressão emocional, limitações sociais e exigências econômicas (Dillehay & Sandys, 1990) acaba por provocar situações difíceis de serem administradas pelo cuidador, o que, na maioria das vezes, leva a diminuição da sua saúde mental.

Diante da demanda enfrentada pelo cuidador familiar, pode-se perceber que há presença de queixas de problemas relacionados à própria saúde, como também

dificuldades em lidar com sintomatologias depressivas, alterações comportamentais e distúrbios das atividades apresentados pelos idosos. Estes cuidadores possivelmente expressam maior sobrecarga e frequentemente apresentam problemas de saúde e estresse (Celestino, 2009). Apesar dos problemas físicos, a saúde mental dos cuidadores familiares de idosos dependentes é sistematicamente a dimensão mais afetada. Este grupo é constituído por níveis superiores de ansiedade e depressão comparados à população em geral, como também consomem maior quantidade de psicofármacos e tem uma pior percepção da sua saúde (Garre-Olmo et al., 2000).

Martins, Ribeiro e Garrett (2003) afirmam que ao assumir o papel de cuidador ocorrem repercussões na vida pessoal, familiar, laboral e social dos cuidadores, tornando-os mais vulneráveis a conflitos. Com frequência entram em crise, apresentando sintomas como: tensão, fadiga, *stress*, constrangimento, frustração, redução do convívio, depressão, redução da autoestima, entre outros. Esta tensão ou sobrecarga pode dar origem a problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros que interferem no bem-estar do doente e do cuidador. Sentimentos de depressão e ansiedade ocorrem quando o cuidador percebe que sua estrutura familiar está abalada devido à modificação dos papéis sociais. Ele é constantemente testado em sua capacidade de discernimento e adaptação à nova realidade, que exige, além de dedicação, responsabilidade, paciência e abnegação (Luzardo, Gorini, & Silva, 2006).

Weitzner et al. (2000) asseguram que os cuidadores estão mais dispostos a uma fragilização do sistema imunológico, a alterações na resposta do organismo à vacina da gripe, a um aumento do tempo necessário para cicatrização de feridas e a um aumento da pressão arterial, alterações estas que são frequentemente vivenciadas num contexto complexo de preocupação constante, de perda, de luto, de raiva, de conflito, de culpa e ressentimento, que facilmente podem conduzir a situações de morbilidade aumentada

destes cuidadores. Porém, apesar de todas essas circunstâncias, os cuidadores reconhecem padecer de problemas de saúde e assumem não procurar os serviços de saúde, não adotando um estilo de vida saudável, verificando-se que dormem um número de horas insuficiente, mantêm uma dieta desequilibrada, praticam pouco exercício físico, consomem excessivamente tabaco e álcool, automedicam-se, e não cumprem tratamentos médicos e/ou vacinação.

Os cuidadores apresentam taxas mais altas de depressão e outros sintomas psiquiátricos e mostram-se mais propensos a problemas de saúde quando comparados a pessoas da mesma idade, porém que não são cuidadores (Zarit, 1994, citado por Cerqueira & Oliveira, 2002), participam menos de atividades sociais e tem mais problemas ocupacionais. Além disso, conflitos familiares, muitas vezes tendo como foco a forma como eles cuidam do parente comum, são frequentes.

Em estudo realizado por Rodríguez del Álamo (2004) com cuidadores de idosos informais de doentes de Alzheimer verificou-se que a ansiedade afetava 54% dos cuidadores e 17% apresentavam depressão ou sintomas depressivos. Hipocondria e outras ideias obsessivas foram verificadas em 17% dos sujeitos, assim como ideação paranoide. 11% dos cuidadores evidenciaram angústia e pânico, e a mesma percentagem de sujeitos referiram ter por vezes ideias suicidas. 63% sentiam-se sufocados pelos problemas, 28% relataram que davam muita importância a problemas diários sem importância. Aumento da irritabilidade também foi referido por 17% dos cuidadores, demonstrando comportamentos hostis contra o idoso dependente e outras pessoas. 17% demonstraram comportamentos repetitivos, como por exemplo, excesso de limpeza. Por sua vez, 69% dos cuidadores desenvolveram problemas psicossomáticos tais como: cefaléias e outras queixas dolorosas; anorexia; tremores; problemas gástricos; palpitações; arritmias; suores; vertigens e dispnéia. As insônias ou um sono não reparador foi referenciado por

42% dos sujeitos. 17% demonstravam fadiga crônica e 11% evidenciavam transtornos da memória e da concentração. Verificou-se, ainda, que 54% descuidaram dos cuidados com outros familiares e 33% abandonaram alguns cuidados pessoais como ir ao cabeleireiro, a alimentação e o vestuário. Também demonstravam diminuição do interesse em relação à situação laboral, amizades e relação conjugal. O consumo excessivo de café, tabaco, álcool, ansiolíticos e hipnóticos foi referido por 28% dos cuidadores.

Angelo e Bocchi (2008) afirmam que as pesquisas já apontam que é possível preservar a saúde mental do cuidador por meio de experiências onde o cuidador se sente amparado, pois ao contar com o apoio e em condições favoráveis para dar continuidade à sua vida, o mesmo tem sua liberdade reestabelecida. De forma contrária, se o cuidador não recebe apoio, ele passa a sentir o peso do cuidado, sentindo-se preso ao papel que assumiu, experienciando insegurança para se afastar do doente, passando assim a conviver com muitas perdas pessoais.

Diante do exposto, percebe-se que devido a ocorrência gradativa de sintomas de ansiedade e depressão, muitos dos cuidadores acabam por se tornar pacientes, pois as demandas do cuidado ultrapassam os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico. É comprovado que quanto menor o nível de suporte social maior é a sobrecarga do cuidador. Esse efeito, sob o ponto de vista social, acaba por sobrecarregar o sistema público de saúde, o qual ainda não tem condições de aplicar ações voltadas para o cuidador familiar de idoso dependente.

Há necessidade então de intervenções junto aos cuidadores que incluam suporte adequado para que não acarretem sobre os mesmos impactos emocionais. Essas intervenções devem focar questões relacionadas ao papel, às responsabilidades e ao estresse da família e do cuidador. Deve-se considerar urgente a necessidade de apoio

formal, pois muitos estudos já revelam que a sobrecarga advinda do cuidado a um idoso dependente causa comprometimento na saúde mental dos cuidadores.

PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS

Capítulo III

Estudo I – Avaliação da Qualidade de Vida e Saúde Mental do Cuidador

3.1 – MÉTODO

3.1.1 – Objetivos e Hipóteses

Objetivo Geral:

Verificar o quanto a qualidade de vida e saúde mental dos cuidadores familiares são impactadas pelos cuidados prestados ao familiar idoso dependente.

Objetivos Específicos:

- ✓ Verificar a influência do cuidado de um idoso dependente na saúde mental do cuidador familiar;
- ✓ Verificar a influência do cuidado de um idoso dependente na qualidade de vida do cuidador familiar.

Hipóteses

H1: O cuidar de um idoso dependente causa sobrecarga para os cuidador familiar;

H2: O cuidado oferecido ao idoso dependente leva ao surgimento de Transtornos Mentais Comuns nos cuidadores familiares;

H3: A avaliação da Satisfação com a Vida dos cuidadores familiares é influenciada pelo grau de dependência do idoso;

H4: A sobrecarga, a presença de Transtornos Mentais Comuns e a insatisfação com a vida, em conjunto, interferem na Saúde Mental dos cuidadores;

H5: A Qualidade de Vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes sofre declínio devido ao ato de cuidar.

H6: A qualidade de vida dos cuidadores de idosos dependentes sofre declínio devido à saúde mental precária destes;

H7: A saúde mental e qualidade de vida são mediadas pelo tempo de cuidado;

H8: A saúde mental e a qualidade de vida são mediadas pelo grau de dependência;

3.1.2 – Delineamento

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, transversal, descritivo e correlacional, realizado em cidades da Paraíba, com o seguinte desenho de pesquisa:

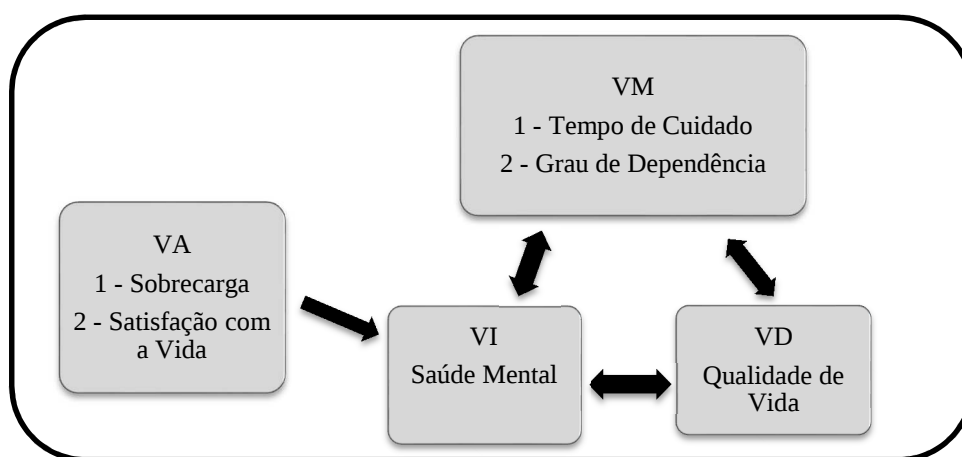


Figura 4: Modelo de Investigação.

Tipo	Construto	Definição Constitutiva	Definição Operacional
Variável Dependente (VD)	Qualidade de Vida	Auto percepção da QV e da Saúde Geral	Itens 1 e 2 do Whoqol-bref
Variável Independente (VI)	Saúde Mental	Transtornos mentais leves, não-psicóticos	Itens do SQR-20: detecção de morbididade psiquiátrica
Variável Mediadora (VM)	Tempo de Cuidado	Tempo de cuidado ao idoso pelo cuidador	01 item do questionário sócio demográfico categorizado em: até 2 anos e acima de 2 anos

Variável Mediadora (VM)	Grau de Dependência	Nível de dependência do idoso em relação às atividades diárias (no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações).	Índice de <i>Barthel</i>
Variável Antecedente (VA)	Sobrecarga	Avaliação da sobrecarga física, emocional e social	Escala QASCI
Variável Antecedente (VA)	Satisfação com a vida	Julgamento que as pessoas fazem sobre o quão satisfeitas encontram-se com suas vidas.	Escala de Satisfação com a Vida

Figura 5: Descrição Constitutiva e Operacional das Variáveis.

3.1.3 - População e Amostra

A população deste estudo foi constituída por cuidadores informais (familiares) de idosos dependentes, com idade acima de 18 anos, com distribuição aleatória, de ambos os sexos. Neste estudo, considerou-se como cuidador familiar aquela pessoa sem qualificação técnica, que fizesse parte do círculo familiar do idoso dependente, que prestasse cuidados diários e exercesse esta função há seis meses ou mais, não recebendo nenhuma remuneração por isto.

A amostra foi selecionada aleatoriamente seja através das unidades básicas de saúde (UBS) de qualquer distrito sanitário da cidade de João Pessoa ou outras cidades da Paraíba (Cabedelo, Bayeux, Santa Rita, Itabaiana e São Bento), desde que atendessem a cuidadores de idosos dependentes, podendo também ser por indicação, totalizando uma amostra de 40 cuidadores.

Como critérios de inclusão, foram considerados participantes da pesquisa, cuidadores familiares de idosos dependentes que prestassem cuidados sem nenhuma qualificação técnica, sendo esta dependência proveniente do envelhecimento natural ou derivado de algo que aconteceu durante a velhice; considerando-se idoso dependente a pessoa com 60 anos ou mais com nível de dependência, mensurado a partir do Índice de

Barthel (método *screening*), cujo ponto de corte correspondeu a 90 pontos (dependência moderada). É importante destacar que o Índice *Barthel* pertence ao campo de avaliação das atividades da vida diária (AVDs) e mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações (Minosso et al., 2010).

Foram excluídos da amostra cuidadores familiares que se negaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou no caso em que o índice de dependência do idoso (*Barthel*) não atingiu o ponto de corte.

3.1.4 – Instrumentos

- Índice *Barthel* (Anexo III): mede o nível de dependência do idoso em relação às atividades diárias (AVDs), ou seja, mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Numa escala de 10 itens a pontuação varia de 0 a 100, onde as pontuações mais elevadas indicam maior independência (Minosso et al., 2010). Um total de 0-20 pontos indica *dependência total*; 21-60 *dependência grave*; 61-90 *dependência moderada*; 91-99 *dependência muito leve*; e 100 *independência*. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de independência podendo ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007). No presente estudo, como ponto de corte para avaliar o nível de dependência do idoso foi considerado idoso dependente aquele que pontuasse 90 pontos ou menos (dependência moderada). Este instrumento foi utilizado como método *screening* para determinação da amostra de cuidadores.

- *Questionário sociodemográfico* (Anexo IV): fornece a caracterização da amostra com questões versando sobre sexo, idade, grau de escolaridade, renda familiar, situação

conjugal, local de residência, nível de religiosidade, além de outras referentes ao cuidado com o idoso (tempo, tipo de cuidado, grau de parentesco, etc).

- WHOQOL-*bref* (Anexo V): utilizado para avaliar as questões relacionadas à qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes. Este instrumento foi desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde sendo uma abreviação do instrumento WHOQOL-100. O WHOQOL-*bref* consta de 26 questões, sendo 02 questões sobre a autoavaliação da qualidade de vida e 24 questões representando cada uma das facetas do WHOQOL-100 divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck et al., 2000). A configuração deste instrumento pode ser observada na *Figura 6*:

DOMÍNIOS	FACETAS
DOMÍNIO I – Domínio Físico	1. Dor e desconforto
	2. Energia e fadiga
	3. Sono e repouso
	4. Mobilidade
	5. Atividades da vida cotidiana
	6. Dependência de medicação ou de tratamentos
	7. Capacidade de trabalho
DOMÍNIO II – Domínio Psicológico	8. Sentimentos positivos
	9. Pensar, aprender, memória e concentração
	10. Autoestima
	11. Imagem corporal e aparência
	12. Sentimentos negativos
	13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
DOMÍNIO III – Relações Sociais	14. Relações pessoais
	15. Suporte (Apoio) social
	16. Atividade sexual
DOMÍNIO IV – Meio Ambiente	17. Segurança física e proteção
	18. Ambiente no lar
	19. Recursos financeiros
	20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	22. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer
	23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)
	24. Transporte

Figura 6: Domínios e Facetas do WHOQOL-bref.

Fonte: The WHOQOL Group (1998).

- *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)* (Anexo VI): avalia a sobrecarga física, emocional e social. Originalmente, a escala QASCI integra 32 itens, avaliados através de uma escala ordinal de frequências que varia de 0 a 4, no entanto neste estudo adaptou-se a escala para 10 pontos para uma melhor precisão das respostas dos participantes. Os itens integram-se em 7 dimensões: *sobrecarga emocional relativa ao familiar* (4 itens), *implicações na vida pessoal* (11 itens), *sobrecarga financeira* (2 itens), *reações às exigências* (5 itens), *mecanismos de eficácia e controle* (2 itens), *suporte familiar* (2 itens) e *satisfação com o papel e com o familiar* (5 itens). De acordo com Martins, Ribeiro e Garretti (2003) a subescala implicações na vida pessoal do cuidador avalia repercussões sentidas por estar cuidando do familiar, como a diminuição do tempo disponível, saúde afetada e restrições ao nível da vida social. Satisfação com o papel e com o familiar inclui sentimentos e emoções positivas decorrentes do desempenho do papel de cuidador e da relação afetiva estabelecida entre ambos.

No que diz respeito ao componente reações a exigências o QASCI compreende sentimentos negativos, tais como a percepção de ser manipulado, ou presença de comportamentos por parte do familiar, suscetíveis de provocar embaraço ou ofensa. Agrupam-se na componente sobrecarga emocional, as emoções negativas evidenciadas no cuidador informal, capazes de desencadear conflitos internos e sentimentos de fuga à situação. Suporte familiar relaciona-se com o reconhecimento e apoio da família perante acontecimentos provocados pela situação de doença e de adaptação do familiar. A subescala sobrecarga financeira refere-se às dificuldades econômicas inerentes à situação de doença do familiar e à incerteza relativamente ao futuro. Percepção dos mecanismos de eficácia e de controle integra aspectos que capacitam ou facilitam ao cuidador continuar a enfrentar os problemas decorrentes do desempenho desse papel. Suporte

familiar, tal como a satisfação com o papel e com o familiar e a percepção dos mecanismos de eficácia e controle constituem forças positivas na dinâmica em estudo.

Estudos realizados por Martins, Ribeiro e Garretti (2003, 2004), demonstram que consistência interna da escala global traduziu-se num alfa de Cronbach de ,90 e todas as subescalas apresentam valores de consistência interna elevados de ,57 a ,89, sendo que a escala relativa à Percepção dos Mecanismos de Eficácia e de Controlo é a que apresenta um valor de consistência interna mais baixo, mas ainda assim aceitável.

- *Self-Reporting Questionnaire - 20 (SRQ-20)* (anexo VII): Instrumento que foi desenhado pela Organização Mundial de Saúde, validado no Brasil por Gonçalves, Stein e Kapczinski, (2008), para a detecção de morbilidade psiquiátrica na população geral (rastreamento de transtornos mentais leves, não-psicóticos). As 20 questões que compõem a escala têm duas possibilidades de resposta (sim/não) e foram desenhadas para abordar sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos (ex: cefaléias frequentes, queixas de insônia e de alterações de apetite, piora da concentração, nervosismo, cansaço, queixas estomacais, diminuição do interesse pelas atividades rotineiras, pensamentos suicidas, sentimentos de tristeza e de desesperança). Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final por meio do somatório destes valores. No presente estudo será considerada alguma morbilidade psiquiátrica significativa a presença de 8 (oito) ou mais respostas afirmativas, levando-se em consideração o somatório final das respostas.

- *A Escala de Satisfação com a Vida* (anexo VIII): instrumento elaborado originalmente por Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985) para avaliar a satisfação geral com a vida. Posteriormente foram desenvolvidos estudos (Pavot & Diener, 1993) que comprovam a adequação de seus parâmetros psicométricos. No Estado da Paraíba essa escala foi validada por Albuquerque, Noriega, Martins e Neves (2008) em universitários.

A escala possui cinco itens, respondidos através de uma escala tipo *Likert* dez pontos, variando de 1 = Discordo Totalmente a 10 = Concordo Totalmente.

3.1.5 – Procedimentos

Primeiramente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba com o fim de solicitar autorização para o prosseguimento da pesquisa.

Ao contatar cada participante, através das UBS ou através de indicações, primeiramente eram fornecidas informações acerca do estudo, explicitando-se o caráter voluntário da participação. Após a concordância em participar do estudo, era aplicado o método de “*screening*” (filtragem) através do Índice de *Barthel*. No método *screening* são levantamentos expeditos que têm como função confirmar ou não a suspeita numa determinada área de interesse, através de técnicas que economizam tempo e investimentos. Neste caso o Índice de *Barthel* serviu para avaliar se realmente o cuidador prestava cuidados a um familiar idoso com dependência moderada.

Após a confirmação de que a pessoa era cuidadora familiar de um idoso dependente, iniciava-se a fase de coleta de dados, em que os participantes da pesquisa eram informados, mais uma vez, a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como, da confiabilidade dos dados e do anonimato da sua colaboração. Portanto, foi solicitado aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Informado, cujo modelo foi elaborado de acordo com a Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Caso os participantes não soubessem ler, o aplicador tinha a responsabilidade de ler e explicar o Termo de Consentimento Informado, de forma a deixar esclarecidas as suas intenções ao realizar a pesquisa.

Destaca-se que os instrumentos foram aplicados por psicólogos(as) previamente treinados para intervirem o mínimo possível nas respostas dos participantes e que todo o material dessa pesquisa será guardado pelo prazo de cinco anos, havendo possibilidade de apresentação dos resultados deste estudo em eventos científicos e publicações em revistas científicas. Também destaca-se que os resultados da presente pesquisa estarão disponíveis à comunidade da área de saúde, como também aos participantes da pesquisa.

3.1.6 - Análise dos Dados

O banco de dados foi construído a partir da digitação dos questionários com prévia codificação das respostas, utilizando o Software SPSS – versão 20. Inicialmente, foram realizados procedimentos para análise exploratória de dados visando identificar eventuais omissões de respostas.

Os dados do *questionário sociodemográfico* foram analisados através de estatística descritiva, com a utilização de medidas de posição (Média, Mediana) e de variabilidade (Desvio Padrão, Amplitude).

Para a análise do *Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)*, inicialmente foi realizada a recodificação dos itens referentes aos fatores Suporte Familiar (2 itens); Sobrecarga Financeira (2 itens) e Percepção dos Mecanismos de Eficácia e de Controle (3 itens) de forma a que as pontuações mais altas correspondessem a níveis maiores de sobrecarga. Posteriormente, na conformação dos fatores, as escalas foram transformadas para variar de 0 a 100.

Com o objetivo de efetuar um estudo da consistência interna dos itens procedeu-se ao cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*. Recorreu-se a estatísticas descritivas, tendo sido calculadas as medidas de tendência central e de dispersão que se consideraram mais

pertinentes (média e desvio-padrão) e ao teste *t* para amostra independente para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os resultados obtidos ao nível da sobrecarga e as variáveis de interesse.

Os dados decorrentes da *Escala de Qualidade de Vida* (WHOQOL *bref*) foram analisados estatisticamente, com a utilização da Sintaxe SPSS-WHOQOL *Bref Questionnaire*, conforme as instruções para aplicação e avaliação do instrumento fornecido pelo Centro WHOQOL do Brasil. Para padronização das respostas dos instrumentos, de forma que quanto mais positiva a resposta maior o escore, foram feitas as inversões dos escores dos itens 3, 4 e 26. Posteriormente, os escores foram transformados em índices com ponderação de 0 a 100, em que 0 corresponde ao menor e 100 ao maior valor encontrado para cada domínio, considerando-se, portanto, como prejudicados os domínios que apresentarem índices cuja média foi inferior a 50 pontos, uma vez que a pontuação máxima poderia ser de 100 pontos.

Já para o instrumento *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) foram atribuídos, conforme instruções para a análise dessa escala, um ponto a cada resposta afirmativa dada aos itens das escalas, compondo, assim, o escore final por meio do somatório destes valores. A partir do ponto de corte para cada escala, verificou-se se haveria existência ou não dos respectivos sintomas.

A *Escala de Satisfação com a Vida* teve os itens 2, 3, 4 e 5 recodificados de forma que as pontuações mais altas correspondessem a níveis maiores de satisfação. Posteriormente, na conformação do fator geral, a escala foi transformada para variar de 0 a 100.

Para verificar a relação existente entre as dimensões dos instrumentos e as variáveis de interesse (tempo de cuidado e índice de dependência), foi utilizada estatística descritiva (medidas de posição), testes de associação bivariados (Qui-quadrado e Teste *t*

de Student) e o coeficiente de correlação r de Pearson, acompanhado dos seus respectivos níveis de significância (p).

3.1.7 - Aspectos Éticos

Este estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, foi solicitado o Consentimento Informado dos participantes, cujo modelo foi elaborado de acordo com a “Resolução nº 466/2012 Sobre Pesquisa Científica Envolvendo Seres Humanos” (Brasil, 2012).

Este documento se constitui da solicitação aos participantes do estudo, após serem informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e obtida a aquiescência – escrita e assinada - para participação, além de ser assegurado o anonimato. Os participantes eram informados, ainda, que este consentimento garantia o direito de interromper sua colaboração na pesquisa a qualquer momento, caso julgasse necessário, sem que isso implicasse em qualquer tipo de prejuízo.

3.2 – RESULTADOS

3.2.1 – Perfil dos Cuidadores e do Cuidado

Os dados sociodemográficos dos participantes apontam para um perfil formado, em sua maioria, por cuidadores na faixa etária acima de 40 anos (82,5%), do sexo feminino (87,5%), casadas (47,5%), com escolaridade média (45%) ou baixa (17,5% fundamental e 17,5% não tem escolaridade), na maioria desempregados (47,5%), com renda familiar entre um e três salários mínimos. Dentre os participantes, 72,5% têm filhos.

A maioria se afirma católica (65%) e avalia-se como religiosa. O perfil sóciodemográfico pode ser visualizado na *Tabela 1*.

Tabela 1: Perfil Sóciodemográfico dos Cuidadores.

Variável	<i>f</i>	%
Faixa Etária		
18 – 20 anos	02	5%
21 – 29 anos	03	7,5%
31 – 39 anos	02	5%
40 – 49 anos	12	30%
50 – 59 anos	12	30%
60 anos ou mais	09	22,5%
Sexo		
Masculino	05	12,5%
Feminino	35	87,5%
Estado Civil		
Solteiro	11	27,5%
Casado	19	47,5%
Separado/Divorciado	08	20%
Viúvo	02	5%
Escolaridade		
Sem Escolaridade	07	17,5%
Fundamental	07	17,5%
Médio	18	45%
Superior	07	17,5%
Pós-Graduação	01	2,5%
Ocupação		
Desempregado	19	47,5%
Funcionário Público	03	7,5%
Funcionário Privado	04	10%
Autônomo	04	10%
Informal	04	10%
Aposentado	06	15%
Renda Familiar		
Sem renda fixa	03	7,5%
Até 01 SM*	04	10%
1 – 3 SM	25	62,5%
4 – 6 SM	07	17,5%

	Acima de 10 SM	01	2,5%
Religião			
	Não Possui	01	2,5%
	Católica	26	65%
	Evangélica	12	30%
	Outras	01	2,5%
Religiosidade			
	Nada /Pouco Religioso	07	17,5%
	Religioso	23	57,5%
	Muito Religioso	10	25%
Filhos			
	Nenhum	11	27,5%
	1 – 2 filhos	21	52,5%
	2 – 3 filhos	05	12,5%
	Acima de 3 filhos	03	7,5%

*SM = Salário mínimo vigente em 2013 (R\$ 678,00).

O tempo de cuidado variou entre 6 meses e acima de dois anos, com maior frequência nesta última faixa (62,5%). Na maioria dos casos, o cuidador(a) é filho(a) do idoso cuidado (62,5%) e afirmam ter algum tipo de ajuda. Os idosos, em sua maioria do sexo feminino (67,5%), apresentam idade variando entre 64 e 98 anos, com predomínio na faixa entre 80 e 89 anos (52,5%). Dentre os principais motivos para a dependência estão patologias como AVC (25%), Alzheimer (25%) e diabetes (12,5%), seguidas da demência senil (10%), quedas (10%) e depressão (7,5%) – *Tabela 2*.

Tabela 2: Perfil do Cuidado.

Variável	f	%
Tempo de Cuidado		
6 meses	04	10%
6 – 12 meses	04	10%
12 – 18 meses	06	15%
18 – 24 meses	01	2,5%
Mais de 24 meses	25	62,5%
Relação de Parentesco		
Filho	25	62,5%

	Cônjuge	07	17,5%
	Parente próximo	06	15%
	Irmã(o)	01	2,5%
	Nora	01	2,5%
Tem ajuda no cuidado?			
	Sim	32	80%
	Não	08	20%
Idade do Idoso			
	64 – 69 anos	06	15%
	70 – 79 anos	06	15%
	80 – 89 anos	21	52,5%
	90 – 98 anos	07	17,5%
Motivo Dependência			
	AVC	10	25%
	Alzheimer	10	25%
	Diabetes	05	12,5%
	Demência Senil	04	10%
	Queda	04	10%
	Depressão	03	7,5%
	Outras*	04	10%
Sexo do Idoso			
	Masculino	13	32,5%
	Feminino	27	67,5%

*Outras = Câncer, Parkinson, Problemas no Baço e Osteoporose/Artrose/Cardiopatia.

3.2.2 – Avaliação do nível de dependência do idoso em relação às atividades diárias (Índice *Barthel*)

De acordo com a pontuação do Índice de *Barthel*, dentre os 40 idosos cuidados pelos participantes do estudo, 15 (37,5%) encontram-se totalmente dependentes, 22 (55%) apresentam dependência grave e 03 (7,5%) possuíam dependência moderada (*Tabela 3*).

Tabela 3: Índice de Dependência do Idoso (Índice Barthel).

Variável	F	%
Dependência Total (Pont. 0 – 20)	15	37,5%
Dependência Grave (Pont. 21 – 60)	22	55%
Dependência Moderada (Pont. 61 – 90)	03	7,5%

Analisando por atividades, observa-se na *Tabela 4* que 17 (42,5%) dos idosos eram dependentes/incapazes em relação a “*alimentação*”, ou seja, não eram capazes de levar a comida do prato à boca, nem tinham capacidade de usar qualquer talher, bem como comer em tempo razoável. Em relação ao *vestuário*, 27 idosos (67,5%) eram dependentes para vestirem-se, não conseguindo pegaras roupas no armário, bem como se vestir. Para a “*higiene pessoal*”, considerado como a capacidade de lavar o rosto, as mãos, escovar os dentes e barbear-se, embora 82,5% (33) necessitassem de ajuda, nenhum foi considerado dependente. No entanto, em relação ao banho, a maioria (90%) não é capaz de banhar-se, ou seja, não tinham autonomia para fazer uso do chuveiro ou banheira, nem de se esfregar em qualquer uma dessas situações.

