

Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes

Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents

Karla Ferraz dos Anjos¹
Rita Narriman Silva de Oliveira Boery²
Rafael Pereira²
Larissa Chaves Pedreira¹
Alba Benemerita Alves Vilela²
Vanessa Cruz Santos³
Darci de Oliveira Santa Rosa¹

Abstract *Objective: to ascertain the association between the social support and the quality of life of relative caregivers of elderly dependents at home. Method: a cross-sectional study conducted with 58 relative caregivers of elderly dependents, registered in the Family Health Strategy. Data were collected from the Katz instrument, sociodemographic, Zarit Burden Interview, WHOQOL-bref, and analyzed using descriptive statistics and multiple linear regression. Results: the majority of caregivers were women, who took care full-time and presented moderate to severe burden. Most caregivers are satisfied with their social relationships and the social support received. It is found that the burden and the time of care correlated with the social relationships domain, which is associated with social support, and consequently, reduced quality of life. Conclusion: social support for caregivers is important to prevent health implications, burden, biopsychosocial stress, and provide favorable conditions for quality of life, by allowing greater freedom to develop their daily activities.*

Key words *Caregivers, Family, Elderly, Quality of life, Social support*

Resumo *Objetivo: averiguar a associação entre o apoio social e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. Método: estudo transversal, realizado com 58 cuidadores familiares de idosos dependentes, cadastrados na Estratégia Saúde da Família. Foram coletados dados a partir dos instrumentos de Katz, sociodemográfico, Zarit Burden Interview, WHOQOL-bref e analisados por meio da estatística descritiva e de regressão linear múltipla. Resultados: a maioria dos cuidadores foi de mulheres, cuidava em tempo integral e apresentava sobrecarga moderada a severa. A maioria dos cuidadores está satisfeita com as relações sociais e o apoio social recebido. Verifica-se que a sobrecarga e o tempo de cuidado correlacionaram com o domínio relações sociais, que associa-se ao apoio social e, conseqüentemente, à redução da qualidade de vida. Conclusão: o apoio social aos cuidadores é importante para prevenir implicações à saúde, sobrecarga, desgaste biopsicossocial e proporcionar condições favoráveis à qualidade de vida desses, ao permitir maior liberdade para desenvolver suas atividades cotidianas.*

Palavras-chave *Cuidadores, Família, Idoso, Qualidade de vida, Apoio social*

¹ Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. R. Basílio da Gama s.n./7º andar, Canela. 40110-907 Salvador BA Brasil.

karla.ferraz@hotmail.com
² Departamento de Saúde, Faculdade de Enfermagem de Jequié, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

³ Instituto de Saúde Coletiva.

Introdução

O aumento da longevidade e redução da mortalidade está associado ao acréscimo de avanços tecnológicos da medicina preventiva e curativa. Paralelamente a redução da mortalidade e fecundidade acentua o processo de envelhecimento. O envelhecimento consiste num processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, assim como psicológico e social do desenvolvimento do ser humano. Trata-se de um processo normal, universal, gradual e irreversível, em que ocorre deterioração endógena das capacidades funcionais do organismo, com tendência de surgimento crescente de pessoas idosas que, apesar de viverem mais, apresentam associação de doenças crônicas¹.

Desta forma, pressupõe-se que o idoso perca capacidades funcionais de maneira progressiva, favorecendo assim a limitações, sejam pelo surgimento de doenças crônicas não transmissíveis, e suas consequências, ou pelas perdas cognitivas e funcionais do avançar da idade, o que vem requerendo cuidados domiciliares e modificação no cotidiano de várias famílias².

As alterações provenientes do envelhecimento conduzem vários idosos a necessitar de auxílio na execução de atividades cotidianas. Dessa necessidade surge a figura do cuidador de idosos que, em diversas situações, passam sob um olhar desatento e sem capacitação relacionada ao cuidado, resultando assim em desgaste tanto para a pessoa idosa quanto para o cuidador³.