Na função “*eliminações intestinais*”, 13 (32,5%) idosos eram incontinentes e 19 (47,5%) apresentaram incontinente ocasional. Em relação à “*eliminação vesical*”, 16 (40%) eram incontinentes urinários e 11 (27,5%) incontinentes ocasionais. No “*uso do vaso sanitário*”, avaliado pela facilidade no uso do vaso sanitário para excreções, assim como para arrumar as próprias roupas e limpar-se, 21 (52,5%) eram dependentes e 16 (40%) necessitavam de ajuda em alguma parte do processo.

Para a “*deambulação*” 15 (37,5%) eram dependentes e apenas 2 (5%) eram independentes, ou seja, não necessitavam de auxílio para locomover-se. Em relação à “*subir escadas*” sem ajuda ou supervisão, ainda que com necessidade de dispositivo como muleta ou bengala, ou apoio no corrimão, nenhum idoso foi considerado independente, e 32 (80%) foi tido como incapaz. Para a categoria “*passagem cadeira-*

cama”, apenas 1% foi considerado independente, 11 (27,5%) foram tidos como dependentes incapazes do movimento necessário de deslocamento.

Tabela 4: Classificação das Atividades Diárias por Índice de Dependência.

		Total Índice de Barthel			Total
		Dependência Total	Dependência Grave	Dependência Moderada	
Alimentação					
	Dependente (Incapaz)	15	02	-	17
	Necessita de Ajuda	-	16	02	18
	Independente	-	04	01	05
Vestuário					
	Dependente (Incapaz)	15	12	-	27
	Necessita de Ajuda	-	10	01	11
	Independente	-	-	02	02
Banho					
	Dependente (Incapaz)	15	21	-	36
	Necessita de Ajuda	-	-	-	-
	Independente	-	01	03	04
Higiene Pessoal					
	Dependente (Incapaz)	-	-	-	-
	Necessita de Ajuda	15	18	-	33
	Independente	-	04	03	07
Uso do Sanitário					
	Dependente (Incapaz)	14	07	-	21
	Necessita de Ajuda	01	13	02	16
	Independente	-	02	01	3
Eliminação Intestinal					
	Incontinente	13	-	-	13
	Incontinência Ocasional	01	17	01	19
	Sem Incontinência	01	05	02	08
Eliminação Vesical					
	Incontinente	15	01	-	16
	Incontinência Ocasional	-	10	01	11
	Sem Incontinência	-	11	02	13
Subir Escadas					
	Dependente (Incapaz)	15	17	-	32
	Necessita de Ajuda	-	05	03	08
	Independente	-	-	-	-
Transferência Cadeira-Cama					
	Dependente (Incapaz)	07	04	-	11
	Necessita de Grande Ajuda	08	11	-	19
	Necessita de Ajuda Mínima	-	06	03	09
	Independente	-	01	-	01
Deambulação – Mobilidade					
	Imobilizado	13	02	-	15
	Independente c/ Cadeira de Rodas	-	04	-	04
	Anda com ajuda de uma pessoa	02	15	02	19
	Independente	-	01	01	02

Conforme pode ser observado na *Figura 7*, de modo geral, as maiores dependências estão situadas nas atividades referentes ao banho, higiene pessoal, subir escadas, vestir-se, usar o vaso sanitário, na alimentação e na capacidade de controlar a urina, nesta ordem.

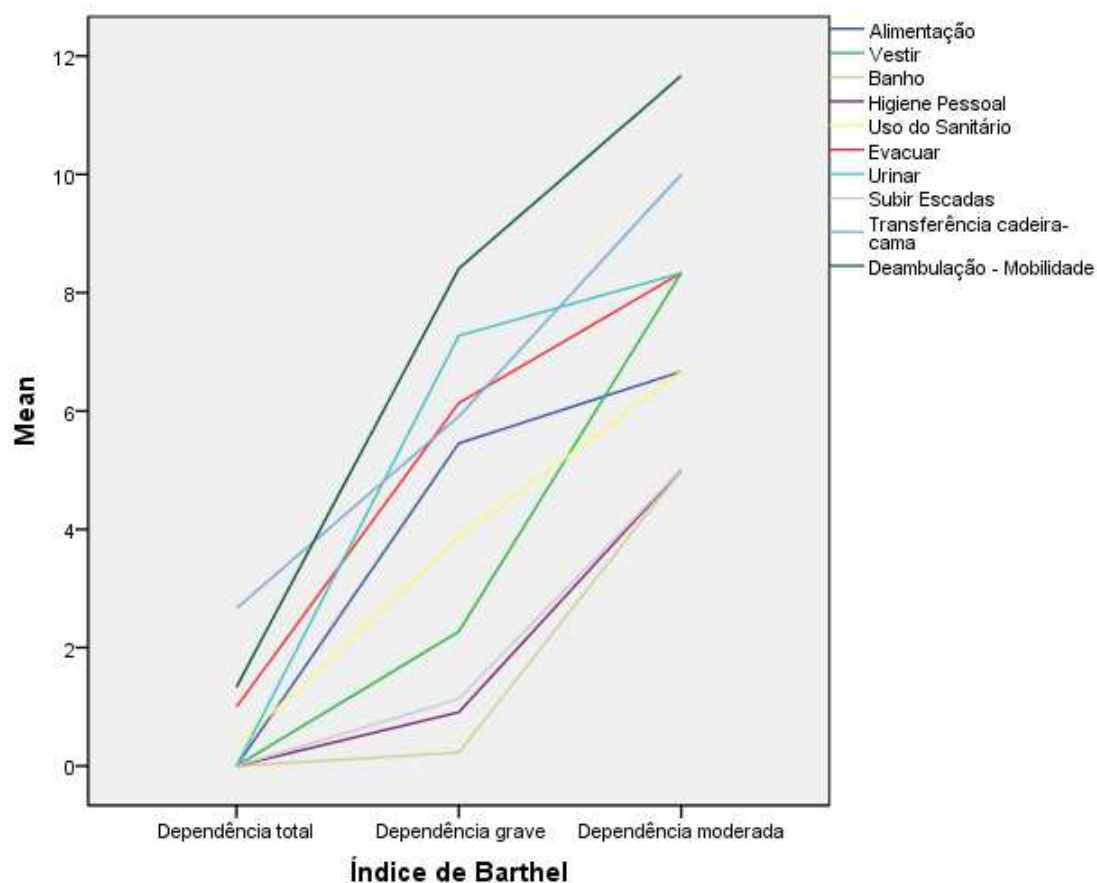


Figura 7: Dependências nas Atividades Diárias.

3.2.3 – Prevalência de Transtornos Mentais Comuns (não-psicóticos)

A consistência interna avaliada globalmente pelo coeficiente *alpha de Cronbach* para esta amostra foi de 0,78, indicando boa confiabilidade. A suspeição diagnóstica de transtornos mentais comuns obteve prevalência de 40% para a amostra em geral, apontando que 16 cuidadores pontuaram na faixa sugestiva de morbidade para estes tipos

de transtornos. Através do teste do *qui-quadrado* não foi encontrada diferença estatisticamente significativa em relação aos fatores e as variáveis *tempo de cuidado* e *grau de dependência*. No entanto, observou-se diferença estatística significativa entre o grau de dependência e os itens referentes ao sentir-se infeliz ($X^2_{(1)} = 4,148 - p=0,04$) e o trabalho diário constituir-se em sofrimento ($X^2_{(1)} = 3,874 - p=0,05$) para aqueles que cuidam de idosos com dependência total e, sentir-se cansado ($X^2_{(1)} = 4,474 - p=0,03$) para os cuidadores de idosos com dependência grave.

Dentre os itens que obtiveram maior prevalência, destaca-se os referentes ao cansaço (100%), dificuldade em tomar decisões, insatisfação nas tarefas diárias, além dos sintomas somáticos dor de cabeça, falta de apetite e transtorno do sono (81,3%). Ainda que com prevalência menor, ressalta-se os transtornos de humor, em relação a choro frequente (68,8%), sentimento de medo (62,5%) e ideação suicida (31,3%). Os dados podem ser observados na *Tabela 5*.

Tabela 5: Transtorno Mental Comum por fator (média) e itens (prevalência) – N=16.

Variáveis	Média dos Fatores	Prevalência dos Itens
Diminuição da Energia (0-6)	3,56	
Sente cansaço		100%
Dificuldades tomar decisões		81,3%
Insatisfação tarefas diárias		81,3%
Dificuldade atividades diárias		37,5%
Trabalho causa sofrimento		56,3%
Dificuldade em pensar com clareza		50%
Sintomas Somáticos (0-6)	4,06	
Dores de Cabeça frequente		81,3%
Falta de apetite		81,3%
Dorme mal		81,3%
Tremores nas mãos		37,5%
Desconforto estomacal		75%
Má digestão		62,5%
Humor Depressivo/Ansioso (0-4)	2,56	
Nervoso/Tenso/Preocupado		-

Sente medo com facilidade	62,5%
Sente-se infeliz	25%
Choro Frequente	68,8%
Pensamentos Depressivos (0-4)	0,75
Sentimento de inutilidade	6,3%
Perda de interesse pelas coisas	25%
Sentimento de menos valia	12,5%
Ideação suicida	31,3%

A partir dos dados sócio demográficos, os cuidadores que apresentam suspeição diagnóstica de transtornos mentais comuns apontam para um perfil conformado por pessoas com idade acima de 40 anos (81%), com maior renda, com ajuda para no cuidado (81%), com filhos (62%) e que são filhos dos idosos (87%).

3.2.4 - Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)

A consistência interna avaliada globalmente pelo coeficiente *alpha de Cronbach* (α) para esta amostra foi de 0,90, indicando confiabilidade muito boa, refletindo a uniformidade entre os itens e com valor igual a versão original ($\alpha = ,90$).

Considerando os pontos de corte sugeridos pela autora da escala (Martins, 2003) onde pontuações de 1-25 = *sobrecarga baixa*; 26-50 = *sobrecarga moderada*; 51-75 = *sobrecarga elevada*; acima de 75 = *sobrecarga extrema*, e tendo por base os resultados obtidos por um escore total, observa-se na *Tabela 06*, o *predomínio de índices de sobrecarga moderada e elevada* (M = 53,02; DP = 20,39; variando de 16 à 88), sem diferenças estatisticamente significativas para o tempo de cuidado e grau de dependência.

Tabela 6: Distribuição dos cuidadores por grau de sobrecarga total, tempo de cuidado e grau de dependência (N=40).

Sobrecarga	Total		Tempo Cuidado			Grau Dependência		
	N	%	≤ 2 anos	>2 anos	p	Grave	Total	P

Baixa	05	7,5%	-	03	-	01	02	-
Moderada	16	40%	07	09	-	09	07	-
Elevada	16	40%	06	10	-	11	05	-
Extrema	05	12,5%	02	03	-	04	01	-

Considerando os pontos de corte especificados acima, conforme pode ser verificado na *Tabela 7*, dentre as dimensões, obteve-se médias maiores para Implicações na Vida Pessoal (M=51,4), configurando-se em *Sobrecarga Elevada*, já as dimensões Sobrecarga Emocional (M=48,9), Sobrecarga Financeira (M=46,6); Reações às Exigências (M=44,1) e Suporte Familiar (M = 31,9), configuraram *Sobrecarga Moderada*. A variável *tempo de cuidado* não obteve diferença estatisticamente significativa, no entanto, podem ser observadas médias mais elevadas de sobrecarga dentre aqueles que tem até 2 anos como cuidador. O *grau de dependência* apresentou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Percepção de Mecanismos de Eficácia e Controle e Satisfação com o Papel e Familiar, maiores para os cuidadores de idosos com grau de dependência grave. De modo geral, ainda que sem diferença estatisticamente comprovada, com exceção das dimensões relacionadas a Sobrecarga Emocional e Satisfação como Papel de Cuidador, observa-se médias maiores na sobrecarga dos cuidadores de idosos graves.

Tabela 7: Dimensões da Sobrecarga por tempo de cuidado e grau de dependência. (N=40).

Dimensões*	Total		Tempo Cuidado						Grau Dependência				
			≤ 2 anos		>2 anos		p		Grave		Total		p
	M	DP	M	DP	M	DP			M	DP	M	DP	
SE	48,9	23,9	50,0	26,7	48,2	22,6	-		47,5	21,1	51,2	28,5	-
IVP	51,4	21,5	52,7	21,5	50,6	21,9	-		52,8	21,7	49,1	21,7	-
SF	46,6	32,9	47,5	36,0	46,0	31,6	-		49,0	33,6	42,5	32,3	-
RE	44,1	22,8	46,7	21,6	42,6	23,8	-		49,2	21,5	35,6	23,0	-
PMEC	29,4	21,5	30,0	23,7	29,0	20,6	-		34,7	21,2	20,5	19,6	,04

SupF	31,9	26,2	33,3	31,6	31,0	23,1	-	35,0	22,2	26,7	32,0	-
SPF	19,7	18,8	17,7	16,1	21,0	20,5	-	26,4	18,1	46,7	20,6	,03

*SE=Sobrecarga Emocional; IVP=Implicações na Vida Pessoal; SF=Sobrecarga Financeira; RE=Reações às Exigências; PMEC=Percepção de Mecanismos de Eficácia e Controle; SupF=Suporte Familiar; SPF=Satisfação com o Papel e com o Familiar.

** test t; significativo a $p \leq 0,05$.

3.2.5 – Avaliação da Satisfação com a Vida

Considerando 50 como ponto de corte, a média de satisfação com a vida dos cuidadores foi de 41,87 (DP = 15,17; variando de 10 a 80), portanto, para a maioria (77%), a avaliação foi negativa. Ainda que sem apresentar diferença estatisticamente significativa em relação às variáveis tempo de cuidado e grau de dependência, observou-se médias menores para os que são cuidadores há mais tempo (M = 38,8; DP = 15,56) e de idosos com dependência total (M = 39,33; DP = 15,22).

3.2.6 – Avaliação da Qualidade de Vida

A consistência interna avaliada globalmente pelo coeficiente *alpha de Cronbach* (α) para esta amostra foi de 0,86, indicando boa confiabilidade, refletindo a uniformidade entre os itens e com valor igual a versão original ($\alpha = ,86$).

Quando avaliada a Qualidade de Vida Geral, a partir de dois itens amplos – Como você avalia sua qualidade de vida? Como você avalia sua saúde? - os participantes apresentaram avaliações positivas, ainda que pouco acima do ponto de corte (50), com média de 56,6 (DP = 20,9; variando de 19 a 78). Todavia, ao analisar os fatores que compõem a qualidade de vida, estimada pela média da soma dos pontos atribuídos a cada item que compõe cada fator, verificou-se o impacto do cuidado nessa avaliação, uma vez que não houve avaliação positiva, sendo os fatores ambiental (referente às condições

estruturais da vida) e social (relações pessoais) os mais prejudicados, seguidos pelo psicológico e físico (*Tabela 8*).

A avaliação da qualidade de vida não apresentou diferença estatisticamente significativa em relação à variável grau de dependência. Mas em relação ao tempo de cuidado, verificou-se diferença significativa ($t_{(38)} = -2,435$; $p = 0,02$), no fator psicológico, indicando que o cuidado inicial (menor que 2 anos) oferece maior risco psicológico. Provavelmente, com o maior tempo de cuidado pode haver uma acomodação ou adaptação à situação, diminuindo os danos psicológicos.

Tabela 8: Avaliação da Qualidade de Vida Geral por Tempo de Cuidado e Grau de Dependência.

Fatores	QV Total		Tempo Cuidado					Grau Dependência				
	M	DP	≤ 2 anos		>2 anos		p	Grave		Total		p
			M	DP	M	DP		M	DP	M	DP	
QV Geral	56,6	20,9	56,0	19,3	56,9	22,2	,88	56,2	22,1	57,2	19,5	,89
Físico	48,7	11,3	47,8	12,8	49,1	10,5	,74	49,6	8,6	47,1	14,9	,52
Psicológico	41,9	11,1	36,7	11,5	45,0	9,8	,02	43,0	10,1	40,0	12,7	,44
Social	34,4	11,6	32,2	12,9	35,7	10,8	,36	33,3	11,3	36,1	12,2	,45
Ambiental	32,5	10,4	31,0	9,9	33,4	10,7	,49	32,5	9,1	32,5	11,3	1,0

** test t; significativo a $p \leq 0,05$

Qualidade de Vida: avaliação da vida e saúde

Físico: dor física, tratamento médico, energia, locomoção, sono, atividades diárias, capacidade de trabalho

Psicológico: aproveita a vida, sentido da vida, concentração, aparência física, autossatisfação, sentimentos negativos

Social: relações pessoais, vida sexual, apoio dos amigos

Ambiental: segurança, ambiente saudável, recursos financeiros, informações disponíveis, atividades de lazer, moradia, acesso serviços de saúde, meio de transporte.

Através do teste de correlação de Pearson, observa-se que apenas o fator físico apresenta correlação significativa com a Qualidade de Vida Geral, podendo-se inferir que, ao analisar a qualidade de vida como positiva, os participantes estariam mais focados nos aspectos físicos, considerando menos os aspectos psicológicos, sociais e ambientais do cuidado (*Tabela 9*).

Tabela 9: Correlação entre a avaliação da qualidade de vida total e os fatores.

	QV	Físico	Psicológico	Social
Físico	,444*	-	-	-
Psicológico	,264**	,428*	-	-
Social	,176**	,434*	,362*	-
Ambiental	,300**	,499*	,414*	,297**

* significativo a $p \leq 0,05$

** Não significativo

3.2.7 – Estudos Correlacionais e de Regressão

Com a finalidade de testar o modelo proposto, efetuou-se o teste de correlação de Pearson e análise de regressão linear múltipla (método *stepwise*). Para o teste de regressão, foram consideradas àquelas variáveis que apresentaram correlações significativas com a Qualidade de Vida (QV) ou Transtorno Mental Comum (TMC), no entanto que apresentassem correlações menores que 0,75 entre si, evitando o efeito de multicolinearidade.

Diferente da Escala WHOQOL-HIV *Bref* em que as facetas que avaliam a Qualidade de Vida Geral são independentes das facetas que compõe os fatores, na escala SRQ-20 (que avalia os Transtornos Mentais Comuns) o Fator Geral é dado pelo somatório de todas as facetas que compõem os quatro fatores (Humor Depressivo/Ansioso, Sintomas Somáticos, Decréscimo da Energia Vital e Pensamento Depressivo). Assim, tendo em vista reduzir o número de variáveis antecedentes para a análise de regressão e considerando que as facetas dos fatores do SRQ estão incluídas no SRQ global, optou-se pela utilização do índice geral, aglutinando estas variáveis. Da mesma forma foi feito com o índice de sobrecarga do cuidador. Assim, testou-se um modelo incluindo apenas as seguintes variáveis antecedentes: Grau de Dependência do Idoso (GD), Tempo de Cuidado (TC), Sobrecarga (SC), Físico (FS), Psicológica (PSI), Social (SO), Ambiental

(AMB), Satisfação com a Vida (SV) e Transtornos Mentais Comuns (TMC), indicados por meio do SRQ Global e Qualidade de Vida Geral.

Os resultados indicam a existência de correlações significativas entre a Qualidade de Vida Geral e a dimensão Física. Por outro lado, a Saúde Mental, aqui medida pelo TMC, se correlaciona com todas as variáveis, exceto o grau de dependência (*Tabela 10*).

Tabela 10: Correlação entre as variáveis do estudo.

	QV	TMC	FS	PSI	SO	AMB	SC	SV	GD
TMC	-,162**	-				-	-	-	-
FS	,444*	-,467*	-	-	-	-	-	-	-
PSI	,264**	-,610*	,428*	-	-	-	-	-	-
SO	,176**	-,391*	,434*	,362*	-	-	-	-	-
AMB	,300**	-,409*	,499*	,414*	,297**	-	-	-	-
SC	-,086**	,418*	-,303*	-,453*	-,429*	-,562*	-	-	-
SV	-,040**	,321*	-,081**	-,480*	-,270**	-,545*	,615*	-	-
GD	,076**	-,121**	,007**	,136**	-,109**	,010**	,139**	-,129**	-
TC	,023**	-,269*	,056**	,367*	,147**	,110**	-,043**	,904*	-,067**

* significativo a $p \leq 0,05$

** Não significativo

Para verificação das hipóteses e obtenção do valor preditivo de cada variável, foi utilizada a Regressão Múltipla por Etapas (*Stepwise*), onde o índice (R) indica o grau de correlação existente entre as variáveis preditoras e a variável critério. Obteve-se também o *peso* (Beta estandarizado) para cada variável antecedente na predição das duas variáveis critério, qualidade de vida e saúde mental (TMC).

A análise de Regressão Múltipla, tendo a Qualidade de Vida como variável dependente indicou apenas a variável física explicando 44% de determinação ($RM = 0,444$; $R^2=0,197$; $p<0,05$) – *Tabela 11*.

Tabela 11: Regressão Múltipla da Qualidade de Vida em relação às variáveis antecedentes.

Variável	R	R ²	F	Sig (F)	Beta (β)	t	p
Física	,444	,197	F ₍₁₎ =9,100	,005	0,444	3,017	,005

Em relação à Saúde Mental, embora o TMC tenha se correlacionado com as variáveis física, social, ambiental, sobrecarga e satisfação com a vida, a análise de Regressão Múltipla indicou apenas a variável psicológica como explicativa da Saúde Mental (TMC) (RM = 0,610; R² = 0,372; p<0,000) ou seja, explicando conjuntamente 61% da variância total na determinação da Saúde Mental (TMC), conforme pode ser observado na *Tabela 12*.

Tabela 12: Regressão Múltipla da Saúde Mental (TMC) em relação às variáveis antecedentes.

Variável	R	R ²	F	Sig (F)	Beta (β)	t	p
Psicológica	,610	,372	F=22,545	,000	-,610	-4,748	,000

Foi realizado um teste de regressão linear do tipo *stepwise* tendo a Qualidade de Vida como variável dependente e outro teste com os TMC (Transtornos Mentais Comuns) como variável dependente. Os resultados confirmam que, no conjunto de variáveis investigadas, apenas a dimensão física apresenta explicação (20%) para a Qualidade de Vida.

A partir destas considerações, verifica-se que o modelo inicial do estudo não se confirma. Para essa amostra, observa-se que a qualidade de vida e a saúde mental se apresentaram como construtos independentes, ou seja, não estão correlacionadas entre si. A qualidade de vida foi explicada pela dimensão física (dor física, tratamento médico, energia, locomoção, sono, atividades diárias, capacidade de trabalho) sem mais correlação com outras variáveis estudadas. Por outro lado, a Saúde Mental (TMC) foi

explicada apenas pela dimensão psicológica (aproveitar a vida, sentido da vida, concentração, aparência física, autossatisfação, sentimentos negativos), no entanto, esta dimensão se apresenta correlacionada com as variáveis física, social, ambiental, sobrecarga e satisfação com a vida, estando ainda mediada pelo variável tempo de cuidado. As *Figuras 8 e 9* apresentam as relações entre as variáveis.

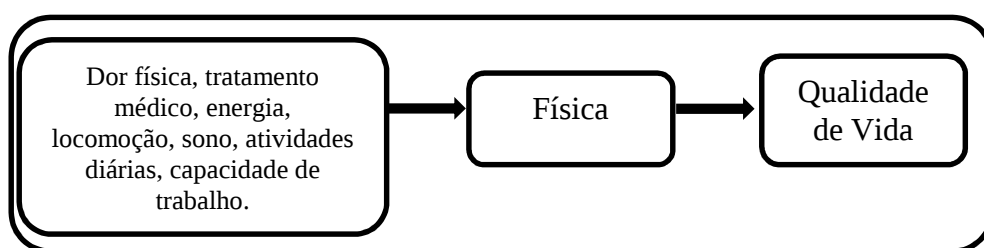


Figura 8: Modelo da Qualidade de Vida para os Cuidadores.

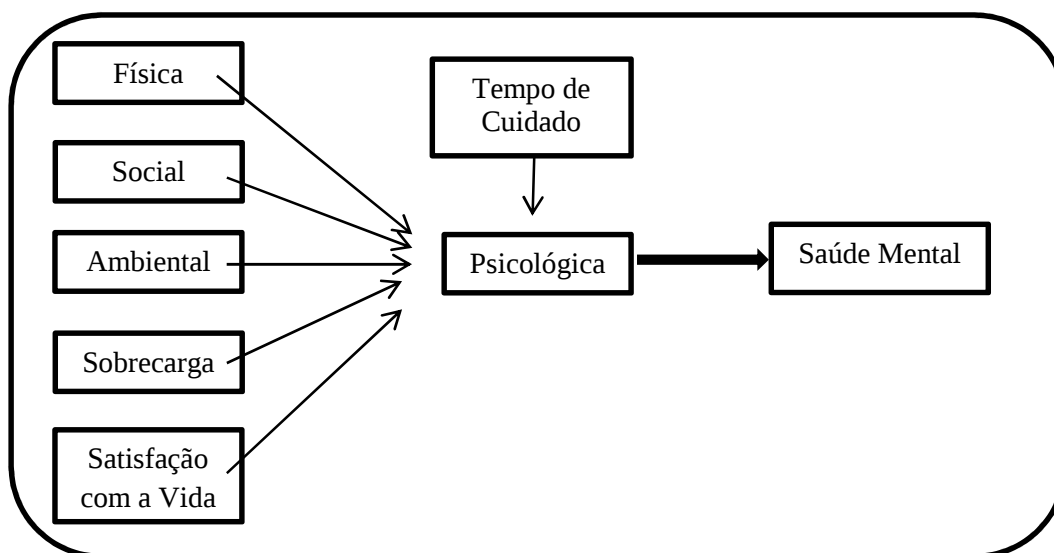


Figura 9: Modelo da Saúde Mental para os Cuidadores.

3.3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Estudos sobre aspectos relacionados aos cuidados prestados à idosos dependentes já encontram-se bastante recorrentes na comunidade acadêmica devido ao aumento da longevidade em todo o mundo. Observa-se que o grande aumento da população idosa está ocorrendo devido às mudanças ocasionadas na nossa sociedade, destacando-se a diminuição das taxas de natalidade, melhoria nas condições médico-assistenciais e melhoria na qualidade de vida das pessoas mais idosas, possibilitando assim um envelhecimento ativo, onde as pessoas à medida que envelhecem estão buscando melhorar as suas vidas.

Mesmo com todo o suporte recebido pelas pessoas que estão vivenciando o processo de envelhecimento em suas vidas, chega um momento onde o idoso começa a experimentar a dependência, exigindo com que uma outra pessoa ajude-o na execução das suas atividades diárias, surge então o papel do cuidador de idoso. O cuidador de idoso dependente, em sua maioria, é um familiar ou alguém do círculo afetivo do idoso dependente, o qual inicia esta função sem nenhuma qualificação técnica para prestar um cuidado efetivo, mas por questões afetivas, vínculos familiares, pressões sociais ou questões culturais acabam assumindo o papel de cuidador familiar de idoso dependente. Na presente tese, buscou-se então avaliar a qualidade de vida e saúde mental do cuidador familiar de idoso dependente, observando-se o impacto deste cuidado na sobrecarga do cuidador, o qual poderá afetar na sua qualidade de vida e saúde mental.

Nos estudos realizados acerca dos cuidadores familiares de idosos dependentes, a literatura existente indica a predominância de cuidadores de idosos do sexo feminino (cuidadoras) assumindo esta função, fato este que pode ser considerado como algo cultural, onde a mulher sempre foi vista como prestadora dos cuidados para com a família

e o homem tido como o provedor. Para Souza (2013) a produção social dos cuidadores está diretamente relacionada com a produção do masculino e do feminino na sociedade, suas atribuições, características, e com a divisão social do trabalho. Ao homem estão atrelados valores sociais como poder, sucesso e força, distanciando-se das características femininas como sensibilidade, dependência, fragilidade e cuidado.

Fazendo-se um apanhado histórico sobre a feminilização do cuidado, Maffioletti et al. (2006) enfatiza que desde o início do séc. XVIII a medicina não tinha interesse nas mulheres para o cuidado formal, as práticas de cuidados exercidas na esfera doméstica não mereciam atenção e eram exercidas pelas comadres, pelas domésticas e pelas nutrizes que trocavam saberes e práticas. Com o surgimento das ideias higienistas surge a medicina doméstica e converte as práticas do cuidar em nova estratégia de controle. Com isso, a mulher foi convocada a assumir o papel de guardiã completa das crianças e doentes dando início a arte da enfermagem doméstica, tornando-se então parceira dos médicos. Com a Revolução Industrial, a mulher é inserida no mercado de trabalho provocando um novo arranjo familiar, mas esse fator não retirou da mulher o papel de cuidadora, com a inserção da mulher no mercado de trabalho ela passou então a assumir mais uma função em sua vida.

Diante do exposto, entende-se que a mulher, seja ela filha, esposa, neta ou nora, é tida como principal cuidadora, apenas na ausência de uma figura feminina é que os homens passam a assumir o cuidado com o seu familiar dependente. O que corrobora com estudos realizados por Campos, Cruz e Mattos (2010); Novelli, Nitrini e Caramelli (2010); Araújo, Oliveira e Pereira (2012); Gaioli, Furegato e Santos (2012); Coelho, Sacerdote, Cardoso, Barreto e Souza (2013); Santos e Cunha (2013); Tomomitsu, Perracini e Neri (2013); Magalhães e Silva (2014).

Assim como em estudos já realizados sobre o tema em destaque, aqui a grande maioria dos cuidadores eram filhos(as) do idoso dependente, casados(as) e possuíam filhos. Fato este que pode ser observado na maioria das famílias que possuem algum familiar dependente, principalmente quando este familiar é idoso, onde quem assume os cuidados são os filhos, em sua maioria filhas, e que já possuem suas próprias famílias. Este fator implica na reestruturação do seio familiar do cuidador, visto que há a necessidade deste se dedicar integralmente aos cuidados do idoso dependente, deixando seus afazeres domésticos e obrigações familiares e profissionais em segundo plano. Isto pode gerar no próprio cuidador sentimentos negativos com relação ao cuidado que o mesmo está tendo para com o seu familiar, pois quando a sobrecarga começa a fazer parte da rotina de cuidados, o cuidador lembra-se que antes da dependência do seu familiar sua rotina e atribuições não lhes consumiam tempo e não gerava tanta carga física e emocional. É importante destacar que quando há a inversão de papéis entre filhas e mães, nem sempre isso provoca uma reação positiva nas filhas, que sob o impacto da nova situação, experimentam sentimentos contraditórios, além de sinais e sintomas emocionais. Ao mesmo tempo em que se desdobram em atenção e cuidados, queixam-se de exaustão e impossibilidade de realizar atividades laborais e de lazer, assim como afirmam Jesus et al. (2013).

O fator tempo de cuidado e ajuda recebida para cuidar do idoso dependente também contribuem para o aumento da sobrecarga percebida pelo cuidador familiar, pois o que verificou-se aqui foi que quanto menos tempo de cuidado, ou seja, quanto mais recente o cuidador esteja exercendo esta função, mais sobrecarga é percebida pelo mesmo. Isto pode ser explicado pelas dificuldades enfrentadas pela pessoa que assume os cuidados para com um familiar dependente no início de todo o processo de dependência, pois na grande maioria dos casos os familiares cuidadores não possuem nenhuma

experiência profissional para exercer tal função e nunca cuidaram de alguém anteriormente, acrescenta-se a isto a insegurança e o medo gerado por tal processo que faz com que cuidador acabe por exercer no início da dependência do seu familiar um cuidado “intuitivo”, ele faz o que acha que deve ser feito, mas não se sente seguro para exercer tal função. Com o passar do tempo, o cuidador começa a se adaptar a rotina de cuidados, mas isso não significa dizer que o mesmo deixará de vivenciar níveis significativos de sentimentos negativos com relação ao cuidado, porém o mesmo passa a aprender a lidar melhor com a dependência do idoso dependente fazendo com que os aspectos antes considerados como difíceis de serem realizados passem a fazer parte da rotina do cuidador. Esses dados corroboram com estudo realizado anteriormente por Cassis et al. (2007) onde foi possível verificar que com o passar dos anos da atividade de cuidar, o cuidador passa por um processo de adaptação relatando mais confiança com as experiências vividas diminuindo o sentimento de sobrecarga. Porém, Inouye, Pedrazzani e Pavarini (2008) e Silva, Passos e Barreto (2012) observaram justamente o contrário, ou seja, quanto maior o tempo de cuidado, maior a chance dos cuidadores experienciarem maior sobrecarga devido ao aumento da dependência do idoso.

O segundo aspecto que contribui para o aumento da sobrecarga é a ajuda que o cuidador recebe para cuidar do idoso dependente, pois mesmo que na maioria das vezes o cuidador tenha quem lhe ajude no cuidado prestado, a responsabilidade e a sobrecarga sempre cairá para o cuidador principal, aquele que está diariamente com o idoso dependente suprimindo toda a demanda de necessidades do idoso dependente. O apoio da família se configura como uma importante estratégia de enfrentamento para o combate aos estresses decorrentes do cuidado, mas para que isso aconteça é necessário que a família se organize fazendo acordos internos, porém nem todos os cuidadores têm a família como importante rede de apoio social (Floriano, Azevedo, & Reiners, 2012).

O que observa-se no perfil geral dos cuidadores de idosos aqui representados, é que em sua maioria são mulheres, como abordado anteriormente, e que estes(as) estão na faixa etária que caminha também para o envelhecimento, são pessoas mais maduras, que possuem filhos, casadas, com grau de escolaridade baixo a médio, em sua maioria desempregados(as) e com renda familiar baixa. Acerca do nível de escolaridade, supõe-se que o mesmo possui correlação com a ocupação do cuidador, visto que aqui foi observado que os cuidadores familiares tinham escolaridade que permeava entre o ensino fundamental e o ensino médio, o que faz com que seja observado que a maioria destas pessoas encontravam-se desempregadas. Atualmente, o mercado de trabalho está bastante exigente, fazendo com que as pessoas se qualifiquem, e à medida que as pessoas não buscam esta qualificação profissional e a continuação dos estudos, acabam por ficarem desempregadas. Com a baixa escolaridade, conseqüentemente a renda da família passa a ser baixa, pois nem todos do seio familiar contribuem para o aumento da mesma.

Percebe-se então uma parcela de cuidadores familiares que não possuem boas condições financeiras, ocasionando assim, por muitas vezes, a dependência financeira da aposentadoria do idoso dependente. Um dos aspectos que comprometem o cotidiano da maioria das famílias cuidadoras das camadas mais pobres da população é a dificuldade financeira. Muitos cuidadores estão desempregados e sobrevivem dos recursos provenientes da aposentadoria do idoso que, em muitos casos, são insuficientes para atender as necessidades básicas do próprio idoso e também dos membros de uma família multigeracional (Gonçalves, Alvarez, Sena, Santana, & Vicente, 2006). Conflitos familiares podem surgir decorrentes de questões financeiras, especialmente quando o cuidador precisa utilizar a renda do idoso dependente para as suas necessidades. Decisões em relação a gastos também são consideradas potenciais geradoras de sobrecarga, uma

vez que as medicações, demandas médicas e de adaptação ambiental elevam as despesas mensais (Nardi et al., 2011).

Um ponto importante acerca deste estudo foi que a religiosidade está presente entre os cuidadores, servindo de suporte para que se possa aguentar a carga de cuidados prestados ao idoso dependente. A fé e a religiosidade são utilizadas como amparo para que os familiares se sintam seguros e conformados com situações que envolvem doenças, onde a crença em uma divindade superior faz com que as pessoas tenham em que se amparar e buscar forças para continuar a cuidar e aceitar as situações vivenciadas e que não podem ser modificadas. Para Bousso, Poles, Serafim e Miranda (2011) são nas situações estressantes como as de doença e morte que a família pode se aproximar das instituições religiosas ou da religiosidade na busca de um apoio emocional, de respostas aos seus questionamentos, ou na busca de crenças e práticas religiosas que facilitem o enfrentamento dessas situações difíceis.

Com relação aos idosos, percebe-se que o processo de envelhecimento relacionando à dependência está presente nas pessoas acima de 80 anos, antes desta faixa etária observa-se que a dependência pode estar presente, porém em menor grau. Se percebe dependência nos mais idosos devido a perda da sua capacidade funcional, pois à medida que se envelhece o corpo vai precisando de mais energia física e mental, evento este que faz com que uma outra pessoa ajude o idoso nas suas necessidades. No processo de dependência devido ao envelhecimento, verifica-se que são as mulheres que envelhecem mais e dependem de outra pessoa para executar suas atividades diárias, com relação ao gênero masculino e dependência, observa-se que os homens chegam a falecer primeiro que as mulheres, chegando a vivenciar muito pouco a dependência grave. Supõe-se que este fato deva acontecer devido aos cuidados em saúde que as mulheres buscam ao longo de suas vidas, onde os homens procuram ajuda médica apenas quando a doença

se faz presente, como também ao quantitativo da população feminina que é maior que a população masculina, fazendo com que haja mais mulheres que homens em todo o mundo.

Berquó e Baeninger (2000) em estudo realizado sobre os aspectos demográficos dos idosos no Brasil afirmam que o déficit de homens idosos no país se acentua ainda mais para as idades mais avançadas, e esse diferencial pode ser explicado pela diferença nos ritmos de crescimento das populações idosas feminina e masculina, onde a população idosa feminina vem crescendo a um ritmo maior que a masculina. Este fato é decorrente de uma situação de mortalidade diferencial por sexo que prevalece há muito na população brasileira. Desde 1950 às mulheres têm apresentado maior esperança de vida ao nascer, em 1980 enquanto a esperança de vida dos homens era de 59 anos a das mulheres já correspondia a 65 anos, ou seja, a mulher tinha uma chance de viver 6 anos a mais que os homens, já em 1991 essa diferença cresceu para 7 anos. Projeções feitas para 2010 e 2020 indicam que essa diferença se manterá em torno dos 6 anos a mais de vida para as mulheres.

Sobre o nível de dependência do idoso, se pode verificar que a grande maioria de idosos dependentes encontram-se em dependência grave ou total, ou seja, apresentam um grau de dependência quase incapacitante ou totalmente incapacitante, sendo esta dependência presente, em sua maioria, por mais de 2 (dois) anos, exigindo do cuidador familiar todo o esforço necessário para manutenção da saúde e bem-estar do idoso dependente. Este aspecto é um dos pontos que elevam a sobrecarga do cuidador pois demandam um cuidado integral e totalmente dedicado. A sobrecarga derivada das demandas provenientes do cuidado faz com que o cuidador familiar sinta-se exausto, sem energia física e mental, apresentando também perda da sua sociabilidade, sentindo-se isolado e sem apoio dos familiares, mesmo que em muitos casos o cuidador tenha um

outro familiar para lhe ajudar nos cuidados ao idoso dependente, porém é apenas um ajudante, pois quem fica com a grande carga de trabalho é o cuidador familiar primário, ou seja, aquele que está diariamente com o idoso.

Na maioria dos casos, a dependência do idoso se refere ao banho, higiene pessoal, subir escadas/degraus, vestir-se, uso do banheiro, alimentação e controle do aparelho urinário. Observa-se que em muitos casos, grande parte das atividades demandam cuidado, sendo necessário todo um empenho do cuidador, pois são atividades que exigem força física e atenção redobrada para com o idoso dependente. Os achados do presente estudo corroboram com pesquisa realizada por Grato et al. (2012) onde verificou-se que devido as horas ininterruptas de cuidado prestado ao idoso dependente acaba por gerar sentimento de esgotamento ou exaustão no cuidador, e somando-se isso a sintomatologia característica de quem sofre sobrecarga faz com que o cuidador desconsidere suas próprias necessidades, constituindo-se este um problema psicossocial.

A sobrecarga que surge devido às demandas do cuidado prestado ao idoso, acaba por interferir na saúde mental do cuidador familiar, onde em muitos casos este cuidador acaba por apresentar sintomas referentes aos Transtornos Mentais Comuns, que são morbidades psiquiátricas menores, não psicóticas, mas que podem incapacitar a pessoa em caso de não tratamento, destacando-se a presença de diminuição de energia vital, sintomas somáticos, humor depressivo/ansioso e pensamentos depressivos. Há relatos frequentes por parte dos cuidadores familiares de queixas relacionadas ao cansaço excessivo, dificuldades em tomar decisões, insatisfação com as tarefas realizadas diariamente, cefaleias, falta de apetite, insônia, má digestão, sentimento de medo, choro frequente e até por vezes ideação suicida. Os distúrbios do comportamento nos cuidadores são um dos problemas que podem emergir durante a evolução da doença do idoso dependente. A agitação e os comportamentos agressivos são mais frequentemente

associados ao fardo do cuidar, há a presença também de sintomas como apatia, tristeza crônica, depressão, isolamento e estresse, e estes seriam de maior impacto sobre a vida do cuidador familiar de idoso dependente (Winslow, 2003).

Todos esses sintomas apresentados pelos cuidadores familiares de idosos dependentes são vivenciados devido à grande carga física e emocional que surge devido ao cuidado excessivo realizado por parte do cuidador. É exigido do mesmo, força física e um gasto constante de energia para poder suprir as necessidades diárias do idoso, como também a manutenção do seu bem-estar. Além das atividades que demandam força física, há ainda o desgaste emocional que faz com que o cuidador experimente sentimentos negativos relacionados ao cuidado que o mesmo está realizando. Estes sentimentos negativos contribuem para a diminuição da autoestima do cuidador fazendo com que o mesmo se sinta desamparado neste momento, e é por este motivo que o cuidador familiar vivencia constantemente sintomas relacionados a aspectos emocionais negativos.

Conviver com a dependência de um familiar que antes era ativo e por vezes era o provedor da família, faz com que surjam sentimento de culpa, reponsabilização excessiva pelo cuidado oferecido, perda do convívio social, sentimento de isolamento e percepção de falta de suporte por parte dos outros familiares, e todos estes fatores auxiliam no desencadeamento de sintomas ansiosos e depressivos. Para Santos (2008) as maiores dificuldades enfrentadas pelos cuidadores centram-se nas dimensões físicas, psicológicas, sociais e financeiras, sendo a nível físico a fadiga, a sua doença ou o agravamento do estado de saúde do idoso que interferem na prestação de cuidado. Além destas dificuldades, pode-se relatar também as dificuldades psicológicas tais como a não aceitação do estado de dependência do idoso, sentimento como prisão, solidão, tristeza, ambivalência e culpa, a relação problemática com o idoso, a dificuldade de aceitação do fim da vida e o aumento do estresse.

Traçando-se um perfil do cuidador familiar que apresenta sintomatologia relacionada aos Transtornos Mentais Comuns, pode-se verificar que estas pessoas se encontram em uma faixa etária que caminha também para o processo de envelhecimento, ou seja, não são os mais jovens que cuidam dos seus idosos dependentes, mas sim os familiares que já se encontram em uma fase madura de sua vida, onde seria o momento de aproveitar a vida, muitos deles próximos da aposentadoria, desejando curtir um pouco mais sua família, e devido o aparecimento da dependência do seu familiar, todos os seus planos são adiados e este passa a viver esta fase da sua vida exclusivamente voltada para cuidar do seu idoso dependente. Destaca-se que, geralmente são as mulheres (filhas, netas, noras, esposas) que se encarregam de prestar esse cuidado, tendo por muitas vezes que conciliá-lo com suas atribuições domésticas e profissionais.

Em estudo realizado por Ricarte (2009) pode-se verificar que cuidadores do sexo feminino apresentam níveis mais elevados de sobrecarga, em comparação com cuidadores do sexo masculino. Constatou-se também que os cuidadores que idades entre 50-89 anos constitui o grupo que apresenta níveis de sobrecarga mais elevados, visto que há a diminuição de algumas capacidades do cuidador mais idoso. Os cuidadores casados e os que possuem menos habilitações literárias apresentam também níveis de sobrecarga elevados. Destaca-se então que cuidadores mais velhos parecem mais suscetíveis à sobrecarga, porém os mais jovens podem sofrer mais isolamento e maiores restrições sociais devido as maiores possibilidades de atividades sociais e de lazer diante da faixa etária (Amêndola, Oliveira, & Alvarenga, 2008).

A mudança repentina de estilo de vida e as atribuições exigidas para que se execute um cuidado efetivo para com o idoso dependente sobrecarregam o cuidador familiar de forma que este cuidado acabe por intervir negativamente em diversos aspectos de sua vida. Percebe-se que há grandes implicações na sua vida pessoal, como também

em aspectos emocionais, falta de suporte familiar e financeiro e um aumento significativo das demandas, exigindo que o cuidador seja ágil em suas ações e decisões. Todos esses aspectos acabam por fazer com que o cuidador familiar experiencie um nível de sobrecarga moderada a elevada, acarretando grandes riscos à sua vida.

É importante destacar que os cuidadores se sentem mais sobrecarregados no início da dependência do idoso, ou seja, até os dois anos de cuidados prestados os cuidadores familiares se sentem vulneráveis a tudo, pois nunca exerceram esta função antes, não possuem qualificação técnica/profissional para oferecer um cuidado efetivo, muitas vezes não escolheram ser o cuidador familiar, a situação fez com que este assumisse a função sem opção de escolha, tiveram que deixar suas famílias (esposo(a)/filhos(as)) para se dedicar integralmente ao seu idoso dependente, sua vida profissional também sofre alterações acarretando demissões, licenças e aposentadorias antecipadas, interferindo também no aspecto financeiro, visto que cuidar de um idoso dependente exige medicamentos, alimentação diferenciada, cuidados com a higiene, gastos com fraldas e aparelhos de locomoção, e por muitas vezes exige até adaptação do ambiente onde o idoso ficará instalado dentro de casa.

Todo esse turbilhão de coisas acontecendo ao mesmo tempo acaba por exigir muito da pessoa que assume os cuidados de um familiar dependente, e até a pessoa se adaptar a todas essas situações leva um tempo, com isso o sentimento de desamparo e sobrecarga tendem a ser maiores no início do processo de dependência, depois a sobrecarga permanece, porém o cuidador já é capaz de administrar melhor as situações advindas do cuidar de um idoso dependente. Em suma, a atividade de cuidar de um idoso dependente exige muita dedicação, principalmente quando o idoso é portador de doenças incapacitantes. Muitas vezes, isso faz com que o cuidador deixe suas atividades, em detrimento dos cuidados dispensados, sendo que muitos abandonam seus empregos e

ocupações, deixam de viver suas próprias vidas, e pouco contam com a ajuda de outros para dividir a tarefa dessa cuidar (Gratão, 2010).

É importante enfatizar que os cuidadores que estão a mais tempo cuidando de um idoso dependente, e quando esta dependência é total, estes tendem a avaliar negativamente a sua satisfação com a própria vida, corroborando com estudos realizados por Vitaliano et al., (1991) e Figueiredo, Lima e Souza (2009), nos quais observou-se que isso se deve a situação de cuidado que passa a exigir mais do cuidador familiar fazendo com que o mesmo se sinta ainda mais preso a esta circunstância, perdendo o controle da sua própria vida, pois no caso de dependência total, o cuidador tem que viver em função do idoso, então estar satisfeito com a vida numa situação onde não se pode pensar em si próprio é muito difícil para o cuidador familiar de idoso dependente. A satisfação com a vida representa a dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo, constituindo um indicador de saúde mental que se refere a aspectos positivos da vida e não apenas à ausência de fatores negativos (Simões, 1992).

Acerca da qualidade de vida dos cuidadores familiares esta pode ser considerada, de modo geral, positiva, principalmente no que se refere a aspectos físicos, ou seja, os cuidadores familiares tendem a avaliar a qualidade de suas vidas levando em consideração sua disposição física para oferecer um cuidado efetivo, não considerando os aspectos psicológicos, sociais e ambientais (condições estruturais da vida) do cuidado. Porém, é importante destacar que os cuidadores com menos tempo nesta função tendem a apresentar mais riscos psicológicos, e que a qualidade de vida quando avaliada a partir das suas especificidades, a partir dos domínios que compõem este construto, os cuidadores familiares a avaliaram de forma negativa, sendo os aspectos estruturais de suas vidas (ambientais) e sociais os mais prejudicados na avaliação dos cuidadores familiares, seguidos pelos aspectos psicológicos e físicos. Quando há o aumento da sobrecarga nos

cuidadores familiares de idosos dependentes verifica-se uma piora das condições do ambiente, englobando finanças, moradia, transporte e recursos básicos. Somando-se a isso, a demanda de cuidados excessivos e ininterruptos fazem com que o cuidador se sinta isolado, não cultivando relacionamentos sociais. Em estudo realizado por Nardi et al. (2011) observou-se a diminuição da qualidade de vida no domínio ambiental seguido pelo domínio físico, já os domínios psicológico e social foram os que provocaram os menores índices de sobrecarga nos cuidadores. Em contrapartida, Amêndola, Oliveira, & Alvarenga (2011) verificaram que cuidadores que possuem algum apoio para cuidar do idoso dependente apresentam maiores escores no domínio relações sociais e piores escores no domínio físico.

Percebe-se que a sobrecarga experienciada por cuidadores familiares de idosos dependentes e sua percepção sobre este aspecto, influencia na qualidade de vida do cuidador e consequente na sua avaliação sobre esta. Este construto representa a percepção individual sobre a posição do indivíduo na vida, em que aspectos culturais e especificidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo para que esta avaliação seja positiva ou negativa.

Diante de todos os aspectos estudados na presente Tese, pode-se afirmar que o modelo inicial que foi postulado não se confirmou, ou seja, a qualidade de vida e a saúde mental são construtos que não se relacionam entre si, a qualidade de vida independe dos níveis de saúde mental dos cuidadores familiares de idosos dependentes e vice-versa, sendo então considerados construtos independentes.

Um fato a ser destacado é que a qualidade de vida pode ser explicada apenas por sua dimensão física, como abordado anteriormente, essa dimensão física compreende aspectos como dor física, tratamento médico, energia, locomoção, sono, atividades diárias e capacidade para o trabalho, as quais compõem uma avaliação mais objetiva deste

construto. Se o cuidador avalia que os aspectos físicos de sua vida estão bem, se ele não está precisando de cuidados, este tenderá a avaliar sua vida positivamente, pois ele tem disposição para executar suas atividades diárias e prestar o cuidado necessário para com o idoso dependente. Porém, isto faz com que o cuidador relacione sua qualidade de vida a mera ausência de doenças, pois se ele se encontra bem fisicamente, se não há necessidade de outros tipos de cuidados para com ele próprio, isto já é o essencial que ele se sinta bem com sua própria vida.

Este fato se relaciona com o modelo retrógrado de qualidade de vida em saúde postulado pela área médica, o qual utiliza o referido termo dentro do referencial da clínica para designar se situações de lesões físicas ou biológicas, oferecem indicações técnicas de melhorias nas condições de vida dos enfermos. Porém, levando-se em consideração esta vertente percebe-se que a noção de saúde é totalmente funcional e corresponde ao seu contrário, ou seja, a doença é considerada como causa, evidenciando uma visão medicalizada do tema (Hubert, 1997, citado por Minayo, Hartz, & Buss, 2000).

Com relação ao construto saúde mental este se explica pela dimensão psicológica, que é compreendida por aspectos como aproveitar a vida, encontrar sentido na vida, capacidade de concentração, aparência física, autossatisfação e sentimento negativos. Porém, é importante destacar que esta dimensão pode ser influenciada por aspectos físicos, sociais, ambientais, sobrecarga e satisfação com a vida, sendo mediada também pelo tempo de cuidado que o cuidador está a exercer com o idoso dependente.

Avaliar a saúde mental pelos aspectos psicológicos que a compõe faz com que os cuidadores familiares a vejam a partir de uma perspectiva subjetiva, como algo que está relacionado a satisfação com sua própria vida, pois se os cuidadores conseguem encontrar sentido em suas vidas de modo que possam aproveitá-la de forma positiva, experienciando poucos sentimentos negativos, com sua aparência física preservada e

tendo capacidade para executar suas atribuições diárias com plena capacidade de concentração, estes tendem a avaliar que estão bem com relação a sua saúde mental, mas o tempo de cuidado irá mediar esta situação, com isso os cuidadores que cuidam a menos tempo tendem a avaliar mais negativamente sua saúde mental comparando-se a cuidadores familiares que cuidam de idosos dependentes por mais de dois anos.

De modo geral, a avaliação da qualidade de vida e saúde mental dos cuidadores familiares de idosos dependentes pode ser entendida a partir de aspectos objetivos e subjetivos que são mediados pela sobrecarga vivenciada pelo cuidador, sobrecarga esta que irá influenciar em como cada indivíduo se vê diante da situação de prestação de cuidado excessivo e ininterrupto que acaba por influenciar em todos os aspectos de suas vidas, e que fazem com que os cuidadores sintam o peso que é cuidar de um familiar dependente.

Capítulo IV

Estudo II – “Cotidiano e Sentidos do Cuidado”

4.1 - MÉTODO

4.1.1 – Objetivos e Hipóteses

Objetivo Geral:

Verificar a percepção do cuidador familiar acerca do sentido do cuidar de um idoso dependente e como este cuidar influencia no seu autocuidado em saúde.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar, a partir da percepção dos cuidadores familiares, as facilidades e dificuldades de cuidar de um idoso dependente;
- ✓ Analisar o autocuidado em saúde do cuidador familiar de idoso dependente, com foco na promoção da saúde.

Hipóteses:

H1: O ato de cuidar de um idoso dependente está relacionado a culpa e a responsabilização por parte dos cuidadores familiares;

H2: A vida do cuidador familiar é marcada por sobrecarga física e mental derivada do cuidado dedicado ao idoso dependente;

H3: O autocuidado em saúde não é levado em consideração pelos cuidadores familiares de idosos dependentes devido à falta de tempo para cuidar de si.

4.1.2 –Delineamento

Trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa, realizado na cidade de João Pessoa - PB e cidades da Paraíba (Cabedelo, Santa Rita, Bayeux, Itabaiana e São Bento).

4.1.3 – Participantes

Participaram deste estudo 10 cuidadores informais (familiares) de idosos dependentes, com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos. Considerou-se como cuidador familiar aquela pessoa sem qualificação técnica, que fizesse parte do círculo familiar do idoso dependente, que prestasse cuidados diários e exercesse esta função há 6 meses ou mais, não recebendo nenhuma remuneração por isto.

Os participantes foram selecionados dentre aqueles que fizeram parte do Estudo 1 e que concordaram em conceder a entrevista. Para a delimitação do número de entrevistados foi utilizado a técnica de saturação. A localização se deu através das unidades básicas de saúde de qualquer distrito sanitário da cidade de João Pessoa e outras cidades da Paraíba, desde que atendessem aos idosos dependentes ou, ainda, por indicação.

Como critérios de inclusão, foram considerados participantes da pesquisa, cuidadores familiares de idosos dependentes que prestassem cuidados sem nenhuma qualificação técnica, sendo esta dependência proveniente do envelhecimento natural ou derivado de algo que aconteceu durante a velhice; considerando-se idoso dependente a pessoa com 60 anos ou mais com nível de dependência, mensurado a partir do Índice de *Barthel* (método *screening*), cujo ponto de corte correspondeu a 90 pontos (dependência moderada). É importante destacar que o Índice *Barthel* pertence ao campo de avaliação

das atividades da vida diária (AVDs) e mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações (Minosso et al., 2010).

Foram excluídos da amostra cuidadores familiares que se negaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou no caso em que o índice de dependência do idoso (*Barthel*) não atingiu o ponto de corte.

4.1.4 –Instrumentos

- Índice *Barthel*: mede o nível de dependência do idoso em relação às atividades diárias (AVDs), ou seja, mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Numa escala de 10 itens a pontuação varia de 0 a 100, onde as pontuações mais elevadas indicam maior independência (Minosso et al., 2010). Um total de 0-20 pontos indica *dependência total*; 21-60 *dependência grave*; 61-90 *dependência moderada*; 91-99 *dependência muito leve*; e 100 *independência*. Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de independência podendo ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007). No presente estudo, como ponto de corte para avaliar o nível de dependência do idoso foi considerado idoso dependente aquele que pontuasse 90 pontos ou menos (dependência moderada). Este instrumento foi utilizado como método *screening* para determinação da amostra de cuidadores.

- *Questionário sociodemográfico*: fornece a caracterização da amostra com questões versando sobre sexo, idade, grau de escolaridade, renda familiar, situação conjugal, local de residência, nível de religiosidade, além de outras referentes ao cuidado com o idoso (tempo, tipo de cuidado, grau de parentesco, etc).

- *Entrevista Aberta* (Anexo IX): O roteiro de entrevista teve por base a Técnica de Evocação desenvolvida por Figueiredo (1989), a qual estabelece a realização de etapas sucessivas para minimizar a indução de conteúdos nas entrevistas. As entrevistas foram gravadas e realizadas em três fases definidas como: Evocação (pedia-se ao participante que refletisse por um tempo sobre o tema definido), Enunciação (foi solicitado ao participante que escrevesse três aspectos que considerasse importante sobre o tema sugerido) e Verificação (de posse das anotações feitas pelo participante, o entrevistador solicitava que o mesmo falasse sobre as suas anotações). Durante a entrevista, no caso de aparecimento de alguma dúvida com relação ao material evocado, poderia solicitar que o participante esclarecesse a questão. Na utilização desta técnica, foram abordados temas relativos às mudanças na vida ocasionadas pelo cuidado do familiar dependente, cuidados com a própria saúde, e os sentidos e significados de cuidar de um idoso dependente.

4.1.5 –Procedimentos

Primeiramente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba com o fim de solicitar autorização para o prosseguimento da pesquisa.