A família torna-se o apoio fundamental do cuidado aos idosos⁴, e constitui-se em rede informal de apoio às pessoas idosas, vez que realiza o cuidado voluntariamente, sendo parceira das redes formais de apoio social, que são constituídas por profissionais com formação para oferecer cuidados a estes indivíduos. Neste contexto, o cuidador familiar é o indivíduo que realiza o cuidado ao idoso de sua própria família.

O cuidador familiar tem suas satisfações ao realizar o cuidado, porém este também é trabalho⁵. Dispensar cuidado a um indivíduo dependente envolve empenho biopsicossocial considerável, além do ônus financeiro que recai, comumente, sobre as famílias cuidadoras⁴. A existência de estratégias como a de redes de apoio social pode reduzir as implicações negativas relacionadas ao ato de cuidar, dentro das quais os familiares encontrem auxílio e ajuda para satisfazerem suas necessidades em situações diárias e/ou de crise⁴.

O apoio social abrange a estrutura da rede de relacionamentos sociais e a adequação de sua

função, sobretudo o grau de satisfação da pessoa com o apoio que recebe. Sua existência tem sido fortemente associada com desfechos positivos⁶ e relacionada à dimensão estrutural e institucional ligada ao indivíduo⁷.

Além disso, o apoio social compreende recursos fornecidos por outras pessoas como: 1) o emocional, que envolve manifestações de amor e afeição; 2) o instrumental, que se refere aos auxílios, provimento de necessidades materiais, ajuda para trabalhos práticos e financeiros; 3) o de informação que pode ser utilizado para lidar com problemas e sua resolubilidade; 4) e o de interação social positiva, que compreende a disponibilidade de pessoas com quem é possível se divertir e relaxar. Neste contexto, o apoio social é uma das variáveis intervenientes na qualidade de vida (QV) do cuidador familiar e da pessoa dependente, ao conceder liberdade ao familiar em retomar a sua rotina de vida⁸.

Estudo sobre a influência do apoio social na QV do cuidador familiar de pessoas com dependência identificou que o fato dos cuidadores receberem algum tipo de apoio de amigos e familiares se associou a uma melhor satisfação com os relacionamentos interpessoais. Além disso, os cuidadores que estão insatisfeitos com as suas relações sociais apresentam maior sobrecarga⁷.

Este fato pode estar associado com a avaliação subjetiva do cuidador com relação à definição de QV, que, segundo a Organização Mundial de Saúde, é a percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, concernente à cultura e ao sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁹.

Vale ressaltar que o estudo⁷ incluiu cuidadores familiares de pacientes atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), situada na zona sul do estado de São Paulo que tem um elevado índice de desenvolvimento humano (IDH)¹⁰. Por outro lado, o estudo atual foi realizado com cuidadores residentes em um município do interior do estado da Bahia com baixo IDH¹⁰.

Este estudo objetivou averiguar a associação entre o apoio social e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio.

Método

Estudo transversal, realizado em residências da área urbana, adstritas em duas ESF, do município de Manoel Vitorino, situado no interior do esta-

do da Bahia. Os participantes do estudo foram todos os cuidadores familiares de idosos com dependência cognitiva e/ou funcional, atendidos pelas equipes das ESF, no período de janeiro a fevereiro de 2013.

O município de Manoel Vitorino, onde estão localizadas essas ESF, localiza-se na região Sudoeste da Bahia, possui uma área territorial de 2.254,42 km². A população é composta de 14.387 indivíduos, sendo que na área urbana existem 7.359 pessoas e destas, 871 são idosas¹¹. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,566, ocupando a 4.921ª posição, em relação aos 5.565 municípios do Brasil e, em relação aos 417 outros municípios de Bahia este ocupa a 312ª posição. O Índice de Gini é de 0,51, sendo a renda per capita de R\$ 226,95, com 26,47% de indivíduos extremamente pobres e 46,92% pobres¹⁰.