Ao contatar cada participante, primeiramente eram fornecidas informações acerca do estudo, explicitando-se o caráter voluntário da participação. Após a concordância em participar do estudo, era aplicado o método de “*screening*” (filtragem) através do Índice de *Barthel*. O método *screening* são levantamentos expeditos que têm como função confirmar ou não a suspeita numa determinada área de interesse, através de técnicas que economizam tempo e investimentos. Neste caso o Índice de *Barthel* serviu para avaliar

se realmente o cuidador prestava cuidados a um familiar idoso com dependência moderada.

Após a confirmação de que a pessoa era cuidadora familiar de um idoso dependente, iniciava-se a fase de coleta de dados, em que os participantes da pesquisa eram informados, mais uma vez, a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como, da confiabilidade dos dados e do anonimato da sua colaboração. Foi solicitado aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Informado, cujo modelo foi elaborado de acordo com a Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Caso os participantes não soubessem ler, o aplicador tinha a responsabilidade de ler e explicar o Termo de Consentimento Informado, de forma a deixar esclarecidas as suas intenções ao realizar a pesquisa.

Foi solicitado autorização prévia para utilização do uso do gravador de voz, para que se pudesse fazer o registro das entrevistas, com respectiva transcrição para posterior análise qualitativa. É importante destacar que ao final da gravação, o participante poderia conferir o material gravado, se assim o desejasse.

Destaca-se que as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, previamente treinada para intervir o mínimo possível nas respostas dos participantes. Todo o material dessa pesquisa será guardado pelo prazo de cinco anos, havendo possibilidade apresentação dos resultados deste estudo em eventos científicos e publicações em revistas científicas. Também destaca-se que os resultados da presente pesquisa estarão disponíveis à comunidade da área de saúde, como também aos participantes da pesquisa.

4.1.6 -Análise dos Dados

Para a análise do material coletado, utilizou-se a Análise Categral Temática de acordo com a proposta de Figueiredo (1993), na qual as categorias são determinadas a partir dos temas suscitados nas entrevistas e processados por meio de etapas, conforme demonstrado na *Tabela 13*:

Tabela 13: Etapas do Procedimento de Análise de Discurso.

Etapa	Procedimentos
TRANSCRIÇÃO DO MATERIAL	
PRIMEIRA FASE (Sessões/Sujeitos)	A.Leitura Inicial
	B.Marcação
	C.Corte
	D. <i>Primeira Junção*</i>
	E.Notação
	F.Organização
	Primeira Síntese
SEGUNDA FASE (Conteúdos)	<i>Segunda Junção**</i>
	G.Leitura Inicial
	H.Organização
	I.Notação
	J.Redação Final

*Conteúdos relacionados a várias Categorias, no mesmo sujeito ou mesmo grupo.

** Conteúdos de vários sujeitos ou vários grupos, em uma mesma Categoria.

Primeira Fase

As entrevistas foram analisadas individualmente e a junção compreendeu conteúdos comuns dentro de cada discurso. Assim, cada discussão foi transcrita e estudada em função de cada entrevista realizada, referindo-se às questões particulares de cada indivíduo. Neste sentido, seguiram-se as seguintes fases:

- A. **Leitura Inicial:** Nessa primeira leitura, foram identificados os pontos preliminares, ligados às categorias. Ademais, realizaram-se anotações acerca de aspectos relacionados à situação da entrevista (*rapport*, dificuldades de interação, disponibilidade e seu estado afetivo).
- B. **Marcação:** Foram selecionados alguns trechos da entrevista que corresponderam às Categorias pré-estabelecidas, além de outros conteúdos também considerados importantes.
- C. **Corte:** Os trechos selecionados foram retirados do texto.
- D. **Junção:** Os trechos selecionados foram agrupados, ou seja, todas as anotações de uma mesma entrevista foram dispostas em protocolos de análise.
- E. **Notação:** Realizaram-se observações marginais sobre os trechos, objetivando localizá-los na literatura e no contexto do grupo.
- F. **Discussão:** As observações foram discutidas que se fizesse a segunda junção, onde foram agrupados os trechos de todas as entrevistas em relação a uma mesma categoria.

Segunda Fase

Nesta etapa, as entrevistas não foram consideradas individualmente e a junção se referiu aos conteúdos comuns a todas as entrevistas. Assim, as junções realizadas na etapa anterior foram agrupadas e estudadas em função da equivalência de conteúdos/significados, referindo-se às questões comuns, dentro de cada categoria. Seguiu-se as seguintes fases:

- G. ***Leitura Inicial:*** Foi realizada uma leitura para a identificação dos trechos, cujos significados foram comuns dentro de cada Categoria.
- H. ***Organização:*** Esses trechos foram agrupados e classificados em subcategorias com base em protocolos especiais.
- I. ***Notação:*** Quando necessário, foram ampliadas as observações marginais relacionando-as às subcategorias.
- J. ***Discussão Final e Redação:*** Foi realizada a redação definitiva, baseada nos resultados obtidos através da análise de conteúdo, relativo às categorias que surgiu durante as entrevistas.

4.1.7 - Aspectos Éticos

Este estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, foi solicitado o Consentimento Informado dos participantes, cujo modelo foi elaborado de acordo com a “Resolução nº 466/2012 Sobre Pesquisa Científica Envolvendo Seres Humanos” (Brasil, 2012).

Este documento se constitui da solicitação aos participantes do estudo, após serem informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e obtida a aquiescência – escrita e assinada - para participação, além de ser assegurado o anonimato. Os participantes eram informados, ainda, que este consentimento garantia o direito de interromper sua colaboração na pesquisa a qualquer momento, caso julgasse necessário, sem que isso implicasse em qualquer tipo de prejuízo.

4.2 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos procedimentos anteriormente citados, para análise qualitativa dos dados verificou-se a partir dos discursos obtidos nas 10 entrevistas realizadas com os cuidadores familiares de idosos dependentes o surgimento de duas classes temáticas, a primeira referente as “*vivências de um cuidador de idoso dependente*” e a segunda “*cuidados com a saúde do cuidador*”. Abaixo pode-se observar as classes temáticas com suas categorias e subcategorias.

4.2.1 – Vivências de um Cuidador de Idoso Dependente

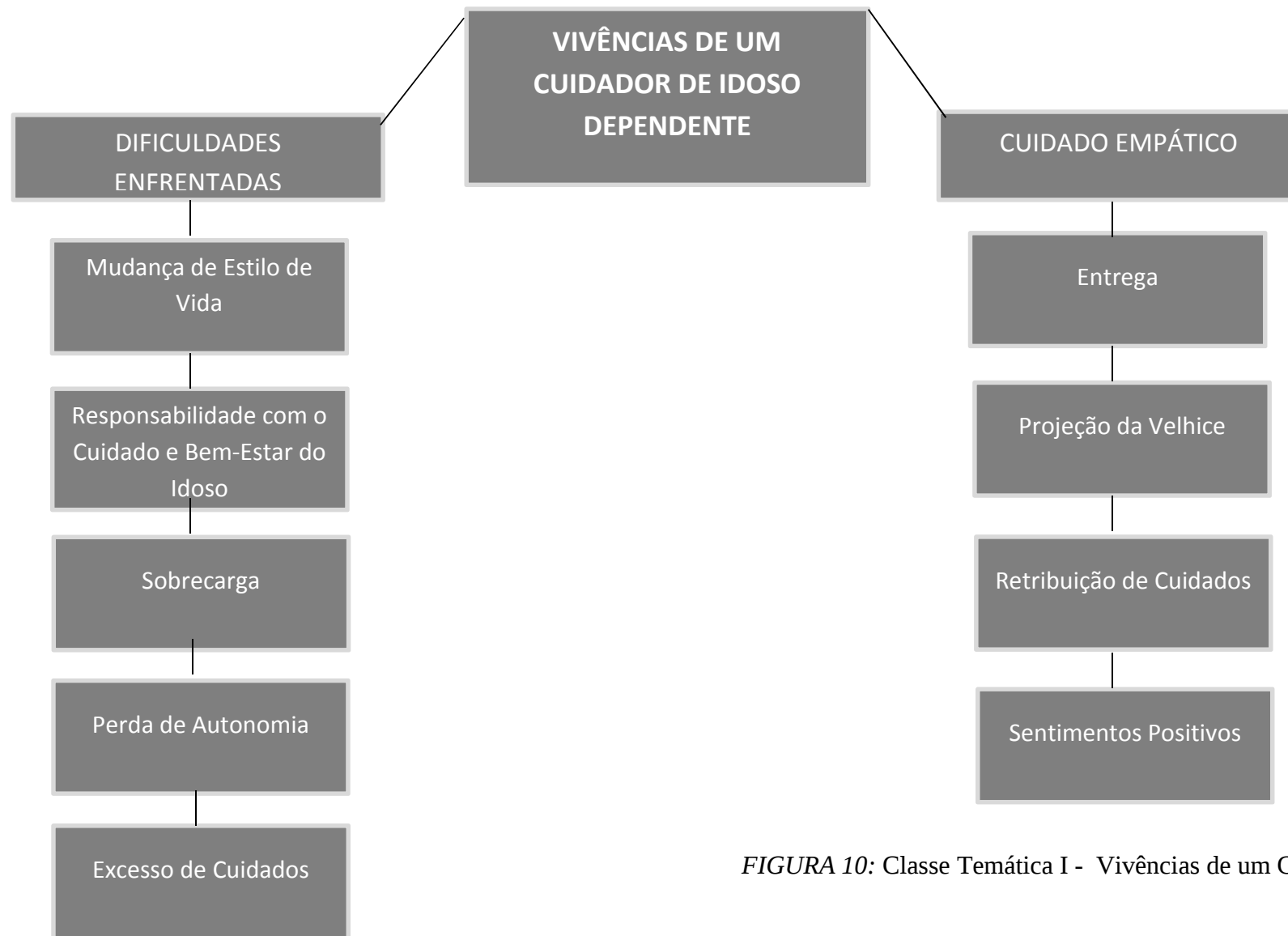


FIGURA 10: Classe Temática I - Vivências de um Cuidador de Idoso

4.2.1.1 - Dificuldades Enfrentadas

Sabe-se que cuidar de um idoso dependente exige toda uma reestruturação na vida do cuidador em função cuidado que se tem que oferecer. Diante disto, o cuidador familiar de idoso dependente enfrenta muitas dificuldades ao “ser escolhido” para exercer esta função, sua vida pessoal e profissional sofre mudanças bruscas e repentinas, sem deixar que o cuidador se acostume com as novas demandas exigidas pelo idoso dependente.

Uma das primeiras mudanças que ocorre na vida do cuidador familiar é a que se pode observar na subcategoria “*mudança de estilo de vida*”. Por causa do cuidado que deve ser oferecido de forma contínua ao idoso dependente, o cuidador tem que ajustar toda a sua vida em função deste cuidado para que as necessidades do idoso sejam supridas e para que ocorra a manutenção do seu bem-estar e saúde. Por meio dos seguintes discursos pode-se verificar a representação desta subcategoria:

“(...) a vida muda muito né... a gente assim tá acostumada com um ritmo de vida... não era uma pessoa que tava antes [O SOGRO NÃO MORAVA COM A CUIDADORA], uma pessoa que chegou depois...” (CUIDADOR 1)

“(...) a minha vida mudou muito, né?... Mudou porque eu saía muito, passeava pra casa da minha mãe tudo, hoje eu já não posso. Se eu for agora, eu levo ele também...” (CUIDADOR 7)

“(...) antes eu não tinha esse compromisso né... Eu não tinha compromisso pra tá cuidando... Eu vim morar aqui na Paraíba pra poder ficar perto dela, pra poder cuidar dela, eu morava no Rio, aí a gente largamos a nossa casa lá e viemos morar aqui pra tá mais perto dela...” (CUIDADOR 9)

Cuidar de uma pessoa dependente modifica o estilo de vida do cuidador em virtude das necessidades diárias apresentadas pelo dependente. As atividades de recreação e convívio social acabam sendo alteradas em virtude das atividades de cuidar, e ainda da

cobrança do indivíduo que necessita de cuidados e da presença constante do cuidador (Nardi et al., 2012). Cuidar de um idoso dependente na esfera domiciliar é, na maioria das vezes, sinônimo de negligência com sua própria vida ou parte dela, uma vez que a prioridade no momento é cuidar do seu familiar dependente e fazer o que ele necessita, abdicando das suas próprias vontades. Além de exercer o cuidado, o próprio cuidador precisa dividir esta atividade com as tarefas domésticas fazendo com que o mesmo se sinta ainda mais sobrecarregado e sem tempo para cuidar de si.

O cuidador familiar se sente na obrigação de manter o bem-estar do seu idoso dependente, há uma cobrança interna que faz com que o cuidador se sinta responsável pelo idoso, querendo sempre que este esteja bem, e tipo de cuidado oferecido é que vai favorecer ou não o bem-estar deste idoso dependente. Tudo o que o cuidador familiar deseja é que o seu familiar se sinta, na medida do possível, bem, e para que isto aconteça há de existir uma responsabilidade excessiva com a alimentação, medicação, higienização e todos os aspectos que possam garantir o bem-estar deste idoso dependente. Na subcategoria “*responsabilidade com o cuidado e bem-estar do idoso*” pode-se verificar estes aspectos através dos seguintes discursos:

“(...) eu me acho assim, com a responsabilidade de cuidar... eu me sinto responsável por isso...” (CUIDADOR 4)

“(...) Pra mim é importante porque é pra ele se sentir mais bem aceito pelo cuidador. Pra mim é importante pra que ele se sinta melhor. Já que eles não pode fazer as atividades, né? O cuidador faz pra que ele sinta mais vivo, né? Mais alegre, mais... não triste. Eu acho que ele sozinho não pode fazer, vão ficar triste, vão ficar cada vez mais doente. O cuidador tem a responsabilidade de fazer ele ficar feliz...” (CUIDADOR 5)

“(...) Mais responsabilidade, responsabilidade essa que é uma pessoa que tá dependente de mim... Mas assim, eu me sinto responsável por ela... Eu tenho que tomar decisões, mas todas as decisões que eu tomo em relação a ela eu antes eu converso com ela...” (CUIDADOR 8)

O sentimento de responsabilidade encontra-se no relacionamento com a precariedade da vida. Primeiramente este é passivamente sentido, pois há uma visão de que esta é uma tarefa ou missão. O cuidador ao se sentir responsável pelo idoso dependente assume o compromisso pelo outro no cuidado em geral. Entende-se que a dependência pode ser traduzida por uma ajuda indispensável para a realização dos atos indispensáveis da vida. Não é apenas a incapacidade que cria a dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade (Montezuma, Freitas, & Monteiro, 2008). Com isso, o cuidador familiar diante da dependência do seu familiar sabe que deverá suprir suas necessidades, dedicando tempo e abdicando de muitas coisas na tentativa de sanar essas necessidades com foco no bem-estar daquele que se encontra dependente.

Toda a responsabilização pelo cuidado com o idoso dependente acaba por causar exaustão física e emocional no cuidador familiar, o que aqui poderemos chamar de “*sobrecarga*”, sobrecarga esta que faz com que o cuidador se sinta tomado por sentimentos negativos acerca do cuidado prestado e da situação que ele está vivenciando. A sobrecarga experienciada pelo cuidador familiar de idoso dependente interfere em todos os aspectos de sua vida, podendo até a chegar em um ponto máximo de exaustão que possa comprometer a sua saúde como um todo, e consequentemente também irá influenciar no cuidado que está sendo oferecido ao idoso.

A sobrecarga sentida pelo cuidador é gerada pelo excesso de cuidado e atenção que se deve ter com idoso dependente, pois as ações terão que ser pensadas para que o idoso fique bem, então tem que haver horário para medicação, para banho e higienização, alimentação, além das situações inesperadas que surgirão ao longo do dia ou da noite e que o cuidador deverá estar de prontidão para atender o idoso na sua necessidade. Além disso, o cuidador não terá mais sua rotina diária, sua vida será em função da vida do idoso, o cuidador passa a não dispor mais de tempo para si próprio, até os horários da sua

alimentação e sono serão alterados em função os cuidados que são prestados ao idoso dependente. Todos esses aspectos acabam por contribuir com o aumento da sobrecarga vivenciada pelo cuidador familiar, como pode ser observado nos discursos abaixo os quais fazem parte da subcategoria “sobrecarga”:

“Num tá, né? Porque bom tem que ser cem por cento, num tá, né?... Não podia ser pior, ser melhor, né? Porque se não tivesse esse problema... Boa num tá, porque se ela tivesse a saúde dela aí eu me sentia vamos dizer assim, é (...) vivia muito bem contente. Hoje eu tenho essa obrigação e tem que levar até o final... No meu caso eu sou obrigado a cuidar. Se eu tivesse assim, vamos dizer assim, uma vida melhor e pudesse pagar tudo pra alguém tomar conta, aí eu pagaria, né? Por enquanto é que tem que fazer. Não é fácil, né? Não é fácil.” (CUIDADOR 6)

“(...) Eu fiquei um pouco mais cansada, porque muitas vezes a gente passa a noite sem dormir porque ele fica gritando, fica falando as coisas, não deixa ninguém dormir...” (CUIDADOR 10)

A sobrecarga de trabalho é um dos fatores que interferem na qualidade de vida do cuidador familiar de idoso dependente, pois cuidar de um idoso em tempo prolongado expõe, constantemente, os cuidadores a riscos de adoecimento, em especial, àqueles que são cuidadores únicos e assumem totalmente essa responsabilidade. Em estudo realizado por Campos, Cruz e Mattos (2010) foi verificado que a maioria dos cuidadores pesquisados atuam de modo permanente e dedicam mais de 12 horas de atenção ao idoso, além disso foi verificado também que quando o idoso tem maior grau de dependência necessita de mais cuidados, aumentando com isso a responsabilidade e sobrecarga do cuidador. Levando-se em consideração estes fatores, é perceptível que a tarefa de cuidar de idoso dependente é psicologicamente esgotante, acarretando com frequência altas taxas de depressão e outros sintomas psiquiátricos, sentimentos de frustração, ansiedade, preocupação constante, além de problemas físicos (Figueiredo & Sousa, 2008).

Além da sobrecarga, é interesse enfatizar que a perda de autonomia é um dos grandes fatores que acabam por dificultar a vida dos cuidadores familiares de idosos

dependentes, entendendo-se perda de autonomia como a falta de o indivíduo poder cuidar de sua própria vida devido a necessidade de cuidado que demanda um idoso dependente. Quando uma pessoa assume o papel de cuidadora familiar esta se vê obrigada a abdicar da sua própria vida em função da manutenção da vida do idoso, com isso o cuidador acaba por deixar de lado suas relações pessoais e sociais, como também os aspectos profissionais, acarretando ainda mais dificuldades para que o cuidador possa oferecer um cuidado efetivo ao idoso, como também possa cuidar de sua própria vida. A “*perda de autonomia*” foi uma subcategoria que também surgiu, e os discursos abaixo podem caracterizá-la:

“(...) eu me sinto assim, um pouco presa. Minha vida ficou assim, muito pouca coisa pra mim realizar, né? As minhas atividades, essas coisas porque a atenção é mais pra ela, então, diminuiu muito meu tempo, assim que eu tinha disponível pra fazer as minhas coisas, de procurar me divertir um pouco e ultimamente eu não tô podendo fazer isso porque eu tenho que ficar tomando conta dela... eu me prendo somente a ela, né? Não tenho o direito de ir num lugar, de sair uma festa, de um convite de uma amiga pra sair então eu fico sempre dando não, não, não porque eu tenho que tá presente na vida dela...” (CUIDADOR 2)

“A única diferença é que hoje em dia eu não saio mais como antes, não tenho mais como tá saindo com os meus amigos e tal...” (CUIDADOR 10)

O cuidador quando se reconhece como responsável pelo cuidado para com outra pessoa, entende que haverá de ter dedicação e transformação no modo de ser de sua vida. Assim, as atividades corriqueiras e necessárias, inclusive para a sobrevivência, ficam comprometidas. Nesse sentido, a nova situação vivenciada exige dedicação total por parte daquele que assume a integralidade dos cuidados para com o idoso dependente. E cuidar de uma pessoa dependente faz com que o estilo de vida do cuidador seja modificado em função das necessidades do outro. Independente do fato de aquele que cuida ser uma pessoa jovem ou idosa, suas atividades de lazer e convívio social acabam sendo anuladas,

dando a ele a sensação de não ter autonomia para gerenciar a própria vida e ter de viver em função do outro (Barros et al., 2010).

A grande carga de cuidados que um idoso dependente exige do seu cuidador, faz com este vivencie um momento de entrega profunda e de responsabilização excessiva. O cuidador não se sente seguro se ele próprio não executar todas as atividades necessárias para manutenção da saúde do idoso dependente, chegando ao ponto de não confiar que uma outra pessoa também possa ajudar o idoso nas suas necessidades. Este aspecto favorece ainda mais o aumento da exaustão física e emocional do cuidador familiar, pois o mesmo se sobrecarrega de atividades que exigem muita atenção, esforço físico, paciência e dedicação, acarretando com isso o que podemos chamar de “*excesso de cuidados*”. A partir dos discursos abaixo é possível verificar o que caracteriza esta subcategoria:

“Significa que se cuidar de um idoso normal já é assim, exige muito de você, na parte da responsabilidade, da atenção, então de um idoso dependente você tem que desdobrar mais ainda, nesse sentido assim de dar atenção, de nunca tirar os olhos...” (CUIDADOR 1)

“(...) É preocupação com ele, de deixar ele em casa sozinho, pra, no meio das coisa, no meio dos fio, fôgão, entendeu? Aí tem que ser preocupação mesmo, tem que deixar uma pessoa com ele, lá...” [A CUIDADORA SE REFERE A TER QUE DEIXAR O PAI EM CASA PARA PODER IR TRABALHAR] (CUIDADOR 3)

“(...) E ter muita paciência porque o idoso realmente requer, foge, puxa um pouquinho de você e ainda pode tirar a pessoa do sério e a pessoa tem que ser paciente, entender aquele idoso, entendeu?...” (CUIDADOR 4)

Um aspecto que deve ser destacado, é que o excesso de atenção e cuidado que o idoso dependente necessita é tão grande, que o cuidador familiar acaba por entregar-se totalmente a esta função, o que interfere também no relacionamento deste com sua família nuclear (marido/esposa, filho(s)). Geralmente o cuidador familiar vai morar com o idoso dependente ou o idoso é levado para a casa do cuidador mudando toda a rotina da pessoa

que assume os cuidados, como também de toda a sua família, pois tudo tem que girar em torno das necessidades do idoso. Toda essa mudança acaba por gerar conflitos dentro da família, pois as pessoas que não estão responsáveis pela prestação do cuidado acabam por exigir também atenção da pessoa “escolhida” como cuidadora principal, então filho(s) e/ou marido/esposa que antes eram cuidados, amparados e acarinhados, agora se sentem “desamparados” e não encontram mais aquela pessoa que sempre estava disponível para acolher, conversar e ajudar a tomar decisões nas situações rotineiras do dia-a-dia.

Cada família tem a sua estrutura e suas funções, de modo que cada membro tem o seu lugar e os seus papéis. Quando um de seus membros adoece gravemente, toda a homeostase familiar sofre uma ruptura, o que implica mudanças em todo o sistema, originando assim uma crise familiar. Em estudo realizado por Araújo, Paul e Martins (2009) constatou-se alterações na família devido aos cuidados prestados a um familiar dependente, foi possível verificar desequilíbrio emocional nos diferentes elementos da família (choro constante dos filhos), as relações sociais foram alteradas com restrições de atividades de lazer em família, as mudanças a nível comportamental no idoso acabavam por gerar conflitos nas relações intrafamiliares ocasionando por vezes agressividade por parte do cônjuge, ficando os filhos como mediadores para diminuir os conflitos, e também constatou-se que ocorrem alterações nos papéis de alguns membros da família, como por exemplo, o papel de cuidar e educar dos filhos que é passado para outras pessoas devido a impossibilidade do cuidador estar disponível para exercer seu papel de pai/mãe.

Percebe-se então que cuidar de um idoso dependente exige muito de seu cuidador familiar, acarretando assim dificuldades que acabam por influenciar no cuidado prestado. Dificuldades estas que interferem não só no cuidado em si, mas também causam impacto na vida do cuidador que se percebe com uma demanda imensa de trabalho e que muitas vezes não se sente capaz para executar um cuidado efetivo e eficaz.

4.2.1.2 – Cuidado Empático

O indivíduo quando assume a função de cuidador familiar de idoso dependente tende a oferecer o melhor de si para cuidar do seu familiar, observa-se que há um sentimento de entrega total com foco no melhor bem-estar e na manutenção da saúde daquele que está precisando de cuidados. O sentimento de entrega pode ser verificado devido ao vínculo existente entre cuidador familiar e o idoso dependente, como há uma relação afetiva entre as duas partes, o cuidador familiar tenta dar o melhor de si, dedicando-se exclusivamente aos cuidados com idoso dependente que tanto necessita de sua ajuda para manter-se, na medida do possível, saudável. A subcategoria “*entrega*” caracteriza este tipo de cuidado cauteloso e de total dedicação do cuidador familiar, e nos discursos abaixo é possível verificar estes aspectos:

“(...) E se dedicar a ele, se entregar a ele naquelas horas que ele tá precisando mais da sua dedicação, do seu amor, do seu carinho...” (CUIDADOR 4)

“Minha vida, minha vida é só dedicada a família, né?(...)” (CUIDADOR 5)

“(...) dando o que eu posso de mim pra tá ajudando a ela (...)” (CUIDADOR 9)

O cuidar envolve fazer algo sem esperar recompensa, com isso estão presentes sentimentos de amor, zelo e dedicação, sendo o cuidado incorporado como parte da vida do cuidador. Do ponto de vista dessas pessoas, o cuidado é visto como uma tarefa engrandecedora (Vieira et al., 2012). Então dedicar-se quase que exclusivamente aos cuidados com o idoso dependente faz com que o cuidador sinta-se satisfeito com aquela ação que ele está efetuando, pois o mesmo entende que cuidar de um ente querido é um

ato de manutenção do vínculo afetivo entre eles, como também engrandece a satisfação do cuidador em está ajudando seu familiar no momento de sua vida que ele mais precisa.

Pensando em como gostariam de serem tratados ao chegarem na velhice, muitos cuidadores se colocam no lugar do idoso dependente dando o máximo de cuidado assistido e responsável na esperança de que haja reconhecimento ao adentrarem neste momento da vida. Pensar na velhice é algo que os cuidadores se deparam constantemente por estarem vivenciando este momento junto ao seu familiar, e isto faz com que o cuidador acabe se colocando no lugar daquele que está necessitando de cuidados, fazendo então uma projeção de como ele mesmo também irá necessitar que uma outra pessoa lhe ajude na velhice. É importante destacar que no cuidado humano ocorre a circulação entre dar, receber e retribuir e isso pressupõe continuidade (Flores et al., 2011). Levando-se isto em consideração, a subcategoria “*projeção da velhice*” vem caracterizar este momento da vida do cuidador, e através dos discursos pode-se observar o quanto esta parcela da população se preocupa com os cuidados que um dia receberá quando chegar na velhice.

“(...) eu trato a pessoa assim, é como se fosse... eu me coloco no lugar dessa pessoa, e eu gostaria de ser tratada como eu trato esse idoso (...)” (CUIDADOR 1)

“(...) porque a gente tá dando um pouco da gente né, porque lá na frente a gente não sabe né, eu tento assim fazer que lá na frente alguém possa fazer por mim o que eu estou fazendo por ela hoje. A gente nunca sabe né?” (CUIDADOR 9)

Na concepção de Medeiros (2012), existe na população em geral um receio em se aproximar ou mesmo pensar em seu próprio processo de envelhecimento, mesmo que este seja algo contínuo e gradativo, todos os dias de nossas vidas. Parece existir um temor implícito, no senso comum, ao relacionar a sua velhice a um ciclo de envelhecimento com dependência e que poderá acarretar situações de abandono e, até mesmo, institucionalização. O fato é que envelhecer faz parte da vida, sendo um processo do qual

não se pode fugir e mesmo que influenciado pelas nossas escolhas existirão mudanças inerentes que afetarão o nosso cotidiano. Porém, quando a pessoa se depara com alguém em processo de dependência devido ao envelhecimento, e esta se vê responsável pelos cuidados que serão prestados, principalmente se houver vínculo entre as duas, o olhar sobre o processo de envelhecimento muda, fazendo com que aquele que está oferecendo o cuidado dê o melhor de si para que este cuidado seja reconhecido, e mais tarde as pessoas possam cuidá-la da mesma forma como um dia esta pessoa cuidou tão dedicadamente de uma outra pessoa.

Um outro aspecto que influencia a dedicação do cuidador em prestar cuidados ao seu familiar dependente é o que denominamos aqui de “*retribuição de cuidados*”, ou seja, o cuidador familiar oferece o cuidado como uma forma de retribuir os cuidados que um dia recebeu desta pessoa e que agora necessita de sua ajuda. Geralmente estes cuidadores familiares são filha(o), cônjuge, neta(o), ou possui um grau de parentesco muito próximo do idoso dependente. O vínculo afetivo existente entre eles e os cuidados recebidos um dia fazem com que o cuidador se sinta grato para com o idoso e isto faz com que o cuidado prestado seja uma forma de agradecer pelo que um dia o idoso fez por esta pessoa. Através dos discursos relatados abaixo é possível visualizar melhor esta subcategoria:

“(...) é obrigação como filha, né? Porque ela fez por mim quando eu era criança então chegou o momento da gente retribuir tudo aquilo que ela fez a gente criança, então eu tô retribuindo aquilo que ela fez pra mim. Então tem que ser amor mesmo, muito amor.” (CUIDADOR 2)

“(...) ele sempre foi bom pra mim na minha doença, quando eu tive Hepatite C ele cuidou muito bem de mim, então eu me sinto feliz de cuidar dele agora. É, eu tô retribuindo, mesmo se ele não tivesse cuidado de mim eu não sei se eu tinha essa, esse amor assim pra cuidar, acho que o tempo que ia dizer, né?” (CUIDADOR 7)

“(...) é retribuir o amor que um dia ela me deu e hoje eu vejo ela dessa fragilidade (choro) então pra mim, fazer tudo por ela, o que está a meu alcance como pessoa limitada que eu sou eu faço e faço com muito amor...” (CUIDADOR 8)

A diversidade de sentimentos vivenciados pelos cuidadores ocorrem devido ao envolvimento afetivo proporcionado pelos laços familiares dos cuidadores com os idosos, sendo o cuidado uma forma de, por exemplo, filhas cuidadoras retribuírem a oportunidade de terem sido geradas e postas no mundo. A retribuição de cuidados pode ser vista de uma forma positiva, pois esse cuidar é desenvolvido com muito amor, atenção, carinho e prazer, sendo o mesmo influenciado pelo reconhecimento, obrigação e dever, relacionados aos bons momentos vivenciados junto ao idoso e também uma retribuição de sentimentos acumulados durante a trajetória de vida do idoso com o cuidador (Vieira et al., 2011).

É importante enfatizar que o vínculo familiar estabelecido entre cuidador e idoso também é importante para que se estabeleça um cuidado cauteloso e efetivo. Este vínculo vem sendo construído desde as primeiras relações entre ambos, e é na velhice, na hora da dependência, quando há necessidade da ajuda de uma outra pessoa para manutenção das atividades diárias, que se percebe o quanto o vínculo familiar circunda as relações existentes entre cuidador familiar e idoso dependente. O estabelecimento do processo de adaptação a esta nova realidade de cuidado nem sempre pode ser complicado, pois quando há uma boa relação entre cuidador familiar e idoso dependente pode ocorrer um maior grau de intimidade, de confiança e de respeito. Por outro lado, grandes dificuldades podem ser geradas quando o histórico familiar é construído a partir de crises e conflitos, tornando o cuidado inadequado e penoso para o cuidador (Pavarini et al., 2006).

Mesmo que prestar cuidados a um idoso dependente seja uma atividade desgastante tanto física como emocionalmente, muitos cuidadores familiares experienciam “*sentimentos positivos*” com relação ao cuidado que eles oferecem ao seu

familiar dependente, e estes sentimentos fazem com que os cuidadores se sintam especiais por estarem executando esta função de forma tão dedicada. Estar cuidando do(a) pai/mãe, do(a) avô(ó), da(o) tia(o), do(a) marido/esposa, causa um sentimento de gratidão, de amor, de querer cuidar ainda mais do seu familiar, é uma satisfação para o cuidador familiar vê-lo bem, e saber que a manutenção da sua saúde e bem-estar vem desse cuidado oferecido, faz com que o cuidador familiar proporcione ainda mais sentimentos positivos com relação ao cuidado. Os discursos a seguir caracterizam claramente esta subcategoria:

“(...) eu me sinto assim muito feliz por poder fazer parte, assim, da vida dessa pessoa que pra mim significa muito né, pelo fato de ser assim da minha família e por precisar tanto... é muito gratificante a gente cuidar de uma pessoa.” (CUIDADOR 1)

“(...) É ótimo porque ele tá comigo, eu tô cuidando dele, essa parte da velhice dele tá comigo, né? Que eu sonhava ter isso comigo...” (CUIDADOR 3)

“(...) eu me sinto realizada com no caso de minha mãe que eu cuido dela, quando eu posso vê, eu vejo ela satisfeita, os olhos dela brilhar quando a gente tá tratando ela bem, entendeu?” (CUIDADOR 4)

Quando se procura compreender o lado positivo do ato de cuidado de um idoso dependente alguns estudos podem ser enfatizados, destacando-se Oliveira (2009) que observou em seus resultados que os motivos dos sentimentos positivos vivenciados pelos cuidadores familiares estão relacionados ao lado afetivo, normativo e de evitação da institucionalização, surgindo a satisfação e gratificação principalmente naqueles cuidadores que percebem o idoso como o principal beneficiário do cuidado ofertado. Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) ao estudarem a satisfação na prestação de cuidados, referem o fato da pessoa de quem se cuida estar bem tratada, com sua dignidade e felicidade preservadas, como também o cuidador tem a noção de que estar fazendo o melhor que se pode pelo seu familiar dependente. Já Sequeira (2007) destaca que o ato

de cuidar pode ser encarado como um ato de amor, uma relação de afetividade entre quem cuida e quem recebe o cuidado, proporcionando ao cuidador um certo sentido de vida.

Um dos aspectos que contribuem para que o cuidador familiar possa se sentir encorajado a continuar a oferecer um cuidado efetivo e dedicado ao idoso dependente é o suporte religioso. Através das crenças religiosas o cuidador entende que nesta tarefa que ele está a executar existe um Deus, uma divindade que lhe dá suporte para que o mesmo possa enfrentar esse momento de dependência do seu familiar. O suporte que se tem no aspecto religioso surge na busca de um equilíbrio com os outros ou consigo mesmo, e até o para o enfrentamento de uma situação de doença, as pessoas procuram auxílio ou apoio na religião, expressando a sua fé no ato de rezar ou meditar. A participação em atividades associadas à fé religiosa pode apresentar-se como fator auxiliar na saúde mental do cuidador (Nardi & Oliveira, 2009).

Mesmo havendo todo empenho do cuidador em suprir as necessidades do idoso dependente, um ponto que se deve destacar é que geralmente o cuidador familiar acaba por rotular o seu idoso, achando que o mesmo agora é uma criança. Os cuidadores percebem os idosos como uma criança, devido à relação de dependência física que se estabelece com o seu cuidador, em particular nas atividades da vida diária, e nesse contexto, acreditam que se esse cuidado não for realizado, as necessidades do idoso podem não ser atendidas. A infantilização da velhice é um fator que deve ser enfatizado como algo negativo presente no cuidado oferecido no ambiente familiar, pois se o cuidador infantiliza o idoso, o desconsidera como uma pessoa adulta, com suas vivências, sua história, suas capacidades intelectuais, cognitivas, dentre outras, este pode estar agindo de maneira negativa e inapropriada para com esse idoso e, desta forma, acaba por contribuir para perda de sua autonomia, bem como, a dependência emocional do idoso

para com o cuidador, a ponto de o idoso começar a ter comportamento infantil (Floriano, Azevedo, Reiners, & Sudré, 2012).

Então, respeitar a dignidade do idoso dependente é primordial para que ele sinta que possui forças para se manter vivo, que ainda é alguém, e que as outras pessoas ainda lhe reconhecem pelo o que ele fez durante toda a sua vida. Infantilizar o idoso, irá aumentar o grau de dependência deste, fazendo com que ele se sinta incapaz, e que mesmo consciente, ser tratado como criança fará com que surjam mais comportamentos relacionados a esta fase da vida, demandando ainda mais cuidado e atenção.

4.2.2 – Cuidados com a Saúde do Cuidador



FIGURA 11: Classe Temática II - Cuidados com a Saúde do Cuidador

Atuar como cuidador familiar de um idoso dependente demanda muita sobrecarga em cima do cuidador acarretando com isso diminuição da sua saúde física e mental. A saúde do cuidador é um dos aspectos que se deve levar em consideração quando se aborda o tema cuidados com um idoso dependente, pois se o cuidador não estiver bem, o cuidado que será oferecido poderá não está sendo efetivo, não atendendo assim as necessidades do idoso, como também doenças e afecções no próprio cuidador familiar passarão despercebidas devido a não atenção dada aos sinais do corpo, estando o cuidador predisposto a ficar doente e tornar-se também dependente.

Em estudo realizado por Gonçalves et al. (2006) acerca da saúde do cuidador, os mesmos observaram que 16,5% dos cuidadores são portadores de hipertensão arterial e outros problemas cardiovasculares, seguidos por 9,5% com problemas osteomusculares e 6,9% com diabetes. Todas essas doenças derivaram o excesso de dedicação prolongada ao cuidado, que não se limita aos idosos apenas, muitos cuidadores possuem filhos, cônjuge, netos, entre outros. Lenardt et al. (2011) ao verificarem a condição de saúde de cuidadores familiares verificaram que 62,5% dos pesquisados afirmaram possuir um ou mais tipos de doenças, sendo relatadas até seis comorbidades, prevalecendo a hipertensão (21,6%), seguida da depressão (10,6%) e consequentemente a utilização de anti-hipertensivos (21,1%) e antidepressivos (15,6%).

Focar na saúde do cuidador e como este promove meios de prevenir o aparecimento de doenças é de fundamental importância para que se possa conhecer o perfil de autocuidado destas pessoas, pois mesmos estando constantemente lidando com a doença e dependência do seu familiar, acabam por negligenciar os cuidados com sua própria saúde.

4.2.2.1 – Prevenção e Promoção da Saúde do Cuidador

Mesmo sobrecarregados, alguns cuidadores ainda buscam cuidar de si próprio, como pode ser observado na subcategoria “*prevenção e cuidados com a saúde*” onde percebe-se que o foco na prevenção do aparecimento de doenças é levado em consideração, havendo a busca por acompanhamento médico de rotina para realização de exames periódicos e realização de atividades físicas, caracterizando assim um autocuidado em saúde. Através dos discursos abaixo, pode-se verificar esta postura nos cuidadores familiares participantes do presente estudo:

“Só vou ao médico se sinto algo diferente, mas assim caminho normalmente diariamente, mas assim não tenho o hábito de ir sempre, mensalmente por exemplo... Fui, só o geral mesmo, assim de mulher, ginecológico mesmo, não foi assim nada anormal não... mas aí eu vou sim, eu digo assim não ir mensalmente... eu vou assim de 6 em 6 meses fazer o ginecológico normal e se durante esse tempo eu sentir algo diferente eu também vou... É só prevenção, assim de postinho mesmo... é assim de prevenção mesmo.” (CUIDADOR 1)

“Eu cuido assim, normal. Já semana passada fui na doutora Maristela... eu fui agora a pouco pra geriatria então, estou me prevenindo para o futuro, o acompanhamento com uma geriatria... E o suplemento justamente pra isso, prevenindo futuramente, que eu tenha, que eu não venha a ter uma doença mais séria usando esse suplemento.” (CUIDADOR 4)

“Cuido, é, eu faço alongamento e postura e assim quando eu preciso, eu sinto algo que eu preciso de um médico eu vou até o PSF e eu procuro um atendimento médico pra mim. Eu não fico em casa guardando doença não, eu vou em busca (...)” (CUIDADOR 8)

As práticas educativas em saúde são fundamentais para que esse tipo de comportamento seja adquirido ainda mais pelos cuidadores familiares, pois como afirmam Santiago e Luz (2012) as práticas de educação em saúde devem respeitar e valorizar a participação e autonomia dos sujeitos e possibilitar que sejam supridas suas necessidades, carências, expectativas, anseios e dúvidas. No entanto, o que se observa é que a educação desenvolvida, em especial com as massas populares, muitas vezes é realizada apenas como ato de transferência e depósito de conteúdos desconectados da realidade vivenciada pelo sujeito e do contexto atual no qual se encontra inserida essa

população. Os cuidadores familiares que não cuidam de sua própria saúde relatam como um dos fatores que favorecem a falta de cuidados o pouco tempo que dispõem para cuidar de si próprio, pois cuidar do seu familiar lhe exige muito, fazendo com que ele se deixe um pouco de lado e atenda prioritariamente as demandas do idoso. Então, mesmo observando-se comportamentos de prevenção e promoção da saúde por parte dos cuidadores, a grande maioria ainda não pode ser enquadrada dentro desse perfil, pois alegam que devido à sobrecarga não conseguem conciliar os cuidados com o idoso dependente e os cuidados com sua própria saúde.

A estratégia de autocuidado em saúde é um ponto bastante relevante quando se fala em cuidador familiar, pois vem retratar como os cuidadores familiares buscam cuidar da própria saúde, ou seja, quais são as estratégias que eles costumam utilizar para terem seu estado de saúde preservado. Ter a consciência de que é necessário buscar meios para manter seu bem-estar e qualidade de vida é essencial para que o cuidador familiar se sinta bem e possa cada vez mais prestar um cuidado eficaz ao seu familiar dependente, porém nem sempre isso é possível, pois na maioria das vezes o cuidador ao sentir-se sobrecarregado acaba por esquecer dos cuidados que deve ter com ele próprio e foca apenas nas necessidades do idoso dependente, mesmo tendo consciência de que é necessário cuidar de sua saúde também.

Os cuidados com a saúde mental também são de extrema importância para que se pratique o autocuidado em saúde, porém poucos os cuidadores familiares possuem consciência da importância dos cuidados que se deve ter com a saúde mental, os mesmos se encontram tão sobrecarregados que acabam não dando a importância merecida aos aspectos emocionais em sua vida, sinais de ansiedade e depressão, por exemplo, podem passar despercebidos e consequentemente influenciar no estado de saúde geral do cuidador familiar de um idoso dependente e nos cuidados prestados ao idoso dependente.

Em revisão sistemática da literatura realizada por Cardoso et. al. (2012), os mesmos concluíram que estudos já realizados abordando o tema sobrecarga do cuidador evidenciam que o cuidador possui menor qualidade de vida, inclusive com maior risco para o desenvolvimento de doenças como a depressão, principalmente quando há maior dependência do idoso. Já outros estudos revisados por estes autores indicam que o adoecimento de um familiar, configurado pela constante presença de sintoma psiquiátricos, está diretamente relacionado à sobrecarga e impacto do cuidador e também com o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Em se tratando de saúde do cuidador, Rodrigues, Watanabe e Derntl (2006) constataram que cuidadores relacionam a saúde como poder realizar “coisas” e que quando não se pode fazê-las não se tem saúde e também a manutenção da capacidade funcional, autonomia, estar de bem com a vida independente da idade, são fatores que eles relacionam a ter saúde. E mais, eles têm noção da importância da atividade física para a manutenção da saúde, porém sentem-se impedidos de realizá-las. Diante destes aspectos, é importante enfatizar que cuidar é uma tarefa sublime, mas árdua, e que exige do cuidador dedicação, controle emocional exacerbado e autocuidado, para que não caia na condição de incapacidade que o seu ente assistido se encontra (Mendes, Miranda, & Borges, 2010).

Um aspeto a ser destacado quando se aborda o assunto prevenção e promoção da saúde do cuidador é a busca de *“cuidados com a saúde devido ao aparecimento de doenças”*, fato este que surge como mais uma subcategoria e que pode ser caracterizado como cuidados que o cuidador tem com sua própria saúde devido o surgimento de alguma doença, seja esta adquirida antes ou durante o processo de dependência do seu familiar. Os discursos abaixo esclarecem esta subcategoria:

“Tenho, eu tô indo muito pro médico porque depois que eu descobri, né, que tava com anemia e com essa gastrite, um monte de coisas, aí eu comecei a me cuidar...” (CUIDADOR 7)

“(...) Me cuido claro, eu vou fazer a bariátrica lá no HU, já fiz, já passei por todos [MÉDICOS] já, agora só estou esperando abrir vaga pra pode fazer, pra fazer a cirurgia.” (CUIDADOR 9)

“Eu vou ao médico de 3 em 3 meses e faço os exames regularmente... é isso desde os 4 anos [DIABÉTICA], ir ao médico é uma coisa natural pra mim, cuido sim da minha saúde, acho que ainda devia cuidar mais, falta assim, sei lá, é tomar mais cuidado sabe?(...)” (CUIDADOR 10)

O conhecimento sobre as práticas populares de cuidados com a própria saúde é importante, pois assim é possível saber quais são as estratégias utilizadas pelos cuidadores familiares para se manter um bom estado de saúde. Sabe-se que o ideal não é cuidar da saúde apenas quando a doença já está instalada, mas sim buscar meios de prevenir o aparecimento desta. Percebe-se no discurso dos cuidadores familiares que estes estão buscando cuidados médicos mesmo estando sobrecarregados com os cuidados com o seu familiar dependente, porém, ainda é observado que muitos indivíduos buscam cuidados em saúde apenas com a aparecimento da doença, dando ênfase ao modelo retrógrado de saúde biomédico/curativista, deixando de lado a prevenção e a promoção da saúde, o que segundo Ayres (2007) é como se colocasse a saúde e a doença em situações polares, limitando a compreensão dessas duas construções discursivas e das práticas a elas relacionadas, negando as estreitas relações que guardam uma com a outra na vida cotidiana.

4.2.2.2 – Saúde e Cuidado

Relatos de que a saúde está bem e que esta parece ser pré-requisito para o exercício da prestação do cuidado é umas das formas que os cuidadores familiares justificam sua disposição para oferecer cuidados ao seu idoso dependente, na subcategoria “*disposição para o cuidado*” há relatos de que as “coisas” podem não estar bem mas se a saúde está boa para cuidar do seu familiar este pode ser um fator que os cuidadores podem levar em consideração na hora de avaliar sua própria saúde, pois o que importa para essas pessoas é ter disposição para prestar o cuidado necessário para o idoso. Nos discursos dos cuidadores familiares percebe-se que a saúde se correlaciona com estar apto a cuidar, independente que outros aspectos da vida não estejam bem, mas se há energia física para suprir as necessidades do idoso dependente os cuidadores avaliam, de certa forma, sua saúde positivamente.

“(...) Tá, uma parte tá boa, uma parte tá ruim e outra tá bem. Por causa de uma coisa assim, saúde que eu tenho pra trabalhar e cuidar dele, cuidar na minha casa. Tenho, graças a Deus eu tenho saúde (...)” (CUIDADOR 3)

“(...) Tá boa porque tô com saúde, entendeu? E tô cuidando dela (...)” (CUIDADOR 6)

Em estudo realizado no México com cuidadores de idosos, Guedea et al. (2009) verificaram que os cuidadores possuem características que lhes permitem responder bem diante das circunstâncias do cuidado, demonstrando que apesar dos problemas e insuficiência das fontes de apoio, os cuidadores têm desenvolvido estratégias e habilidades para lidar com as dificuldades surgidas. Mesmo com a avaliação da saúde estando relacionada a fatores de disposição para o cuidado, o que geralmente se observa em estudos sobre a avaliação da saúde do cuidador é que estes se encontram menos satisfeitos com suas vidas e percebem a sua saúde como sendo pior, o que confere à prestação familiar de cuidados a natureza de estressor crônico na medida em que parece interferir adversamente no bem-estar dos indivíduos (Figueiredo, Lima, & Sousa, 2009).

Entende-se que os cuidadores familiares não fazem uma avaliação de sua saúde totalmente positiva, o que percebe-se é uma conformação com o estado de saúde do idoso dependente, fazendo com que o cuidador não veja alternativas, a não ser cuidar do idoso de acordo com suas necessidades, independente da sua condição de saúde.

Outro fator que deve ser destacado, é que o indivíduo por não se encontrar doente avalia seu estado de saúde como “bom”, pois se não precisa de cuidados médicos, se o seu corpo não dá indícios de que algo está errado, o cuidador acaba por ter um comportamento de não buscar prevenir alguma doença que possa vir posteriormente, e isto é preocupante, pois a prevenção e a promoção da saúde são pontos primordiais na manutenção da boa saúde de uma pessoa. Camargo Jr. (2007) enfatiza este aspecto afirmando que esta é umas das críticas feitas ao modelo biomédico, pois centra o seu foco na categoria doença, e isto levaria a uma série de consequências indesejáveis, em particular a redução da concepção de saúde à mera ausência de doenças, o que traria ênfase excessiva na tecnologia “dura” na produção de diagnósticos, à redução da terapêutica à prescrição medicamentosa e à ênfase numa perspectiva dita curativa, excluindo de seu horizonte toda a dinâmica social e subjetiva que de fato dá sentido a existência humana.

4.2.2.3 – Ausência de Cuidados com a Saúde

A grande sobrecarga de cuidados vivenciada pelo cuidador familiar faz com que este acabe por negligenciar nos cuidados para com a sua saúde, pois o idoso dependente exige muita atenção e dedicação por parte do cuidador, e este por sua vez abdica quase que totalmente de sua vida para viver em função do seu familiar. No cuidador, a sobrecarga gerada pode acarretar o desenvolvimento de vários sintomas psiquiátricos,

fadiga, uso de medicamentos psicotrópicos, além de ter sua saúde prejudicada o que leva a falta de condições para cuidar do seu familiar dependente. Com relação a este aspecto surgiu então a subcategoria “*falta de cuidados com a saúde devido à sobrecarga*”, a qual pode ser caracterizada como a falta de cuidados com a saúde devido ao excesso de atividades desempenhadas pelo cuidador familiar, ocasionando com isso falta de tempo para cuidar de si próprio. Os discursos abaixo contemplam esta subcategoria:

“Não, eu não me cuido bem não. Tem uma hora que eu preciso procurar um médico, às vezes eu não procuro. Eu sinto a necessidade da caminhada, e eu não faço a caminhada, e isso vai se tornando assim, um pouco difícil porque eu tenho que ficar com ela. Não, não é só porque eu tô tomando conta dela, também tem o meu trabalho que eu não posso me ausentar, por que se eu me ausentar eu tenho que trazer atestado e fica essa um pouco, essa dificuldade, né, da tá saindo do trabalho (...)” (CUIDADOR 2)

“(...) Tô cuidando não, nunca mais fui pro médico... Eu não cuido mais dela [SAÚDE], o que eu cuido é assim, negócio de comida, não comer muito, né?... Eu nunca mais fui pro médico. Porque sem tempo. Não tenho tempo pra ir pra médico. Porque é a casa, trabalho e meu pai. Ou é com ele ou pra mim, eu vou com ele aí chega a hora de trabalhar... Não tive mais cuidado não. Só tive mesmo em casa na comida, nas refeição, né? (...) Mais de seis meses que não vou num médico.” (CUIDADOR 3)

“(...) pra falar a verdade eu não cuido muito bem não. Porque meu tempo é muito pouco, às vezes eu preciso de fazer alguma coisa, e às vezes eu não posso fazer tudo o que eu quero fazer. Eu só vou ao médico mesmo quando eu tô me sentindo doente, né? Se não eu não vou... Aí é difícil que é o que eu tô te falando, eu não vou sempre ao médico, só se eu tiver uma necessidade de ir (...)” (CUIDADOR 6)

No contexto de sobrecarga, os cuidadores apesar de dedicarem suas vidas para a promoção de bem-estar do seu núcleo familiar, principalmente do seu parente idoso incapacitado, não encontram tempo para cuidarem de sua própria saúde. O medo, dor, perda, falta de controle percebido e culpa interferem no bem-estar e na habilidade de autocuidado, como seguir dieta balanceada, realizar exercícios físicos, procurar serviços de saúde periodicamente e evitar ou abandonar hábitos nocivos. A não adesão a comportamentos de promoção à saúde pelo cuidador merece atenção especial dos

serviços e profissionais de saúde, pois a sua competência para prover cuidados pode ser determinada por sua capacidade de cuidar de si primeiro (Fernandes & Garcia, 2009).

De modo geral, pode-se afirmar que o excesso de atividades exigidas diariamente do cuidador familiar de um idoso dependente pode fazer com o mesmo sinta as consequências dessa sobrecarga na sua saúde física e mental, acabando por consumir toda a sua energia que é vital para que o mesmo possa executar suas atividades diárias, e isto pode interferir não só na vida do cuidador, mas também no cuidado que será oferecido ao idoso dependente.

Diante dos aspectos abordados, entende-se que cuidar de um idoso dependente, na perspectiva do seu cuidador familiar, pode ser visto como uma atividade desgastante, que gera sobrecarga, que modifica por completo a vida de quem assume os cuidados para com o idoso dependente, e que ao mesmo tempo que isto acontece percebe-se que estes cuidadores assumem os cuidados como uma forma de se colocar no lugar daquele seu familiar dependente, pois já que há uma afetividade entre ambos isso faz com que ocorra um processo empático que poderá estar intermediando os sentimentos vivenciados acerca do cuidado que está sendo ofertado.

V – CAPÍTULO
Sobre os Sentidos do Cuidar e o Impacto na Qualidade de Vida e Saúde Mental
do Cuidador Familiar de Idoso Dependente

Este capítulo tem como objetivo abordar, na perspectiva dos cuidadores familiares de idosos dependentes, qual o sentido do cuidado e o impacto que este ocasiona na avaliação da qualidade de vida e saúde mental destas pessoas. Para isto, serão levados em consideração os objetivos e hipóteses dos dois estudos realizados na presente Tese.

Geralmente, os cuidadores familiares experienciam um grau de sobrecarga alto, significando que o cuidado para com um idoso dependente representa uma atividade que exige bem mais do que ele pode oferecer, e isto faz com que o cuidador vivencie momentos desgastantes os quais irão influenciar não apenas na sua vida, mas também no cuidado que ele irá oferecer. Cuidar de um familiar dependente, representa para muitos um grau de satisfação por estar ajudando um ente querido, porém este cuidar demanda muito atenção, dedicação e exige muita energia física e emocional, acarretando com isso sobrecarga na pessoa que está prestando os cuidados. Estes aspectos corroboram a *hipótese 1* (Estudo I), pois a dependência do idoso é um importante preditor da sobrecarga no cuidador.

A sobrecarga nos cuidadores familiares de idosos dependentes pode ser expressa por problemas físicos, como queixas somáticas múltiplas, entre elas, dor do tipo mecânico no aparelho locomotor, cefaleia tensional, astenia, fadiga crônica, alterações no ciclo vigília-sono, assim como problemas psíquicos, manifestados por desordens como a depressão, ansiedade e insônia, que constituem a via de expressão do desconforto emocional (Scazufca, Menezes, & Almeida, 2002). Além destes sintomas, pode-se ainda perceber cansaço excessivo, dificuldade de tomar decisões, insatisfação nas tarefas diárias e sintomas somáticos (cefaleia, falta de apetite e transtorno do sono), verificando-se também sentimentos de medo, choro frequente e ideação suicida, porém estes em menor prevalência.

O excesso de cuidados prestados pelos cuidadores familiares de idosos dependentes, que gera sobrecarga nos mesmos, se não bem administrados, pode ocasionar o aparecimento de transtornos mentais comuns (TMC) nos cuidadores, o que está de acordo com a *hipótese 2*

(Estudo I). Os TMC são transtornos do tipo não-psicóticos, mas que se não houver diagnóstico e tratamento podem levar a pessoa ao adoecimento. Os TMC surgem de forma sutil, e caso não sejam detectados, aos poucos vão se alastrando e modificando a vida do indivíduo e interferindo na execução das suas atividades diárias. Cerca de 90% das manifestações psiquiátricas compõem-se de transtornos depressivos, ansiosos e somatoformes, incluindo sintomas como insônia, fadiga, irritabilidade, dificuldade de memória e concentração, queixas somáticas e sentimento de inutilidade (WHO, 2002), e todos estes sintomas caracterizam a prevalência de TMC.

Nos cuidadores familiares o surgimento dos TMC pode estar associado ao cuidado oferecido ao idoso dependente, principalmente quando a dependência do idoso é grave exigindo do cuidador um cuidado cauteloso e ininterrupto. À medida que o idoso dependente necessita de mais cuidados, o seu cuidador acaba por se dedicar ao extremo para tentar manter a saúde e o bem-estar do mesmo, e toda esta ação faz com que o cuidador experimente a sobrecarga derivada dos cuidados prestados, o que facilita o surgimento de sentimentos negativos com relação ao cuidado, e consequentemente todo esse desgaste pode provocar o aparecimento de sintomatologia associada aos TMC. É importante destacar que os TMC provocam incapacidades funcionais, causando prejuízos significativos nas capacidades sociais e físicas dos cuidadores familiares de idosos dependentes.

Outro fator que pode ser influenciado pelo grau de dependência do idoso é a satisfação com a vida dos cuidadores familiares. Geralmente quando o idoso apresenta dependência grave e quando este cuidado já se prolonga por muitos anos a avaliação que os cuidadores tendem a fazer de suas vidas passa a ser negativa, aspectos estes que confirmam a *hipótese 3* (Estudo I). À medida que a dependência do idoso sobrecarrega a vida de seu cuidador, exigindo esforços físicos e mentais acima do que o indivíduo pode oferecer, e quando este cuidado se estende por longos e continuados anos, a satisfação que estes terão com suas próprias vidas passa a não ser satisfatória, pois o cansaço e desgaste excessivos fazem com que o indivíduo passe a não enxergar

mais aspectos positivos em sua vida. A sobrecarga se torna frequente, a vida social é inexistente, o apoio necessário por muitas vezes não é recebido e o cuidador se torna praticamente uma figura que não tem vida própria e que tem que estar disponível para atender a todas as demandas necessárias para manter a saúde do seu familiar dependente.