No município existem duas ESF, as quais são constituídas por 14 microáreas, onde residem 871 pessoas idosas (com 60 anos ou mais) cadastradas. A partir deste levantamento, juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde, realizou-se visita aos domicílios das pessoas idosas para identificar aqueles com dependência funcional e com cuidadores.

Entre os 871 idosos, 62 (7,1%) eram dependentes de cuidados. Em quatro dos domicílios foram encontrados dois idosos com dependência para um cuidador, o que totalizou 58 cuidadores familiares. Ressalta-se que alguns cuidadores referem apoio de familiares e amigos, em momentos pontuais e de solicitações, contudo, declaram serem os cuidadores principais. Durante a pesquisa foi observado que alguns idosos precisavam de cuidadores e não tinham, sendo, então, não incluídos, por não atenderem aos critérios de inclusão da amostra.

Os participantes do estudo foram 58 cuidadores familiares de idosos dependentes que atenderam aos critérios de inclusão: cuidador familiar de idoso com dependência cognitiva e/ou funcional; coabitando o mesmo domicílio; com idade igual ou superior a 18 anos; exercendo a função de cuidador principal do idoso; e cadastrado em uma das ESF. A família, considerada neste estudo, foi de pessoas com vínculos, nem sempre caracterizadas por laços consanguíneos, mas que desempenhavam atividades de cuidadores, isto por estarem assumindo a responsabilidade de cuidar do idoso dependente no domicílio, de maneira não renumerada.

Para identificar as pessoas idosas com dependência funcional utilizou-se a Escala de Inde-

pendência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) desenvolvida por Sidney Katz, para avaliar a independência funcional no desempenho das ABVD. Nela são avaliadas seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação)¹². O valor obtido pode variar de 0 a 6 pontos. Na análise do instrumento atribui-se um ponto a cada resposta “Sim”, sendo classificados como independente em todas as funções; ou dependente em uma, duas, três, quatro, cinco, ou seis funções (dependente em todas as funções)¹³.

Para identificar as características sociodemográficas e de saúde do cuidador familiar, aplicou-se um formulário elaborado pelos autores. Para mensurar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador em relação aos cuidados prestados ao idoso utilizou-se a escala *Zarit Burden Interview* (ZBI), composta por 22 itens que avaliam a condição de saúde, bem-estar psicológico, finanças e vida social¹⁴. Ela varia de 0 a 4, sendo: (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algumas vezes, 3 = frequentemente e 4 = sempre). A exceção é o último item, em que o pesquisado é questionado se está se sentindo sobrecarregado por exercer a função de cuidador: (0 = nem um pouco, 1 = um pouco, 2 = moderadamente, 3 = muito, 4 = extremamente). O escore da escala varia de 0 a 88, sendo que quanto maior a pontuação, maior é a sobrecarga¹⁴.

A QV dos cuidadores foi avaliada pelo questionário do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*, que contém 26 questões, duas gerais (qualidade de vida geral e satisfação com a saúde) e 24 englobadas nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As duas questões gerais são calculadas em conjunto para gerar um único escore, independente dos outros escores dos domínios, o qual é denominado Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV)¹⁵.

Para o tratamento estatístico dos dados, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0. Os dados foram explorados a partir da estatística descritiva do IGQV e dos domínios do *WHOQOL-bref*, utilizando-se média, mediana, variação, desvio padrão (dp).

Além disso, realizou-se a correlação de *Spearman* entre os domínios do *WHOQOL-bref* e variáveis quantitativas do cuidador e do idoso, assim como, o modelo de regressão linear múltiplo (*stepwise forward*) tendo como variável dependente o escore do domínio Relações Sociais que engloba questões relativas às relações pes-

soais e suporte (apoio social) e, como variáveis independentes, as características sociodemográficas do cuidador e idoso, bem como o escore de *Zarit*¹³. Elegeram-se o escore do domínio relações sociais, por considerá-lo um indicador abrangente e adequado ao objetivo do estudo. O nível de significância adotado para este estudo foi de 5% (i.e., $p < 0,05$).