Com relação aos cuidadores de idosos entende-se que a prestação de cuidados pode ser caracterizada como *stressor* crônico, que leva o indivíduo a exaustão máxima, o que demonstra que a satisfação com a vida nesta parcela da população é baixa, como também no âmbito da saúde mental, são estes que se encontram em pior estado (Figueiredo, Lima, & Sousa, 2009). É importante destacar que a satisfação com a vida é o componente cognitivo do bem-estar subjetivo que constitui um indicador de saúde mental referindo-se a aspectos positivos da vida e não apenas à ausência de fatores negativos (Simões, 1992).

De modo geral, a saúde mental dos cuidadores familiares é afetada pela sobrecarga vivenciada, pela presença dos TMC e pela insatisfação com a vida, aspectos estes que contribuem de forma negativa na vida destas pessoas, assim como postula a *hipótese 4* (Estudo I). A sobrecarga proveniente da prestação de cuidados é tão exaustiva para o cuidador, que por muitas vezes o mesmo poderá ter a sensação de perda de controle de sua própria vida, se esta sobrecarga não for minimizada e bem administrada pelo cuidador o mesmo estará suscetível a apresentar sintomas referentes aos TMC o que pode acometer ainda mais sua saúde física e mental, pois sabe-se que os TMC são caracterizados por sintomas não-psicóticos que podem levar a incapacidade total de quem o está vivenciado. O cuidado excessivo também levará o cuidador a vivenciar insatisfação com sua própria vida, pois o mesmo passa a viver em função da manutenção da saúde do idoso, deixando de lado suas demandas pessoais, profissionais e sociais, e isto faz com que seus planos para este momento de sua vida sejam adiados. Todos estes aspectos atuando de forma conjunta e contínua irão interferir negativamente na saúde mental do cuidador familiar, havendo necessidade de que seja oferecido suporte a esta parcela da população, pois ao

mesmo tempo que estes cuidam, também merecem ser cuidados para que eles próprios não se tornem pessoas dependentes de cuidados de outros.

Levando-se em consideração estes aspectos, entende-se que o cuidar de um familiar dependente gera impacto na saúde mental de quem está prestando os cuidados necessários, pois todo o desgaste gerado pela execução desta atividade ocasiona também problemas de ordem emocional, que acabam por fazer com que o cuidador vivencie sentimentos negativos com relação ao cuidado que ele está oferecendo, os quais irão influenciar em todos os aspectos de sua vida. Estes sentimentos negativos com relação ao cuidado e toda sobrecarga vivenciada facilitarão o surgimento de TMC os quais levarão o cuidador ao adoecimento psicológico, e se este não for detectado e tratado, conseqüentemente o cuidador familiar não poderá oferecer o cuidado necessário que o idoso precisa para manutenção das suas atividades diárias. E não apenas isto, o cuidador também precisará ser cuidado para que ele possa reestabelecer sua saúde mental.

No que se refere a qualidade de vida dos cuidadores familiares de idosos dependentes, o excesso de cuidados prestados também poderá afetá-la negativamente, principalmente quando há o aumento da sobrecarga, pois quando isto acontece verifica-se uma piora das condições do ambiente do cuidador, englobando finanças, moradia, transporte e recursos básicos. Somando-se a isso, a demanda de cuidados excessivos e ininterruptos fazem com que o cuidador se sinta isolado, não cultivando relacionamentos sociais, estes aspectos corroboram com a *hipótese 5* (Estudo I). Porém, para que o cuidador familiar avalie sua qualidade de vida como ruim é importante considerar os aspectos que compõem este construto, pois se esta avaliação for feita de uma forma geral os cuidadores irão considerá-la como positiva, focando apenas nos aspectos físicos, ou seja, se os mesmos possuem saúde física para prestar o cuidado necessário estes avaliarão sua qualidade de vida como boa. Entende-se que o conceito de qualidade de vida é amplo e que inter-relaciona o meio ambiente com os aspectos físicos e psicológicos, o nível de independência, as relações sociais e crenças pessoais (Fleck, 2000), então para que seja feita uma

avaliação deste construto é necessário considerar todos os seus aspectos, pois este retrata a percepção do indivíduo sobre sua própria vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Diante do exposto, pode-se perceber que o cuidado prestado a um idoso dependente pode influenciar negativamente na qualidade de vida do cuidador familiar, pois como na maioria das vezes a tarefa de cuidar de um familiar dependente recai de forma abrupta sobre a pessoa que será a cuidadora, esta não tem tempo para se adaptar a função que lhe é atribuída, os conhecimentos e técnicas sobre o cuidado surgem com a prática, a sobrecarga e exaustão são intensas e o sentimento de desamparo e isolamento são vivenciados constantemente, com isso toda a vida do cuidador acaba sendo modificada em função da dependência do idoso, acarretando assim impactos sobre a qualidade de sua vida.

Na *hipótese 6* (Estudo I) foi postulado que a qualidade sofre declínio devido à saúde mental precária dos cuidadores familiares, fato este que pode ser confirmado, pois se o indivíduo está com sua saúde mental debilitada, consequentemente a sua qualidade de vida não será avaliada como positiva, pois os aspectos psicológicos e emocionais interferem na vida do indivíduo como um todo, fazendo com que este tenha dificuldade para manter suas relações pessoais e sociais, desempenhar suas atividades profissionais, e até executar suas atividades diárias. Lembrando que o construto qualidade de vida reflete a percepção que o indivíduo tem de que suas necessidades estão sendo satisfeitas, ou ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização (OMS, 1998), com isso se a saúde mental está influenciando negativamente na vida do indivíduo, consequentemente a avaliação que será feita acerca da sua qualidade de vida tenderá também a ser mais negativa, pois se este não consegue se sentir bem psicologicamente é provável que sua concepção acerca da felicidade e satisfação de suas necessidades não alcancem níveis de significativos para que seja tenha uma boa qualidade de vida.

Mais especificamente com relação a cuidadores familiares de idosos dependentes, entende-se que quando a sobrecarga de cuidados é excessiva chegando ao ponto de que o cuidador seja acometido por sintomas que se referem aos TMC, sua saúde mental precisa de cuidados específicos, pois a sua vida como um todo sofrerá pelos danos causados referentes aos aspectos psicológicos que acabam interferindo em todos os pontos da vida do cuidador, levando com isso a diminuição da sua qualidade de vida. E o que poderá causar impacto negativo da qualidade de vida e saúde mental destas pessoas serão as mudanças na própria vida que passam a acontecer devido a prestação de cuidados, pois assumir os cuidados para com um idoso dependente faz com que o indivíduo que cuida abdique de algumas atividades que eram praticadas habitualmente, negligenciando assim da sua própria vida.

A respeito da qualidade de vida e saúde mental dos cuidadores familiares e o tempo de cuidado que estes têm com relação aos idosos dependentes, pode-se destacar que o fator tempo de cuidado pode mediar o impacto que o cuidado terá sobre estes dois aspectos da vida do cuidador, assim como foi pressuposto na *hipótese 7* (Estudo I). Os cuidadores familiares com menos tempo nesta função tendem a apresentar mais riscos psicológicos e consequentemente a sua qualidade de vida e saúde mental sofre um maior declínio, pois ao assumir este cargo, a pessoa não se sente preparada tecnicamente, fisicamente e psicologicamente para prestar o cuidado necessário para manutenção da saúde e bem-estar do idoso.

No início dos cuidados para com o idoso dependente, a pessoa que assume esta função poderá ter a sensação de desamparo e impotência com relação a função que estará exercendo, pois cuidar de um idoso dependente irá demandar ações nas quais o cuidador talvez nunca tenha vivenciado ao longo de sua vida e que devido a necessidade de ajudar o idoso nas suas necessidades terá que fazê-las sem nenhum conhecimento prévio. O fato de nunca ter cuidado de um idoso dependente, e ainda mais quando este é um familiar, acaba então por modificar completamente a vida do cuidador, fazendo com que este se sinta sobrecarregado e

experienciando sentimentos negativos com relação ao cuidado prestado, os quais irão influenciar na avaliação que estas pessoas farão acerca da sua qualidade de vida e saúde mental. Porém, ao longo dos anos de cuidado prestado, o cuidador tenderá a se adaptar a esta função diminuindo assim os riscos psicológicos causados pela carga que é cuidar de um idoso dependente melhorando a avaliação que será feita da qualidade de sua vida.

Quando a dependência do idoso se torna um aspecto que acaba por demandar muito esforço físico e psicológico por parte do cuidador familiar, percebe-se que a sua saúde mental tenderá a decair, principalmente quando a dependência do idoso é grave, exigindo que o cuidador realize todas atividades para manter a saúde e bem-estar do idoso. Nesses casos, o cuidador poderá vivenciar com maior intensidade sentimentos de infelicidade, entendendo o ato de cuidar como algo que gera sofrimento e muito cansaço. Em contrapartida, a qualidade de vida do cuidador familiar não sofre interferências devido o grau de dependência do idoso, ou seja, independente do estado que o idoso se encontra este aspecto não causará impacto na avaliação que será feita da qualidade de vida e sim outros aspectos que permeiam o cuidado irão exercer influência. Estes aspectos demonstram que o que foi pressuposto na *hipótese 8* (Estudo I) não pode ser corroborado, visto que apenas a saúde mental é influenciada pelo grau de dependência do idoso.

A demanda do cuidado necessário para atender as necessidades de um idoso com dependência grave faz com que a dinâmica familiar seja modificada, exigindo que o cuidador dê o melhor de si, e fazendo com este deixe de lado suas atribuições pessoais, sociais e profissionais, e passe a viver em função do idoso, visto que este não tem condições de suprir as suas próprias necessidades. Toda essa demanda de cuidados acaba por gerar nos cuidadores uma sobrecarga intensa, o que influenciará no surgimento de sintomas relacionados aos TMC, os quais caracterizam a diminuição da saúde mental dos cuidadores familiares.

Levando-se em consideração o *objetivo* proposto no *Estudo I*, o qual teve como foco verificar o quanto a qualidade de vida e saúde mental dos cuidadores familiares são impactadas pelos cuidados prestados ao familiar idoso dependente, na presente Tese, percebe-se que a sobrecarga ocasionada pelo excesso de cuidados oferecidos ao idoso faz com que o cuidador sinta o peso que é cuidar, onde na maioria das vezes, este acaba por interferir negativamente em todos os aspectos da vida deste cuidador, e conseqüentemente influencia na avaliação que estas pessoas fazem da qualidade de suas vidas, como também causam efeito na saúde mental destas pessoas, podendo com isso interferir na vida do cuidador familiar e na qualidade do cuidado que ele irá oferecer ao seu familiar dependente.

Sobre os sentidos do cuidar, na *hipótese 1* (Estudo II) postulou-se que o ato de cuidar estaria relacionado a culpa e a responsabilização por parte dos cuidadores familiares, porém, esta hipótese não pode ser confirmada, pois apenas a responsabilização com o cuidado é tida como fator que influencia no ato de prestar o cuidado ao familiar idoso dependente. Quando o cuidador assume esta função, o mesmo se sente responsável por todos os aspectos da vida do idoso, sejam os aspectos físicos e/ou psicológicos, e essa responsabilização surge devido ao compromisso afetivo-familiar que o cuidador traz consigo, sendo este um sentimento subjetivo que é alimentado durante toda a relação de cuidado. Sendo o idoso dependente um familiar, onde muitas vezes é o pai ou a mãe que se encontra na situação de dependência, o cuidador assume os cuidados integralmente responsabilizando-se por tudo de bom ou ruim que venha a acontecer na vida do idoso.

Então, cuidar na concepção dos cuidadores familiares, é estar responsável pela manutenção da saúde e bem-estar do seu familiar dependente, sendo esta responsabilidade associada também a uma obrigação ou dever que o próprio cuidador alimenta na relação de cuidado, pois no contexto da dependência há de se considerar o vínculo afetivo que permeia toda esta situação.

A responsabilização com o cuidado, traz também para a vida do cuidador uma carga de atividades que sobrecarregam todos os aspectos de sua vida, considerando-se os aspectos físicos e mentais, estando essa sobrecarga derivada do cuidado dedicado ao idoso dependente. Levando-se em consideração estes aspectos, se pode afirmar que a *hipótese 2* (Estudo II) foi confirmada. Os cuidados prestados à idosos dependentes funcionam como agentes estressores que geram sobrecarga no cuidador familiar e esta sobrecarga acaba por perturbar e ameaçar as atividades do cuidador. A sobrecarga vivenciada é intensa, e à medida que a dependência vai aumentando a sobrecarga também tende a aumentar, mas são nos anos iniciais de prestação de cuidado que a sobrecarga tende a ser maior, pois com relação aos cuidados para com um familiar dependente, o cuidador passa por um processo de adaptação até se “acostumar” com a rotina de cuidados a serem oferecidos.

É importante destacar que a sobrecarga vivenciada pelo cuidador familiar é derivada do excesso de cuidados que é necessário oferecer ao idoso dependente, e esta carga de atividades faz com que o cuidador experiencie momentos de extrema exaustão, pois além de ter que suprir todas as necessidades do idoso tais como higienização, alimentação e medicalização, o que consome toda a sua energia física, muitas vezes ele tem que lidar com a falta de conhecimento técnico para lidar com a doença do idoso, falta de apoio familiar e social, conflitos familiares, sentimentos de exclusão e isolamento, dificuldades financeiras e até mesmo dificuldade em aceitar o seu papel, o que acaba por influenciar nas condições de sua vida e no seu estado de saúde. O desgaste vivido pelo cuidador não afeta apenas este e o idoso que está sendo cuidado, mas todos que fazem parte do seu núcleo de relacionamentos sofrem as consequências da sobrecarga experienciada pelo cuidador.

Levando-se em consideração o que foi destacado acerca da sobrecarga do cuidador familiar, é necessário enfatizar que a sobrecarga associada ao cuidar de um familiar doente ou funcionalmente dependente é um processo subjetivo, pois o nível de sobrecarga dependerá da

valorização que o sujeito irá dar as situações estressoras que estão sendo vivenciadas (Martins, Ribeiro, & Garret, 2004). Todos estes aspectos envolverão a gravidade da situação, as incapacidades do idoso dependente e o estado emocional associado à situação, o que irá influenciar na adaptação do cuidador ao contexto da dependência do seu familiar, como também nas consequências decorrentes na sua vida pessoal.

Ao se obter conhecimento sobre o contexto do cuidado e todos os aspectos que permeiam a vida do cuidador familiar, entende-se que a pessoa que presta os cuidados necessários a um idoso dependente irá sofrer modificações drásticas em todos os aspectos de sua vida, influenciando com isso nos cuidados que o cuidador terá com ele próprio, pois à medida que ele passa a se dedicar integralmente aos cuidados com seu familiar, não terá disponibilidade para cuidar de sua própria vida, destacando-se aqui a falta de cuidados com sua saúde, fato este que comprova a *hipótese 3* (Estudo II), na qual foi postulado que o autocuidado em saúde não é levado em consideração pelos cuidadores familiares devido à falta de tempo para cuidar de si.

A demanda de cuidados exigidos por parte do cuidador e a sobrecarga de atividades fazem com que o indivíduo que assume esta função deixe de lado suas prioridades pessoais e viva em função das necessidades do idoso dependente, com isso a falta de tempo para cuidar de si acaba sendo internalizada pelo cuidador, fazendo com que as suas necessidades não sejam levadas em consideração. Devido à falta de tempo, o fator saúde, o qual é essencial tanto o cuidador, como também é importante para que este possa oferecer um cuidado cauteloso e efetivo, é um dos pontos que não são levados em consideração na vida do cuidador, o que poderá comprometer sua saúde física e mental, como também a saúde do idoso que se encontra dependente.

Entende-se que cuidar de um idoso dependente é uma tarefa árdua onde, na maioria das vezes, esta não é acompanhada de orientação adequada, o que poderá causar impacto na qualidade de vida e saúde daquele que está oferecendo os cuidados, e além disso o cuidador por muitas vezes acaba conciliando a tarefa de cuidar com outros afazeres domésticos o que contribui

para aumentar a sobrecarga vivenciada por estas pessoas. Essas atribuições fazem com que todo o tempo de cuidador fique dedicado a cuidar do outro, negligenciando assim os cuidados para com sua própria vida. É importante destacar que o autocuidado em saúde é de extrema importância para a prevenção de doenças, pois se o indivíduo percebe as necessidades de seu corpo e da sua mente é mais fácil que sejam realizadas ações que provoquem o reestabelecimento de sua saúde.

O que se percebe na vida do cuidador familiar de idoso dependente é que muitos sintomas somáticos, tais como cefaleias frequentes, falta de apetite, insônia, tremores, desconforto estomacal, cansaço excessivo, hipertensão, taquicardia, entre outros, indicam a necessidade de busca de ajuda médica ou psicológica, mas devido ao cuidado ininterrupto oferecido ao idoso dependente o cuidador acaba não buscando os cuidados necessários para com a sua saúde, mesmo tendo a noção de que há necessidade de ajuda.

Diante do exposto, compreende-se que a figura do cuidador familiar é elemento fundamental na prestação de cuidados efetivos ao idoso dependente, porém esta responsabilidade pode constituir uma ameaça à sua saúde, debilitando-a, ocasionando risco de institucionalização do idoso, e o cuidador correndo o perigo de também se tornar um paciente do sistema (Figueiredo & Sousa, 2008). É importante então que seja avaliado o estado de saúde do cuidador para que sua disponibilidade familiar não seja afetada, e que a percepção deste como paciente oculto não seja levada em consideração, mas para que isto aconteça há a necessidade de várias formas de intervenções com foco na saúde do cuidador familiar de idoso dependente por parte dos serviços de saúde.

A partir dos aspectos que foram abordados, e levando-se em consideração o *objetivo* do *Estudo II*, o qual buscou verificar a percepção do cuidador familiar acerca do sentido do cuidar de um idoso dependente e como este cuidar influencia no seu autocuidado em saúde, é possível compreender que cuidar de um idoso dependente, para o familiar cuidador, é tido como uma

atribuição que é permeada por uma responsabilização excessiva com o cuidado que está sendo oferecido, a qual gera sobrecarga física e mental neste cuidador. Se o indivíduo se responsabiliza por todas as ações voltadas para a manutenção do bem-estar e saúde do idoso, entendendo esta responsabilização como uma obrigação ou dever para com o seu familiar, onde muitas vezes este não aceita ajuda de outras pessoas para exercer o cuidado, conseqüentemente a carga de atividades será exaustiva gerando sobrecarga nestas pessoas, o que irá comprometer também o seu estado de saúde, pois ao mesmo tempo em que o cuidador estará dedicado totalmente aos cuidados para com o idoso dependente, não terá tempo para cuidar de si próprio, correndo o risco de também se tornar uma pessoa dependente devido à falta de cuidados com a sua própria saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente Tese como objetivo principal avaliar os sentidos do cuidar e o impacto que este cuidado causa na qualidade de vida e saúde mental do cuidador familiar de idoso dependente. Diante disto, pode-se concluir que cuidar de um idoso dependente, na visão do cuidador familiar, significa exercer um cuidado cauteloso e efetivo, onde há dificuldades para serem enfrentadas, as quais geram sobrecarga física e mental, e ao mesmo tempo há satisfação na realização deste cuidado, ocorrendo um processo empático por parte do cuidador para com o seu familiar dependente, ou seja, o cuidador tem a capacidade de se colocar no lugar do idoso e a partir daí o cuidado que este passa a oferecer leva em consideração os aspectos afetivos-emocionais que circundam todo este processo.

Cuidar de um idoso dependente acarretará para o seu cuidador familiar mudanças drásticas em sua vida, pois devido à grande carga de atividades físicas e demandas emocionais que deverão ser realizadas para que se mantenha a saúde e o bem-estar do idoso, o cuidador não terá disponibilidade para cuidar de sua própria vida, afetando com isso suas relações pessoais, sociais e profissionais, fazendo com que surjam dificuldades nos relacionamentos familiares, sentimento de isolamento e problemas financeiros. Todos esses aspectos agindo em conjunto e de forma contínua, acabam por influenciar na qualidade de vida e saúde mental do cuidador, pois executar uma atividade que gera sobrecarga faz com que se perca o controle da própria vida, o que poderá acarretar sintomas somáticos que influenciarão na saúde do indivíduo como um todo, prejudicando não só a vida do cuidador, mas também o cuidado que ele está oferecendo ao idoso dependente.

A qualidade de vida dos cuidadores familiares é percebida por estes como algo que está relacionado às suas capacidades físicas, ou seja, para se avaliar que se tem uma boa qualidade de vida o cuidador levará em consideração se ele possui boas condições

físicas para efetuar o cuidado necessário ao seu familiar dependente, tais como dor física, necessidade de tratamento médico, energia vital, capacidade de locomoção, sono, realização das atividades diárias e capacidade para o trabalho, independente de outros aspectos que permeiam o cuidado estes fatores acabam por influenciar na avaliação que os cuidadores fazem da qualidade de suas vidas.

Com relação a saúde mental, os cuidadores levam em consideração aspectos mais subjetivos, os quais possuem relação direta com aspectos psicológicos que estão presentes na vida do cuidador. Sendo assim, a saúde mental destas pessoas inclui aspectos como aproveitar a vida, encontrar sentido na vida, possuir capacidade de concentração, aparência física, autossatisfação e sentimentos negativos, os quais sendo percebidos como positivos ou negativos afetarão na saúde mental destes, mas sem deixar de considerar que aspectos físicos, sociais, ambientais, sobrecarga e satisfação coma vida também influenciam nesta relação, e que o tempo de cuidado que o cuidador exerce para com o idoso dependente causará mais impacto na saúde mental destas pessoas, principalmente nos primeiros anos que o cuidador começa a prestar os cuidados ao seu familiar dependente.

Diante do exposto, entende-se a relevância desse estudo para que se obtenha mais conhecimentos acerca da vida do cuidador familiar de idoso dependente, visto que pesquisas acerca desta temática ainda merecem ser destacadas, pois devido o envelhecimento populacional busca-se entender o contexto da velhice, mas ainda não é dada ênfase as questões relacionadas ao envelhecimento com dependência, principalmente quando esta dependência envolve a figura do cuidador familiar, figura tão importante para manutenção da saúde e bem-estar do idoso dependente, e que passa despercebida no contexto do cuidado, onde na maioria das vezes este cuidador também

precisa receber assistência necessária para que ele exerça um cuidado efetivo sem comprometer a sua saúde e qualidade de vida.

Como limitações percebidas, pode-se destacar que há necessidade de aprofundar ainda mais os estudos acerca do cuidado realizado por familiares a seus idosos dependentes e o impacto que este cuidado causa na vida destas pessoas, por isso são necessárias pesquisas mais amplas que considerem o contexto paraibano como um todo, e também o cenário nacional e mundial os quais contribuirão para um maior entendimento desses aspectos. Outro fator que deve ser levado em consideração é o tamanho da amostra, o qual demonstrou-se pequeno para o estudo de base qualitativa dificultando assim as interpretações que foram feitas acerca do sentido do cuidar e do autocuidado em saúde, talvez com uma amostra maior poderão surgir ainda mais categorias ampliando assim a compreensão que é feita acerca dos aspectos aqui enfatizados.

É importante relatar que durante a realização desta Tese foi dado início no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba *campus* Cabedelo cursos de qualificação profissional na área de Cuidador de Idoso por meio do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e ao Emprego – PRONATEC. Dois cursos já foram concluídos e um encontra-se em andamento, os quais foram elaborados a partir da perspectiva desse estudo, contendo uma disciplina denominada “Saúde do Cuidador” que foca prioritariamente na saúde mental e qualidade de vida dos cuidadores de idosos. O curso é voltado para formação de cuidadores formais, ou seja, pessoas qualificadas profissionalmente para exercer o cuidado, mas percebeu-se a grande participação de cuidadores familiares que estavam frequentando o curso para exercer um cuidado mais cauteloso com o seu familiar dependente.

Percebe-se com isso a necessidade de criação de políticas voltadas para a atenção ao cuidador familiar de idoso, visto que este necessita receber suporte técnico-profissional

para adquirir os conhecimentos necessários para exercer um cuidado efetivo e seguro ao idoso dependente, como também há necessidade de que sejam criadas ações voltadas para a manutenção da saúde física e psicológica destas pessoas, oferecendo suporte para que a sobrecarga causada pelo cuidado não cause grande impacto na vida destes, preservando sua qualidade de vida e saúde mental.

Grupos de apoio ao cuidador estão previstos na Política Nacional do Idoso, porém poucas iniciativas existem no âmbito da política de saúde. Esses grupos têm como foco o apoio de desenvolvimento dos cuidados informais, formando-se parcerias entre os profissionais da saúde e as pessoas que estão exercendo o cuidado no domicílio, pois este cuidado requer orientação, informação e assessoria de especialistas. Além disso, para prevenir as perdas e agravos à saúde do cuidador, estes grupos devem voltar ações para prevenir a sobrecarga e o impacto emocional negativo que prejudicam não só a vida do cuidador familiar, mas também podem afetar o idoso que se encontra dependente.

Na Paraíba, a ABRAz (Associação Brasileira de Alzheimer) oferece um grupo de apoio a familiares de pessoas com a doença de Alzheimer e outras demências ajudando na superação e dificuldades enfrentadas pelo cuidado prestado ao familiar dependente. Os grupos da ABRAz atuam de forma voluntária e possuem dois enfoques, os quais caracterizam-se por grupos informativos e grupos de apoio social e emocional, porém aqui na Paraíba, mais especificamente em João Pessoa, o grupo é informativo e oferece encontros uma vez ao mês. É importante destacar que esta é uma ação isolada dentro de um contexto amplo, é necessário que estes grupos façam parte do cotidiano da saúde pública do nosso Estado, principalmente sendo ofertados dentro das Unidades Básicas de Saúde as quais devem constituir o contato direto com o familiar cuidador de idoso dependente.

O que se percebe na realidade é que as políticas públicas de saúde enfrentam dificuldades para acompanhar crescimento rápido da população idosa em nosso país, trazendo como consequência um enfoque distorcido acerca da responsabilidade sobre as incapacidades ou doenças crônicas nos idosos, pois à medida que os familiares assumiram os cuidados com os seus idosos dependentes, este foi interpretado como um problema familiar ou individual por causa da ausência ou precariedade do suporte que deveria ser oferecido pelo Estado. Este fato que acaba por sobrecarregar a saúde física e mental do cuidador familiar, o qual tem direito de ser cuidado de acordo com suas necessidades, e que pela ausência destes cuidados que não são recebidos, esses cuidadores passam despercebidos pelo setor de saúde fazendo com que surjam assim uma parcela da população caracterizada como “pacientes ocultos”.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F. J. B. A., Noriega, J. A. V., Martins, C. R., & Neves, M. T. S. (2008). Locus de Controle e Bem-Estar Subjetivo em Estudantes Universitários da Paraíba. *Psicología para a America Latina*, 13, 01-16.
- Amêndola, F., Oliveira, M. A. C., & Alvarenga, M. R. M. A. (2008). Qualidade de Vida dos Cuidadores de Pacientes Dependentes no Programa Saúde da Família. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(2), 266-272.
- Amêndola, F., Oliveira, M. A. C., & Alvarenga, M. R. M. A. (2011). Influência do Apoio Social na Qualidade de Vida do Cuidador Familiar de Pessoas com Demência. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 45(4), 884-9.
- Angelo, M., & Bocchi, S. C. M. (2008). Entre a Liberdade e a Reclusão: o apoio social como componentes da qualidade de vida do binômio cuidador familiar – pessoa dependente. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(1), 15-23.
- Araújo, C. L. O., Oliveira, J. F., & Pereira, J. M. (2012). Perfil de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer. *Revista Kairós Gerontologia*, 15(2), 119-137.
- Araújo, I. M., Paul, C., & Martins, M. M. (2009). Cuidar de Idosos Dependentes no Domicílio: desabafos de quem cuida. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 191-197.
- Ayres, J. R. C. (2002). Epidemiologia, Promoção da Saúde e o Paradoxo do Risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(1), 28-42.
- Ayres, J. R. C. (2007). Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 17(1), 43-62.
- Ayres, J. R. C. M., França-Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti-Filho, H. C. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, D., & Freitas, C. M., organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barbieri, C. V. (2013). Cuidados de Longa Duração no Brasil: as possibilidades do seguro-dependência. *Informe de Previdência Social*, 25(4), 4-17.
- Baptista, M. N., & Carneiro, A. M. (2011). Validade da Escala de Depressão: relação com ansiedade e stress laboral. *Estudos de Psicologia*, 28(3), 345-352.
- Barros, J. D. S., Oliveira, N. J. M., Silva, S. L. B., Silva, R. S., & Silva, M. P. F. (2010). Percepção e Expectativas de Cuidadores no Processo Saúde/Doença na Pessoa Idosa. *Revista Saúde*, 4(2), 28-36.

- Batistella, C. (2007). Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: Fonseca, A. F., & Corbo, A. D., organizadores. *O Território e o Processo Saúde-Doença*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.
- Berger, P. L., & Berger, B. (1978). O que é uma instituição social? In: Foracchi & Martins, J. S. (Org.). *Sociologia e Sociedade: leituras de introdução à Sociologia*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 193-199.
- Berquó, E., & Baeninger, R. (2000). *Os Idosos no Brasil: considerações demográficas*. Campinas, SP. Textos NEPO 37.
- Boff, L. (2011). *Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. 17ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Boletim ISA - Capital (2011). *Transtornos Mentais Comuns. Tabagismo. Consumo de Bebida Alcoólica*. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEinfo. Boletim ISA – Capital, nº 5, São Paulo – SP.
- Borghi, A. C., Sassá, A. H., Matos, B. C. B., Decesaro, M. N., & Marcon, S. S. (2011). Qualidade de Vida de Idosos com Doença de Alzheimer e de seus Cuidadores. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(4), 751-8.
- Bousso, R. S., Poles, K., Serafim, T. S., & Miranda, M. G. (2011). Crenças Religiosas, Doença e Morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Rer. Esc. Enferm. USP*, 45(2), 397-403.
- Brasil, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1.
- Brasil, Ministério da Saúde (2000). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Idosos*. Documento disponível no site do Ministério da Saúde, Brasil: <http://www.saude.gov.br/>
- Brasil, 2003. *Estatuto do Idoso*. Lei n. 10.741 de 2003. Brasília, DF.
- Brasil, 2012. *Resolução CNS nº 466/2012 que Trata de Pesquisas com Seres Humanos*. Documento disponível no site: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Braz, E., & Ciosak, S. I. (2009). O Tornar-se Cuidador na Senescência. *Esc Anna Nery Rev de Enferm*, 13(2), 372-77.

- Brundtland, G. H. (1999). Global partnerships for health. *WHO Drug Information*, 13(2), 61-62.
- Bulla, L. C., & Tsuruzono, E. R. S. (2010). Envelhecimento, Família e Políticas Sociais. *Revista Pol. Públ. São Luís*, 14(1), 103-112.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Camargo Jr., K. R. (2007). As Armadilhas da “Concepção Positiva da Saúde”. *PHISIS: Rev. Saúde Coletiva*, 76(1), 63-76.
- Campos, E. C., Cruz, S., & Mattos, E. D. (2010). Perfil de Cuidadores Familiares de Idosos no Município de Jataizinho – PR. *UNOPAR Científica, Ciências Biológicas e da Saúde*, 12(13), 57-66.
- Canguilhem, G. (1990). *O Normal e o Patológico*. São Paulo: Forense Universitária.
- Caponi, S. (2003). Saúde como Abertura ao Risco. In: Czeresnia, D.; Freitas, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Cardoso, L., Vieira, M. V., Ricci, M. A. M., & Mazza, R. S. (2012). Perspectivas Atuais Sobre a Sobrecarga do Cuidador em Saúde Mental. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 46(2), 513-7.
- Carvalho, M. C. G. (2010). *A Experiência do Cuidar: o (des)amparo do cuidador familiar*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Gerontologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo – SP.
- Cassis, S. V. A., Karnakis, T., Moraes, T. A., Curiati, J. A. E., Quadrante, A. C. R., & Malgadi, R. M. (2007). Correlação entre o Estresse do Cuidador e as Características Clínicas do Paciente Portador de Demência. *Rev. Assoc. Médica Bras.*, 53(6), 497-501.
- Castellanos, P. L. (1997). Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. In: Barata, R. B. (org.). *Condições de Vida e Situação de Saúde*. Saúde Movimento, 4. Abrasco, Rio de Janeiro – RJ.
- Castillo, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Rev. Brasileira Psiquiatria*, 22(2), 20-23.
- Cattani, R. B., & Girardon-Perlini, N. M. O. (2004). Cuidar do Idoso Doente no Domicílio na Voz de Cuidadores Familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), 254-271.
- Celestino, F. K. S. (2009). *Enfrentamento, Qualidade de Vida, Estresse, Ansiedade e Depressão em Idosos Demenciados e seus Cuidadores: avaliações e correlações*.

Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília – DF.

- Cerqueira, A. T. A. R., & Oliveira, N. I. L. (2002). Programa de Apoio a Cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. *Psicologia USP*, 13(1), 133-50.
- Coelho, E. R., Sacerdote, D. S., Cardoso, L. T. S., Barreto, R. M. C. S., & Souza, R. C. (2013). *Rev. Bras. Med. Farm. Comunidade*, 8(28), 172-9.
- Collière, M. (1989). *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Cruz, L. N. (2010). *Medidas de Qualidade de Vida e Utilidade em uma Amostra da População de Porto Alegre*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e Diagnóstico. Volume Especial Depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 6-11.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Dillehay, R. C., & Sandys, M. R. (1990). Caregivers for Alzheimer's Patients what we are Learning from Research. *International Journal of aging and human development*, 30(4), 263-285.
- Faerstein, E. (2000). O Debate Qualidade de Vida e Saúde: outros aspectos a considerar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 22 - 24.
- Fernandes, M. G. M., & Garcia, T. R. (2009). Atributos da Tensão do Cuidador Familiar de Idosos Dependentes. *Rev. Esc. Enfermagem USP*, 43(4), 818-24.
- Figueiredo, M. A. C. (1989). *O Trabalho Alienado & O Psicólogo do Trabalho: algumas questões sobre o papel do psicólogo no controle da produção capitalista*. São Paulo: EDICON.
- Figueiredo, M. A. C. (1993). Profissionais de Saúde e Aids. Um estudo diferencial. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 26(3), 393-407.
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2008). Percepção do Estado de Saúde e Sobrecarga em Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes com e sem Demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(1), 15-24.

- Figueiredo, D., Lima, M. P., & Souza, L. (2009). Os Pacientes “Esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde e cuidadores familiares de idosos. *Revista Kairós*, 12(1), 97-112.
- Filho, N. A., Coelho, M. T. A., & Peres, M. F. T. (1999). O Conceito de Saúde Mental. *Revista USP*, 43, 100-125.
- Fleck, M. P. A. (2000). O Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Fleck, M. P. A. (Org.). (2008). *A Avaliação da Qualidade de Vida: guia para profissionais de saúde*. São Paulo: Artmed.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Ver Saúde Pública*, 33(2), 198-205.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pizon, V. (2000). Aplicação da Versão em Português do Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida “WHOQOL-bref”. *Rev. Saúde Pública*, 34(2), 178-183.
- Flores, G. C., Borges, Z. N., Budó, M. L. D., & Silva, F. M. (2011). A Dádiva do Cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(3), 533-540.
- Floriano, L. A., Azevedo, R. C. S., & Reiners, A. A. O. (2012). Cuidador Familiar de Idosos: a busca pelo apoio social formal e informal. *Ciência, Cuidado & Saúde*, 11(1), 18-25.
- França, A. C. L., & Rodrigues, A. L. (1999). *Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática*. Editora Atlas. 2. ed. São Paulo.
- Gaioli, C. C. L. O., Furegato, A. R. F., & Santos, J. L. F. (2012). Perfil de Cuidadores de Idosos com Doença de Alzheimer Associado à Resiliência. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), 150-7.
- Gaíva, M. A. M. (1998). Qualidade de Vida e Saúde. *Ver. Enferm. UERJ*, 6(2), 377-82.
- Gama, C. A. P., Campos, R. T. O., & Ferrer, A. L. (2014). Saúde Mental e Vulnerabilidade Social. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 17(1), 69-84.

- Garre-Olmo, J. et al. (2000). Carga y Calidad Vida em Cuidadores de Pacientes com Demência Tipo Alzheimer. *Revista de Neurologia*, 31(6), 522-7.
- Gentil, V. (1997). Ansiedade e Transtornos Ansiosos. In: Gentil, V., Lotufo-Neto, F., & Bernik, M. A. (org.). *Pânico, Fobias e Obsessões*. São Paulo: Edusp.
- Gil, M. E., & Bertuzzi, L. D. (2006). Desafios da Psicologia no Cuidado com o Cuidador. *Revista Bioética*, 14(1), 49-59.
- Goldbaum, M. (2000). Qualidade de Vida e Saúde: além das condições de vida e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 19-31.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common Mental Disorders: a bio-social model*. London, Tavistock.
- Gonçalves, D. M., Stein, A. T., & Kapczinski, F. (2008). Avaliação do Desempenho do Self-Reporting Questionnaire como Instrumento de Rastreamento Psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Caderno de Saúde Pública*, 24(2), 380-390.
- Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M., Sena, E. L. S., Santana, L. W. S., & Vicente, F. R. (2006). Perfil da Família Cuidadora de Idoso Doente/Fragilizado do Contexto Sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(4), 570-7.
- Gonçalves, L. H. T., Nassar, S. M., Daussy, M. F. S., Santos, S. M. A., & Alvarez, A. M. (2011). O Convívio Familiar do Idoso na Quarta Idade e Seu Cuidador. *Cienc Cuid Saúde*, 10(4), 746-754.
- González Rey, F. L. (2004). Psicologia Social e Saúde. In: Silva, M. F. S., & Aquino, C. A. B. (2004). *Psicologia Social: desdobramentos e aplicações*. São Paulo: Escrituras Editora. Coleção Ensaios Transversais.
- Guedea, M. T. D., Damacena, F. A., Carbajal, M. M. M., Marcobich, P. O., Hernández, G. A., Lizárraga, L. V., & Flores, E. I. (2009). Necessidades de Apoio Social em Cuidadores de Familiares de Idosos Mexicanos. *Psicologia e Sociedade*, v. 21. n. 2, 242-249.
- Gratão, A. C. M. (2010). *Sobrecarga Vivenciada por Cuidadores de Idosos na Comunidade*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.
- Gratão, A. C. M., Vendrúsculo, T. R. P., Talmelli, L. F. S., Figueiredo, L. C., Santos, J. L. F., & Rodrigues, R. A. P. (2012). Sobrecarga e Desconforto Emocional em Cuidadores de Idosos. *Texto Contexto Enfermagem*, 21 (2), 304-12.

- Gutierrez, D. M. D., & Minayo, M. C. S. (2009). Papel da Mulher de Camadas Populares de Manaus na Produção de Cuidados da Saúde. *Saúde e Sociedade*, 18(4), 707-720.
- Heidmann, I. T. S. B., Almeida, M. C. P., Eggert, A., Wosny, A. M., & Monticelli, M. (2006). Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto Contexto Enferm*, 15(2), 352-8.
- Inouye, K., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. I. (2008). Octagenários e Cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto Contexto Enferm*, 17(2), 350-7.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2008). *População brasileira envelhece em ritmo acelerado*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/default_ant.php. Acesso em: 29/11/2011.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2009). Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise da Condição de Vida da População Brasileira. *Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica*, n. 26.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2010). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das Condições de Vida da População Brasileira*. Rio de Janeiro, RJ.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2011). *Primeiros Resultados Definitivos do Censo 2010*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidência/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1. Acesso em: 29/11/2011.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013). *Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade: 2000-2060*. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm. Acesso em: 14/02/2014.
- Jesus, M. C. P., Merighi, M. A. B., Caldeira, S., Oliveira, D. M., Souto, R. Q., & Pinto, M. A. (2013). Cuidar da Mãe Idosa no Contexto Domiciliar: perspectiva de filhas. *Texto Contexto Enferm*, 22(4), 1081-8.
- Lavinsky, A. E., & Vieira, T. T. (2004). Processo de Cuidar de Idosos com Acidente Vascular Encefálico: sentimentos de familiares envolvidos. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(1), 41-45.
- Lenardt, M. H., Willig, M. H., Seima, M. D., & Pereira, L. F. P. (2011). A Condição de Saúde e Satisfação com a Vida do Cuidador Familiar de Idoso com Alzheimer. *Colombia Médica*, 42(1), 17-25.

- Lima, A. F. B. S., & Fleck, M. P. A. (2009). Qualidade de Vida e Depressão: uma revisão da literatura. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 0-0.
- Luzardo, A. R., Gorini, M. I. P. C., & Silva, A. P. S. S. (2006). Características de Idosos com Doença de Alzheimer e seus Cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. *Texto Contexto Enferm.*, 15(4), 587-594.
- Maffioletti, V. L. R., et al. (2006). Os Sentidos e Destinos do Cuidar na Preparação dos Cuidadores de Idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(4), 1085-1092.
- Magalhães. M. J. S., & Silva, A. C. (2014). Conhecimento e Dificuldades Enfrentadas por Cuidadores Acerca de Idosos Acamados. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 3(1), 32-8.
- Martin, A. J., & Stockler, M. (1998). Quality of life assessment in health care research and practice. *Evaluation & Health Professions*, 21(2), 141-156.
- Martins, P. F. S. (2010). *Personalidade e sua Relação com Transtornos de Ansiedade e de Humor: uma análise da produção científica brasileira na abordagem cognitivo-comportamental*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Universidade Federal de Uberlândia.
- Martins, T., Ribeiro, J. L. P., & Garrett, C. (2003). Estudo de Validação do Questionário de Avaliação de Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1), 131-148.
- Martins, T., Ribeiro, J. L. P., & Garrett, C. (2004). Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) – Reavaliação das Propriedades Psicométricas. *Revista Referência*, 11, 17-31.
- Medeiros, P. (2012). Como Estaremos na Velhice? Reflexões sobre Envelhecimento e Dependência, Abandono e Institucionalização. *Polêm!ca*, 11(3), 439-453.
- Melo, Z. M. (2000). Família e Cultura: uma reflexão. *Revista SimposiuM*, ano 4, número especial, 72-75.
- Mendes, G. D., Miranda, S. M., & Borges, M. M. M. C. (2010). Saúde do Cuidador de Idosos: um desafio para o cuidado. *Revista Enfermagem Integrada*, 3(1), 408-421.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.
- Minosso, J. S. M, Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., & Oliveira, M. A. C. (2010). Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em Idosos Atendidos em Ambulatórios. *Acta Paul Enfermagem*, 23(2), 218-223.

- Montezuma, C. A., Freitas, M. C., & Monteiro, A. R. M. (2008). A Família e o Cuidado ao Idoso Dependente: estudo de caso. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(2), 395-404.
- Myers, D. G. (1999). *Introdução a Psicologia Geral*. 5ª ed. Rio de Janeiro: TLC.
- Nardi, E. F. R., & Oliveira, M. L. F. (2009). Significado de Cuidar de Idosos Dependentes na Perspectiva do Cuidador Familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(3), 428-435.
- Nardi, E. F. R., Santos, L. M. R., Oliveira, M. L. F., & Sawada, N. O. (2012). Dificuldades dos Cuidadores Familiares no Cuidar de um Idoso Dependente no Domicílio. *Ciência, Cuidado & Saúde*, 11(1), 98-105.
- Nardi, T., Rigo, J. C., Brito, M., Santos, E. L. M., & Bós, A. J. G. (2011). Sobrecarga e Percepção de Qualidade de Vida em Cuidadores de Idosos do Núcleo de Atendimento à Terceira Idade do Exército (Natiex). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(3), 511-519.
- Neri, A. L., & Sommerhalder, C. (2002). As Várias Faces do Cuidado e Bem-Estar do Cuidador. In: Neri, A. L. (org.). *Cuidar de Idosos no Contexto da Família: questões psicológicas e sociais*. Campinas: Alínea.
- Neri, A. L. (org.). (2000). *Qualidade de Vida e Idade Madura*. 3 ed. Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2003). Prefácio. In: Santos, S. M. A. (2003). *Idosos, Família e Cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador*. Campinas, SP: Alínea.
- Neri, A. L. (2004). Velhice Bem-Sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. *PSICO-USF*, 9(1), 109-110.
- Novelli, M. M. P. C., Nitrini, R., & Caramelli, P. (2010). Cuidadores de Idosos com Demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. *Rer. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 21(2), 139-147.
- Oliveira, A. (2009). *Cuidados Informais ao Idoso Dependente: motivos e gratificações*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro.
- Oliveira, D. C., Carvalho, G. S. F., Stella, F., Higa, C. M. H., & D'Elboux, M. J. (2011). Qualidade de Vida e Sobrecarga de Trabalho em Cuidadores de Idosos em Segmento Ambulatorial. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(2), 234-40.
- Organização Mundial de Saúde – OMS (1998). *Promoción de la Salud: glossário*. Genebra.

- Organização Mundial de Saúde – OMS (2010). *Statistical Informations System* (WHOSIS). Recuperado em 10 de fevereiro de 2014, de http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/mgccom/en/
- Paschoal, S. M. P. (2000). *Qualidade de Vida do Idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo – SP.
- Pascoal, M., & Donato, J. C. (2005). Aspectos Psicofísicos e Sócio-Culturais da Qualidade de Vida. *Movimento&Percepção*, 5(6), 165-168.
- Pavarini, S. C. I., Tonon, F. L., Silva, J. M. C., Menciondo, M. Z., Barham, E. J., & Filizola, C. L. A. (2006). Quem Irá Empurrar Minha Cadeira de Rodas? A Escolha do Cuidador Familiar do Idoso. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 326-335.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5(2), 164-172.
- Pereira, M. G., & Carvalho, H. (2012). Qualidade de Vida, Sobrecarga, Suporte Social, Ajustamento Conjugal e Morbidade Psicológica em Cuidadores de Idosos. *Temas em Psicologia*, 20(2), 369-383.
- Pimentel, L. (2011). O Sexo dos Anjos: os cuidados às pessoas idosas dependentes como uma esfera de acção preferencialmente feminina. *ex aequo*, 23, 23-37.
- Pitta, A. M. F. (2000). Qualidade de Vida: uma utopia oportuna. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 19-31.
- Ramos, D. M., & Nascimento, V. G. (2008). A Família como Instituição Moderna. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(2), 461-472.
- Ricarte, L. (2009). *Sobrecarga do Cuidador Informal de Idosos Dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Porto: [s.n.]. Dissertação de Mestrado.
- Rodrigues, L. S., & Soares, G. A. (2006). Velho, Idoso e Terceira Idade na Sociedade Contemporânea. *Revista Ágora*, 4, 1-29.
- Rodrigues, S. L. A., Watanabe, H. A. W., & Derntl, M. A. (2006). A Saúde de Idosos que Cuidam de Idosos. *Rev. Escola Enfermagem USP*, 40(4), 493-500.
- Rodríguez Del Álamo, A. (2004). *Sobrecarga Psicofísica en Familiares Cuidadores de Enfermos de Alzheimer: causas, problemas y soluciones*. Recuperado em 10 de Fevereiro de 2014, de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/delalamo/alzheimer.shtml>

- Rufino Netto, A. (1994). Qualidade de Vida: compromisso histórico da epidemiologia. In: Lima e Costa, M. F. L. & Sousa, R. P. (orgs.). *Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia*. Coopmed/ Abrasco, Belo Horizonte.
- Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto – SP.
- Saldanha, A. A. W. (2011). *Situações de Vulnerabilidade à Gravidez na Adolescência: Estilo de Vida e Comportamentos de Risco de Adolescentes Paraibanas* (relatório pesquisa). Brasília: CNPq.
- Salkovskis, P. M. (2004). *Fronteiras da Terapia Cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sanchez, M. A. (2000). A Dependência e suas Implicações para a Perda de Autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial pediátrica. *Textos sobre Envelhecimento*, 03(03), 01-17.
- Santiago, R. F., & Luz, M. H. B. A. (2012). Práticas de Educação em Saúde para Cuidadores de Idosos: um olhar da enfermagem na perspectiva freireana. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(1), 136-142.
- Santos, S. M. A. (2003). *Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador*. Campinas, SP: Alínea.
- Santos, D. I. F. A. (2008). *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente: um estudo no Concelho da Lourinã*. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta. Lisboa, Portugal.
- Santos, K. O. B., Araújo, T. M., & Oliveira, N. S. (2009). Estrutura Fatorial e Consistência Interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em População Urbana. *Cad. Saúde Pública*, 25(1), 214-222.
- Santos, A. S., Karsch, U. M., & Montañes, C. M. (2010). A Rede de Serviços de Atenção à Saúde do Idoso na Cidade de Barcelona (Espanha) e na Cidade de São Paulo (Brasil). *Serviço Social & Sociedade*, 102, 365-386.
- Santos, E. G., & Siqueira, M. M. (2010). Prevalência dos Transtornos Mentais na População Brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238-246.

- Santos, G. S., & Cunha, I. C. K. O. (2013). Perfil Sociodemográfico de Cuidadores Familiares de Idosos Residentes em uma Área de Abrangência da Estratégia Saúde da Família no Município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, 10(60), 47-53.
- Sarti, C. A. (1999). Família e Jovens: no horizonte das nações. *Revista Brasileira de Educação*, 11, 99-109.
- Sarti, C. A. (2004). A Família como Ordem Simbólica. *Psicologia USP*, 13(3), 11-28.
- Scazufca, M., Menezes, P. R., & Almeida, O. P. (2002). Carigiver Burden in an Elderly Population with Depression in São Paulo, Brazil. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(9), 416-422.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O Envelhecimento na Atualidade: aspectos cronológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593.
- Schossler, T., & Crossetti, M. G. (2008). Cuidador Domiciliar e o Cuidado de Si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. *Texto Contexto Enferm*, 17(2), 280-7.
- Schuttinga, J. A. (1995). Quality of Life Studies: definitions and conceptual issues. In: Spilker, B. (Ed). *Quality of life and Pharmacoeconomics in clinical trials* (pp. 11-23). Philadelphia: LippincottRaven.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de Vida e Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Senna, M. D., & Antunes, E. H. (2003). Abordagem da Família (a criança, o adolescente, o adulto, e o idoso no contexto da família). *Manual de Enfermagem*. Disponível em: <<http://w.ids-saude.org.br/enfermagem>>. Acesso em: 02 dez. 2013.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Silva, C. F., Passos, V. M. A., & Barreto, S. M. (2012). Frequência e Repercussão da Sobrecarga de Cuidadores Familiares de Idosos com Demência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 15(4), 707-731.
- Simionato, M. A. W., & Oliveira, R. G. (2003). *Funções e Transformações da Família ao Longo da História*. I Encontro Paranaense de Psicopedagogia – ABPppr. Encontro de Psicologia de Maringá. Maringá, PR.
- Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26, 503-515.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família: cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.

- Souza, C. C. B. X. (2013). *Até que a Morte os Separe: os cônjuges cuidadores, profissionais de saúde e o cuidar*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo - SP.
- Teixeira, J. J. V., & Lefrève F. (2007). Religiosidade no Trabalho das Enfermeiras da área Oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53(2), 159-166.
- The WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- The WHOQOL Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Toledo, M. M.; Rodrigues S.C. & Chiesa A. M. (2007). Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto – Enfermagem*, 16(2), 233-238.
- Tomomitsu, M. R. S. V., Perracini, M. R., & Neri, A. L. (2013). Influência de Gênero, Idade e Renda sobre o Bem-Estar de Idosos Cuidadores e Não-Cuidadores. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 16(4), 663-680.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento Populacional Contemporâneo: demandas, desafios e informações. *Rev. Saúde Pública*, 43(3), 548-554.
- Viera, C. P. B., Fialho, A. V. M., Freitas, C. H. A., & Jorge, M. S. B. (2011). Práticas do Cuidador Informal do Idoso no Domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(3), 570-9.
- Vieira, L., Nobre, J. R. S., Bastos, C. C. B. C., & Tavares, K. O. (2012). Idosos Dependentes no Domicílio: sentimentos vivenciados pelo cuidador. *RBCEH*, 9(1), 46-56.
- Vitaliano, P., Russo, J., Young, H., Becker, J., Edelstein, B., & Maiuro, R. (1991). The Screen for Caregiver Burden. *The Gerontologist*, 31, 76-83.
- Weitzner, M. A., et al. (2000). The Caregiver of the Older Cancer Patient. *Hematology / Oncology Clinics of North America*, 14(1), 269-281.
- Winslow, B. W. (2003). Family Caregivers' Experiences with Community Services: a qualitative analysis. *Public Health Nursing*, 20(5), 341-348.

- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-bref: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Programme on Mental Health. Geneva.
- World Health Organization. (2002). *Towards a Common Language for Functioning Disability and Health – IFC*. Geneva.
- World Health Organization. (2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Panamericana da Saúde.
- Yuaso, D. (2000). *Treinamento de Cuidadores Familiares de Idosos de Alta Dependência em Acompanhamento Domiciliário*. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Gerontologia. Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas.
- Zagminani, D. R., & Banaco, R. A. (2005). Um Panorama Analítico-Comportamental sobre os Transtornos de Ansiedade. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1(3), 77-92.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO I



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

C E R T I D ã O

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba – CEP/SES-PB, em sua 85ª Reunião Ordinária realizada em 28.02.12, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, aprovou o parecer referente ao projeto **Impacto do cuidado na qualidade de vida e saúde mental do cuidador informal de idoso dependente** da pesquisadora responsável **Maria Tereza de Souza Neves** e pesquisadora colaboradora Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli.

Esta Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/SES-PB o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 28 de fevereiro de 2012.

Zeleide Domiciano Cabral Monteiro
Coordenadora do CEP-SES/PB

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL – DOUTORADO

Esta pesquisa intitula-se **“Impacto do cuidado na qualidade de vida e saúde mental do cuidador informal de idoso dependente”**, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora doutoranda Ms. Maria Tereza de Souza Neves, sob a orientação da Prof^a. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social (Doutorado) da Universidade Federal da Paraíba.

O foco dessa pesquisa é avaliar a qualidade de vida e saúde mental do cuidador informal a partir do impacto deste cuidar com foco na sobrecarga do cuidador, na saúde mental e nos aspectos sociais que estão imbricados nesta relação, como também verificar-se-á a percepção do cuidador sobre ações de promoção da saúde que visam atender as principais necessidades/dificuldades do cuidador informal de idoso dependente.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo pesquisador(a). Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Para o desenvolvimento desta pesquisa será realizado a aplicação de um questionário, e no caso de realização de entrevista, será utilizado um gravador de voz, para que seja possível registrar toda a entrevista. No uso do gravador, ao final da entrevista o participante poderá conferir os registros gravados se assim o desejar.

É importante destacar que todo o material dessa pesquisa será guardado pelo prazo de cinco anos. Sendo assim, solicito sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revistas científicas. Será garantida a privacidade dos dados e informações fornecidas, que se manterão em caráter confidencial. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo.

O(a) pesquisador(a) responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Fica registrado, também, que tenho conhecimento de que essas informações, dados e/ou material será usado pelo(a) responsável pela pesquisa com propósitos científicos.

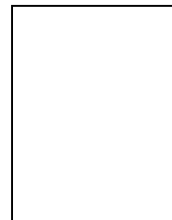
Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Testemunha (em caso de analfabeto)

Assinatura do(a) Pesquisador(a)



Endereço: Rua Dr. Efigênio Barbosa Silva, 217, Bairro Jardim Cidade Universitária, João Pessoa – PB, CEP: 58052-210
Fone: (83) 35786648 / E-mail: terezapsi@hotmail.com

*Comitê de Ética ao qual o projeto desta pesquisa está vinculado:

COMITÊ DE ÉTICA DE PESQUISA – SES / PB
Av. Dom Pedro II, 1826, Torre, João Pessoa, PB, CEP 58.040-440
Fone: (83) 32187357 / E-mail: cep@saude.pb.gov.br

ANEXO III

INFORMAÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS DO IDOSO DEPENDENTE			
1	IDADE		
2	MOTIVO QUE LEVOU O(A) IDOSO(A) À DEPENDÊNCIA?		
3	GÊNERO	Masculino	
		Feminino	
4	TEMPO EM QUE SE ENCONTRA DEPENDENTE?	Menos de 6 meses	
		6 meses a 12 meses	
		Entre 12 e 18 meses	
		Entre 18 e 24 meses	
		Mais de 24 meses	

ÍNDICE DE BARTHEL - AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DO IDOSO			
1	Alimentação	Dependente (incapaz)	0
		Necessita de ajuda (para cortar a comida, levar à boca, etc.)	5
		Independente (capaz de usar qualquer instrumento, come num tempo razoável)	10
2	Vestir	Dependente	0
		Necessita de ajuda (pelo menos em metade das tarefas)	5
		Independente (veste-se, despe-se e ajusta a roupa / aperta os sapatos, etc)	10
3	Banho	Dependente (incapaz)	0
		Independente (toma banho só / entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
4	Higiene Pessoal	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal	0
		Independente (Lava o rosto, mãos e dentes e faz a barba)	5
5	Uso do sanitário	Dependente	0
		Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
		Independente (usa sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
6	Evacuar	Incontinente	0
		Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) / necessita de ajuda para utilizar laxantes)	5
		Independente (não apresenta episódios de incontinência / se necessita da utilização de laxantes, faz sozinho)	10
7	Urinar	Incontinente	0
		Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência / necessita de ajuda para o uso de sonda e/ou coletor)	5
		Independente (não apresenta episódios de incontinência)	10
8	Subir escadas	Dependente (incapaz)	0
		Necessita de ajuda (necessita de ajuda ou supervisão para subir ou descer escadas)	5
		Independente (sobe e desce escadas, pode usar um instrumento de apoio)	10
9	Transferência cadeira-cama	Dependente (incapaz) – não tem equilíbrio ao sentar-se	0
		Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para se transferir)	5
		Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima ou supervisão)	10
		Independente (não necessita de qualquer ajuda, se usa cadeira de rodas transfere-se sozinho)	15

10	Deambulação (mobilidade)	Imobilizado	0
		Independente com cadeira de rodas	5
		Anda com ajuda de uma pessoa (ajuda ou supervisão)	10
		Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de bengala)	15

TOTAL =

ANEXO IV

Número do Questionário: _____

Bairro: _____

Aplicador: _____ Data: ____/____/____

INFORMAÇÕES SÓCIODEMOGRÁFICAS DO CUIDADOR INFORMAL DE IDOSO DEPENDENTE							
1	Idade						
2	Gênero	Masculino		10	Tempo em que está exercendo a função de cuidador	6 meses	
		Feminino				6 meses a 12 meses	
						Entre 12 e 18 meses	
						Entre 18 e 24 meses	
3	Estado Civil	Solteiro				Mais de 24 meses	
		Casado					
		Separado/Divorciado					
		Viúvo					
4	Escolaridade	Sem Escolaridade		11	Relação de parentesco com o idoso dependente	Esposo(a)	
		Fundamental				Filho(a)	
		Médio				Genro/Nora	
		Superior				Irmão(ã)	
		Pós-Graduação				Parente próximo	
5	Ocupação	Desempregado		12	Há quanto tempo o idoso está dependente?	6 meses	
		Funcionário Público				6 meses a 12 meses	
		Funcionário Privado				Entre 12 e 18 meses	
		Autônomo				Entre 18 e 24 meses	
		Informal				Mais de 24 meses	
		Aposentado					
6	Renda Familiar (Salário Mínimo = 622,00)	Sem renda		13	Tem ajuda de mais alguém para cuidar do(a) idoso(a)?	Sim	
		Sem renda fixa				Não	
		Até 1 SM					
		1 – 3 SM					
		4 - 6 SM					
		7 – 10 SM					
		Acima de 10 SM					
7	Religião	Não possui					
		Ateu					
		Católica					
		Evangélica					
		Espírita					
		Outras					
8	Religiosidade	Nada Religioso					
		Pouco Religioso					
		Religioso					
		Muito Religioso					
		Extremamente					
		Sem religião					
9	Possui filhos?	Não possui filhos					
		1 a 2 filhos					
		2 a 3 filhos					
		Acima de 3 filhos					

ANEXO V

Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL-bref)

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

*Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**.*

Por favor, leia cada questão, e numa escala de 0 a 10 circule no número que lhe parece a melhor resposta.

1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	MUITO RUIM					NEM BOA NEM RUIM					MUITO BOA
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	MUITO INSATISFETO					NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO					MUITO SATISFEITO
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	NADA					MUITO POUCO					BASTANTE
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	NADA					MUITO POUCO					BASTANTE
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5	O quanto você aproveita a vida?	NADA					MUITO POUCO					BASTANTE
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	NADA					MUITO POUCO					BASTANTE
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7	O quanto você consegue se concentrar?	NADA					MUITO POUCO					BASTANTE
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	NADA					MUITO POUCO					BASTANTE
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	NADA					MUITO POUCO					BASTANTE
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	NENHUMA					MAIS OU MENOS					BASTANTE
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	NUNCA					MAIS OU MENOS					SEMPRE
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	NUNCA					MAIS OU MENOS					SEMPRE
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	NUNCA					MAIS OU MENOS					SEMPRE
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	NUNCA					MAIS OU MENOS					SEMPRE
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

15	Quão bem você é capaz de se locomover?	MUITO RUIM					NEM BOM NEM RUIM					MUITO BOM
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

16	Quão satisfeito você está com o seu sono?	TOTALMENTE INSATISFEITO					NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO					MUITO SATISFEITO
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17	Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	TOTALMENTE INSATISFEITO					NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO					MUITO SATISFEITO
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

18	Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	TOTALMENTE INSATISFEITO					NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO					MUITO SATISFEITO
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	TOTALMENTE INSATISFEITO					NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO					MUITO SATISFEITO
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	TOTALMENTE INSATISFEITO					NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO					MUITO SATISFEITO
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21	Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	TOTALMENTE INSATISFEITO					NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO					MUITO SATISFEITO
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

22	Quão satisfeito você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	TOTALMENTE INSATISFEITO					NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO					MUITO SATISFEITO
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

23	Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	TOTALMENTE INSATISFEITO					NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO					MUITO SATISFEITO
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24	Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	TOTALMENTE INSATISFEITO					NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO					MUITO SATISFEITO
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	TOTALMENTE INSATISFEITO					NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO					MUITO SATISFEITO
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

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

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	NUNCA					ALGUMAS VEZES					SEMPRE
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO VI

AVALIAÇÃO DO IMPACTO FÍSICO, EMOCIONAL E SOCIAL DO PAPEL DE CUIDADOR INFORMAL (QASCI)*

No quadro seguinte apresentamos uma lista de situações que outras pessoas, que prestam assistência a familiares doentes, consideraram importantes ou mais frequentes. Por favor indique **referindo-se às últimas 4 semanas**, a frequência com que as seguintes situações ocorreram com você.

Nas últimas 4 semanas...	NÃO/NUNCA					ÀS VEZES					SEMPRE
1.Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.Considera que, tomar conta do seu familiar, é psicologicamente difícil?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.Sente-se cansada(o) e esgotada(o) por estar cuidando do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Entra em conflito consigo próprio(a) por estar tomando conta do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Pensa que o seu estado de saúde tem piorado por estar cuidando do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Sente que perdeu o controle da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.Os planos que tinha feito para esta fase da vida têm sido alterados em virtude de estar tomando conta do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.Acha que dedica demasiado tempo a cuidar do seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.Sente que a vida lhe pregou uma partida?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. É difícil planejar o futuro, dado que as necessidades do seu familiar não se podem prever (são imprevisíveis)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar presa(o)? Nas últimas 4 semanas...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	NÃO/NUNCA					ÀS VEZES					SEMPRE
13. Evita convidar amigos para sua casa, por causa dos problemas do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. A sua vida social, (p. ex., férias, conviver com familiares e amigos) tem sido prejudicada por estar cuidando do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Sente-se só e isolada(o) por estar a cuidando do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Tem sentido dificuldades econômicas por estar tomando conta do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Sente que o seu futuro econômico é incerto, por estar cuidando do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Já se sentiu ofendida(o) e zangada(o) com o comportamento do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Já se sentiu embaraçada(o) com o comportamento do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Sente que o seu familiar a(o) solicita demasiado para situações desnecessárias?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Sente-se manipulada(o) pelo seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar cuidando do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta tomando conta do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

conta do seu familiar por muito mais tempo?											
Nas últimas 4 semanas...	NÃO/NUNCA					ÀS VEZES				SEMPRE	
25.Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. A família (que não vive com você) reconhece o trabalho que tem em cuidar do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Sente-se apoiada(o) pelos seus familiares?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Sente-se bem por estar tomando conta do seu familiar?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que você está a fazer por ele?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Fica satisfeita(o), quando o seu familiar mostra agrado por pequenas coisas (como mimos)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31.Sente-se mais próxima(o) do seu familiar por estar cuidando dele?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. Cuidar do seu familiar tem aumentado sua autoestima, fazendo-a(o) sentir-se uma pessoa especial, com mais valor?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ANEXO VII

SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*)

O SRQ-20 (Self-Reporting Questionnaire) é um instrumento validado internacionalmente nas pesquisas sobre adoecimento mental. O questionário é bastante simples com respostas do tipo SIM ou NÃO, mas que podem revelar informações importantes sobre a sua saúde.

QUESTÃO	SIM (1)	NÃO (0)	PONTUAÇÃO
1. Tem dores de cabeça com frequência?			
2. Tem falta de apetite?			
3. Dorme mal?			
4. Fica com medo com facilidade?			
5. Suas mãos tremem?			
6. Se sente nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?			
7. Sua digestão não é boa ou sofre de perturbação digestiva?			
8. Não consegue pensar com clareza?			
9. Sente-se infeliz?			
10. Chora mais que o comum?			
11. Acha difícil apreciar (gostar de) suas atividades diárias?			
12. Acha difícil tomar decisões?			
13. Seu trabalho diário é um sofrimento? Tormento? Tem dificuldade em fazer seu trabalho?			
14. Não é capaz de ter um papel útil na vida?			
15. Perdeu interesse nas coisas?			
16. Acha que é uma pessoa que não vale nada?			
17. O pensamento de acabar com a sua vida já passou por sua cabeça?			
18. Se sente cansado(a) todo o tempo?			
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?			
20. Fica cansado(a) com facilidade?			
Total:			

ANEXO VIII

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

Instruções: Abaixo você encontrará cinco afirmações com as quais você pode ou não concordar. Usando a escala de respostas a seguir, que vai de 0 a 10, indique o quanto pode ou não concordar com cada uma, escreva um número no espaço ao lado da afirmação, segundo sua opinião. Por favor, seja o mais sincero e honesto possível nas suas respostas.

Discordo totalmente		Neutro						Concordo totalmente		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

01. _____ Na maioria dos aspectos, minha vida é próxima ao meu ideal.
02. _____ As condições da minha vida são excelentes.
03. _____ Estou satisfeito (a) com minha vida.
04. _____ Dentro do possível, tenho as coisas importantes que quero na vida.
05. _____ Se pudesse viver uma segunda vez, não mudaria quase nada na minha vida.

ANEXO IX

ENTREVISTA ABERTA

1. Como está a sua vida depois que assumiu os cuidados com o seu familiar dependente?
2. Atualmente como você cuida da sua saúde?
3. Para você, o que significa cuidar de um idoso dependente?

ANEXO X

CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS QUALITATIVOS REFERENTE AO ESTUDO II

CLASSE TEMÁTICA I

VIVÊNCIAS DE UM CUIDADOR DE IDOSO DEPENDENTE

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	EVOCÇÃO	NOTAÇÃO
DIFICULDADES ENFRENTADAS	MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA	“...a vida muda muito né... a gente assim tá acostumada com um ritmo de vida... não era uma pessoa que tava antes [O SOGRO NÃO MORAVA COM A CUIDADORA], uma pessoa que chegou depois...” (CUIDADOR 1) “...Bom porque eu não conhecia, ele não tava comigo, né? [O PAI SAIU DE CASA QUANDO A CUIDADORA AINDA ERA CRIANÇA] Mais de cinco, mais de dez anos, mais de quarenta ano que ele... agora veio pra perto de mim, aí tá bom...” (CUIDADOR 3) “...eu deixei né, de trabalhar só pra ajudar meus pais que tão precisando...” (CUIDADOR 5) “...a minha vida mudou muito, né?... Mudou porque eu saía muito, passeava pra casa da minha mãe tudo, hoje eu já não posso. Se eu for agora, eu levo ele também...” (CUIDADOR 7) “...antes eu não tinha esse compromisso né... Eu não tinha compromisso pra tá cuidando... Eu vim morar aqui na Paraíba pra poder ficar perto dela, pra poder	Segundo a literatura, o cuidador familiar de um idoso dependente sofre alterações em todos os aspectos de sua vida. Com a chegada do idoso dependente, a rotina familiar muda, as atividades sociais e de lazer passam a praticamente inexistir, a parte profissional sofre declínio, onde em muitos casos o cuidador se sente na necessidade de se ausentar do emprego por um período ou até chega a pedir demissão para poder cuidar integralmente do idoso dependente. Também há relatos de dificuldade financeira, depois que o idoso fica dependente os gastos só tendem a aumentar e muitas famílias dependem apenas da aposentadoria do idoso para manter o sustento e cuidar da saúde do idoso dependente.

		cuidar dela, eu morava no Rio, aí a gente largamos a nossa casa lá e viemos morar aqui pra tá mais perto dela...” (CUIDADOR 9)	
	RESPONSABILIDADE COM O CUIDADO E BEM-ESTAR DO IDOSO	“...muda um pouco porque a gente tem que se entregar bastante na parte de atenção, de se desdobrar...” (CUIDADOR 1) “...Tenho que levar ela no banheiro, tenho que trocar a roupa dela, às vezes dou até comida na boca dela, é... dou banho, visto ela e fico determinado tempo quando ela, sento ela num lugar, ela se levanta eu tenho que tá atrás pra ela não cair, não tombar e não cair... Eu acho que mãe é mãe, a gente não pode desprezá-la, né? Eu mesmo trabalho com ela, cuido dela, com amor e sem querer nada em troca. Eu só quero o bem dela, o bem-estar dela...” (CUIDADOR 2) “...Alimentação porque tem que dar tudo na hora certa, entendeu? Remédio, alimentação, tudo, não tem que passar um minuto, entendeu?” (CUIDADOR 3) “...eu me acho assim, com a responsabilidade de cuidar... eu me sinto responsável por isso...” (CUIDADOR 4) “...É ter cuidado pra não acontecer nada de mal a esse idoso, ser dedicado toda hora, né? De manhã, de tarde e de noite. E ter responsabilidade com o que fazer com eles. Tem a hora de almoçar, tem a hora dos remédios... Pra mim é importante porque é pra ele se sentir mais bem aceito pelo cuidador. Pra mim é importante pra que ele se sinta melhor. Já que eles não pode fazer as atividades, né? O cuidador faz pra que ele sinta mais vivo, né? Mais alegre, mais... não	Geralmente a função de cuidador é assumida por única pessoa, denominada cuidador principal, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade. Este assume tarefas de cuidado, atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas. Outro fator determinante para o membro familiar se tornar cuidador é a obrigação e/ou dever que ele mesmo tem para com o idoso. Isto pode ser entendido como um sentimento natural e subjetivo ligado a um compromisso constituído ao longo da convivência familiar. As atividades desenvolvidas pelo cuidador familiar de idoso dependente cobrem um conjunto de necessidades que contribuem para a saúde o bem-estar do idoso, dentre os fatores que podem ser destacados incluem-se: suporte psicológico, emocional e cuidados nas atividades básicas da vida diária.

		triste. Eu acho que ele sozinho não pode fazer, vão ficar triste, vão ficar cada vez mais doente. O cuidador tem a responsabilidade de fazer ele ficar feliz...” (CUIDADOR 5) “...Hoje eu tenho essa obrigação e tem que levar até o final...” (CUIDADOR 6) “...Mais responsabilidade, responsabilidade essa que é uma pessoa que tá dependente de mim... Mas assim, eu me sinto responsável por ela... Eu tenho que tomar decisões, mas todas as decisões que eu tomo em relação a ela eu antes eu converso com ela...” (CUIDADOR 8) “...eu prefiro tá em casa cuidando dele, porque minha prima é sozinha e não pode tá com ele, pra tá com ele levantando da cadeira, pra colocar no andajá, pra levar pro banheiro, fica muito difícil...” (CUIDADOR 10)	
	SOBRECARGA	“...Num tá, né? Porque bom tem que ser cem por cento, num tá, né?... Não podia ser pior, ser melhor, né? Porque se não tivesse esse problema... Boa num tá, porque se ela tivesse a saúde dela aí eu me sentia vamos dizer assim, é (...) vivia muito bem contente. Hoje eu tenho essa obrigação e tem que levar até o final... No meu caso eu sou obrigado a cuidar. Se eu tivesse assim, vamos dizer assim, uma vida melhor e pudesse pagar tudo pra alguém tomar conta, aí eu pagaria, né? Por enquanto é que tem que fazer. Não é fácil, né? Não é fácil.” (CUIDADOR 6) “...Eu fiquei um pouco mais cansada, porque muitas vezes a gente passa a noite sem dormir porque ele fica gritando, fica falando as coisas, não deixa ninguém dormir...” (CUIDADOR 10)	Os cuidados prestados à idosos dependentes funcionam como agentes estressores que geram sobrecarga no cuidador familiar, esta sobrecarga acaba por perturbar e ameaçar as atividades do cuidador. A sobrecarga vivenciada é intensa, e à medida que a dependência vai aumentando a sobrecarga também tende a aumentar.

	PERDA DE AUTONOMIA	“...eu me sinto assim, um pouco presa. Minha vida ficou assim, muito pouca coisa pra mim realizar, né? As minhas atividades, essas coisas porque a atenção é mais pra ela, então, diminuiu muito meu tempo, assim que eu tinha disponível pra fazer as minhas coisas, de procurar me divertir um pouco e ultimamente eu não tô podendo fazer isso porque eu tenho que ficar tomando conta dela... eu me prendo somente a ela, né? Não tenho o direito de ir num lugar, de sair uma festa, de um convite de uma amiga pra sair então eu fico sempre dando não, não, não porque eu tenho que tá presente na vida dela...” (CUIDADOR 2) “A única diferença é que hoje em dia eu não saio mais como antes, não tenho mais como tá saindo com os meus amigos e tal...” (CUIDADOR 10)	Com o surgimento da dependência, muitas mudanças acontecem na vida do cuidador familiar fazendo com que o mesmo experiencie sentimentos de solidão, tristeza e angústia por não poder ter o ritmo de vida que tinha antes de assumir os cuidados com o idoso dependente. Os sentimentos de isolamento e sensação de que estão “presos” devido ao papel que estão exercendo acabam por contribuir na diminuição da qualidade de vida e saúde mental do cuidador familiar de idoso dependente.
	EXCESSO DE CUIDADOS	“Significa que se cuidar de um idoso normal já é assim, exige muito de você, na parte da responsabilidade, da atenção, então de um idoso dependente você tem que desdobrar mais ainda, nesse sentido assim de dar atenção, de nunca tirar os olhos...” (CUIDADOR 1) “...eu tenho que fazer tudo isso pra ela, que ela não tem mais coordenação pra fazer só...” (CUIDADOR 2) “...É preocupação com ele, de deixar ele em casa sozinho, pra, no meio das coisa, no meio dos fio, foga, entendeu? Aí tem que ser preocupação mesmo, tem que deixar uma pessoa com ele, lá...” [A CUIDADORA SE REFERE A TER QUE DEIXAR O PAI EM CASA PARA PODER IR TRABALHAR] (CUIDADOR 3)	A necessidade de estar sempre atento às necessidades do idoso dependente, faz com que o cuidador familiar sinta que aquele cuidado que está sendo prestado está sendo excessivo, onde não há pausa, descanso ou limite. O cuidador familiar deverá estar sempre em estado de alerta para que nada possa prejudicar a saúde do idoso dependente.

		“...E ter muita paciência porque o idoso realmente requer, foge, puxa um pouquinho de você e ainda pode tirar a pessoa do sério e a pessoa tem que ser paciente, entender aquele idoso, entendeu?...” (CUIDADOR 4) “...o idoso ele puxa muito pelo nosso tempo né, mesmo que a gente não queira mas ele tá sempre puxando pelo nosso tempo...” (CUIDADOR 9) “Acho que é cuidar daquela pessoa que não pode cuidar de si mesma, assim... ela precisa de alguém pra cuidar dela, pra gente tá alimentando, tá dando remédio no horário certo, tá dando banho, cuidar de toda higiene dela... porque ele [O AVÔ] não pode fazer por ele mesmo né, então como se diz... ele é dependente...” (CUIDADOR 10)	
CUIDADO EMPÁTICO	ENTREGA	“...E se dedicar a ele, se entregar a ele naquelas horas que ele tá precisando mais da sua dedicação, do seu amor, do seu carinho...” (CUIDADOR 4) “Minha vida, minha vida é só dedicada a família, né?...” (CUIDADOR 5) “...dando o que eu posso de mim pra tá ajudando a ela...” (CUIDADOR 9)	O sentimento de entrega pode ser observado devido ao vínculo existente entre o cuidador familiar e o idoso dependente. Como há uma relação afetiva entre as duas partes, o cuidador familiar tenta dar o melhor de si, dedicando-se exclusivamente aos cuidados com o idoso dependente que tanto necessita de sua ajuda para manter-se, na medida do possível, saudável.
	PROJEÇÃO DA VELHICE	“...eu trato a pessoa assim, é como se fosse... eu me coloco no lugar dessa pessoa, e eu gostaria de ser tratada como eu trato esse idoso...” (CUIDADOR 1) “...porque a gente tá dando um pouco da gente né, porque lá na frente a gente não sabe né, eu tento	Pensando em como gostariam de serem tratados ao chegar na velhice, muitos cuidadores se colocam no lugar do idoso dependente dando o máximo de cuidado assistido e responsável como uma forma na esperança de serem

		assim fazer que lá na frente alguém possa fazer por mim o que eu estou fazendo por ela hoje. A gente nunca sabe né?” (CUIDADOR 9)	reconhecidos ao chegarem neste momento da vida.
	RETRIBUIÇÃO DE CUIDADOS	“...é obrigação como filha, né? Porque ela fez por mim quando eu era criança então chegou o momento da gente retribuir tudo aquilo que ela fez a gente criança, então eu tô retribuindo aquilo que ela fez pra mim. Então tem que ser amor mesmo, muito amor.” (CUIDADOR 2) “.... O papel que os meus pais tinham comigo eu tô fazendo agora com eles...” (CUIDADOR 5) “...ele sempre foi bom pra mim na minha doença, quando eu tive Hepatite C ele cuidou muito bem de mim, então eu me sinto feliz de cuidar dele agora. É, eu tô retribuindo, mesmo se ele não tivesse cuidado de mim eu não sei se eu tinha essa, esse amor assim pra cuidar, acho que o tempo que ia dizer, né?” (CUIDADOR 7) “...é retribuir o amor que um dia ela me deu e hoje eu vejo ela dessa fragilidade (choro) então pra mim, fazer tudo por ela, o que está a meu alcance como pessoa limitada que eu sou eu faço e faço com muito amor...” (CUIDADOR 8)	Os cuidadores entendem a atividade de cuidar como um dever moral, decorrente das relações pessoais e familiares inscritas na esfera doméstica, visto que muitos não se viam como tais e, a partir do momento em que necessitam desempenhar tal papel, o assumem como uma exigência decorrente do fato de viverem em família.
	SENTIMENTOS POSITIVOS COM RELAÇÃO AO CUIDADO	“...eu me sinto assim muito feliz por poder fazer parte, assim, da vida dessa pessoa que pra mim significa muito né, pelo fato de ser assim da minha família e por precisar tanto... é muito gratificante a gente cuidar de uma pessoa.” (CUIDADOR 1) “...E no ponto positivo é porque eu gosto da minha mãe, amo minha mãe...” (CUIDADOR 2)	O cuidar pode ser relatado por alguns cuidadores como uma tarefa que deve ser realizada com muito amor, atenção, carinho e prazer, sendo influenciada pelo reconhecimento, obrigação e dever relacionados com os bons momentos vivenciados junto ao idoso.

		“...É ótimo porque ele tá comigo, eu tô cuidando dele, essa parte da velhice dele tá comigo, né? Que eu sonhava ter isso comigo...” (CUIDADOR 3) “...eu me sinto realizada com no caso de minha mãe que eu cuido dela, quando eu posso vê, eu vejo ela satisfeita, os olhos dela brilhar quando a gente tá tratando ela bem, entendeu?” (CUIDADOR 4) “...Mesmo assim eu sou, eu me sinto uma pessoa feliz...” (CUIDADOR 5) “...mas pra mim é uma satisfação cuidar dele...” (CUIDADOR 7) “...Eu me vejo feliz, eu me sinto feliz.” (CUIDADOR 8)	
--	--	--	--

CLASSE TEMÁTICA II

CUIDADOS COM A SAÚDE DO CUIDADOR

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS	EVOCAÇÃO	NOTAÇÃO
PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE DO CUIDADOR	PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A SAÚDE	“Só vou ao médico se sinto algo diferente, mas assim caminho normalmente diariamente, mas assim não tenho o hábito de ir sempre, mensalmente por exemplo... Fui, só o geral mesmo, assim de mulher, ginecológico mesmo, não foi assim nada anormal não... mas aí eu vou sim, eu digo assim não ir mensalmente... eu vou assim de 6 em 6 meses fazer o ginecológico normal e se durante esse tempo eu sentir algo diferente eu também vou... É só prevenção, assim de postinho mesmo... é assim de prevenção mesmo.” (CUIDADOR 1) “Eu cuido assim, normal. Já semana passada fui na doutora Maristela... eu fui agora a pouco pra geriatra então, estou me prevenindo para o futuro, o acompanhamento com uma geriatra... E o suplemento justamente pra isso, prevenindo futuramente, que eu tenha, que eu não venha a ter uma doença mais séria usando esse suplemento.” (CUIDADOR 4) “Cuido, é, eu faço alongamento e postura e assim quando eu preciso, eu sinto algo que eu preciso de um médico eu vou até o PSF e eu procuro um atendimento médico pra mim. Eu não fico em casa guardando doença não, eu vou em busca...” (CUIDADOR 8)	Mesmo diante das dificuldades enfrentadas pela sobrecarga de cuidar de um idoso dependente, há cuidador que não tira o foco da sua saúde, buscando sempre os cuidados necessários para manutenção da sua própria saúde.
	CUIDADOS COM A SAÚDE DEVIDO AO APARECIMENTO DE DOENÇAS	“Tenho, eu tô indo muito pro médico porque depois que eu descobri, né, que tava com anemia e com essa	Quando o indivíduo se depara com o aparecimento de alguma doença, o mesmo recorrerá aos cuidados médicos

		gastrite, um monte de coisas, aí eu comecei a me cuidar...” (CUIDADOR 7) “...Me cuido claro, eu vou fazer a bariátrica lá no HU, já fiz, já passei por todos [MÉDICOS] já, agora só estou esperando abrir vaga pra pode fazer, pra fazer a cirurgia.” (CUIDADOR 9) “Eu vou ao médico de 3 em 3 meses e faço os exames regularmente... é isso desde os 4 anos [DIABÉTICA], ir ao médico é uma coisa natural pra mim, cuido sim da minha saúde, acho que ainda devia cuidar mais, falta assim, sei lá, é tomar mais cuidado sabe?...” (CUIDADOR 10)	para “curar” sua doença. A busca por cuidados médicos, de prevenção de aparecimento de doenças, não costuma ser utilizada como recursos para cuidados com a saúde por parte dessas pessoas.
SAÚDE E CUIDADO	DISPOSIÇÃO PARA O CUIDADO	“...Tá, uma parte tá boa, uma parte tá ruim e outra tá bem. Por causa de uma coisa assim, saúde que eu tenho pra trabalhar e cuidar dele, cuidar na minha casa. Tenho, graças a Deus eu tenho saúde...” (CUIDADOR 3) “...Tá boa porque tô com saúde, entendeu? E tô cuidando dela...” (CUIDADOR 6)	Relatos de que a saúde está bem e que esta parece ser pré-requisito para o exercício da prestação do cuidado, é umas das formas que os cuidadores familiares justificam sua disposição para oferecer cuidados ao seu idoso dependente.
AUSÊNCIA DE CUIDADOS COM A SAÚDE	FALTA DE CUIDADOS COM A SAÚDE DEVIDO À SOBRECARGA	“Não, eu não me cuido bem não. Tem uma hora que eu preciso procurar um médico, às vezes eu não procuro. Eu sinto a necessidade da caminhada, e eu não faço a caminhada, e isso vai se tornando assim, um pouco difícil porque eu tenho que ficar com ela. Não, não é só porque eu tô tomando conta dela, também tem o meu trabalho que eu não posso me ausentar, por que se eu me ausentar eu tenho que trazer atestado e fica essa um pouco, essa dificuldade, né, da tá saindo do trabalho...” (CUIDADOR 2)	Devido à sobrecarga de atividades derivada da prestação de cuidados a um idoso dependente, pode ocorrer que o próprio cuidador descuide da sua própria saúde, seja por falta de tempo, por esgotamento físico ou emocional, ou por achar que este é o momento apenas de cuidar do idoso que se encontra frágil, fazendo com que o cuidador procure cuidar da sua saúde apenas com o aparecimento de alguma doença.

		“...Tô cuidando não, nunca mais fui pro médico... Eu não cuido mais dela [SAÚDE], o que eu cuido é assim, negócio de comida, não comer muito, né?... Eu nunca mais fui prum médico. Porque sem tempo. Não tenho tempo pra ir pra médico. Porque é a casa, trabalho e meu pai. Ou é com ele ou pra mim, eu vou com ele aí chega a hora de trabalhar... Não tive mais cuidado não. Só tive mesmo em casa na comida, nas refeição, né?... Mais de seis meses que não vou num médico.” (CUIDADOR 3) “Precisa melhorar, cansaço... Na verdade a minha saúde ela é mediana, porque eu me dedico muito, me esforço muito, fisicamente e mentalmente... na verdade é difícil eu ir ao médico, só quando eu tô muito doente mesmo...” (CUIDADOR 5) “...pra falar a verdade eu não cuido muito bem não. Porque meu tempo é muito pouco, às vezes eu preciso de fazer alguma coisa, e às vezes eu não posso fazer tudo o que eu quero fazer. Eu só vou ao médico mesmo quando eu tô me sentido doente, né? Se não eu não vou... Aí é difícil que é o que eu tô te falando, eu não vou sempre ao médico, só se eu tiver uma necessidade de ir...” (CUIDADOR 6)	
--	--	---	--