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, *campus* de Jequié, Bahia.

Resultados

Ao caracterizar os idosos dependentes que recebiam os cuidados, estes eram do sexo feminino (65,5%), idade superior a 72 anos (76,1%) e média de 79,8 ($\pm 11,5$) anos. A doença mais mencionada foi a hipertensão arterial (48,3%). A partir da classificação conforme a escala de Katz identificou-se que 36,2% dos idosos eram dependentes em 1-3 funções, 44,8% de 3-6 funções, e 19% em 6-7 funções (totalmente dependentes de cuidados), com mediana da escala de 5,0 ($\pm 1,85$).

Em se tratando dos cuidadores, a maioria era do sexo feminino (84,5%), com idade média de 47,41 ($\pm 16,8$) e variação de 18 a 80 anos. Quanto ao parentesco, 77,6% eram filhas, seguidas de 15,5% conjugue. Em relação à raça/cor 74,1% se auto declararam não branca (parda/preta), 60,3% eram casadas ou em união consensual. Quanto à escolaridade 22,4% eram analfabetas e 53,5% tinham ensino fundamental incompleto e/ou completo.

A média de tempo como cuidador foi de 7,4 anos, sendo identificado que 68,8% se dedicam ao cuidado dos idosos entre dois e 10 anos, e 20,8% se dedicaram por tempo superior a 10 anos. Concernente às horas dedicadas ao cuidado, 88% cuidavam de 13 a 24 horas diárias, com média de 21,9 h ($\pm 4,9$).

Dos cuidadores, 36,2% referiram não ter renda individual, 31,2% recebiam menos de um salário mínimo e 24% tinham renda igual a um salário. No que tange à ocupação, 55,2% estavam desempregados e 27,6% nunca exerceu trabalho remunerado.

O arranjo familiar indicou que 25,9% dos cuidadores vivem somente com o idoso, 56,8% entre três e cinco pessoas no mesmo domicílio (conjugue, filho, neto, nora/genro), variando de dois a oito indivíduos, com mediana de 3,0 ($\pm 2,3$).

Observou-se que 87,9% dos cuidadores autorrelataram comprometimento com a saúde,

com pelo menos uma doença. Destes, 25,9% apresentavam até três doenças associadas, e 20,6%, quatro ou mais, sendo que 51,7% faziam uso de alguma medicação diária. As doenças mais citadas foram lombalgia (63,8%) e hipertensão arterial (41,4%).

De forma unânime, os cuidadores informaram nunca ter frequentado algum curso ou grupo de apoio para ajudá-los a desenvolver os cuidados diários aos idosos. Dentre os cuidadores, 60,3% informaram receber apoio de outras pessoas para cuidar do idoso, citando principalmente os membros familiares: filho do idoso (24,1%), filho do cuidador (17,2%), assim como vizinho (8,6%); e 39,7% não recebem apoio informal. Ressalta-se que o apoio social recebido foi relacionado ao cuidado direto do idoso. Quanto ao apoio social formal, os cuidadores declaram não o receber.

Ao avaliar a sobrecarga a partir da escala de *Zarit* observou-se que todos os cuidadores apresentam algum nível de sobrecarga, sendo que 51,7% apresentaram escores entre 4-60; assim como 29,3% escores entre 21-40 e 19% escores entre 61-88, com variação da escala de 22-72 e média de 47 ($\pm 12,3$). A escala *Zarit* teve correlação negativa com todos os domínios do *WHOQOL-bref*, o que prediz que quanto maior a pontuação na *Zarit*, menor é a percepção de QV entre os cuidadores.

A Tabela 1 apresenta os escores dos domínios do *WHOQOL-bref*, evidenciando que a maior média apresentada foi no domínio físico 54,8 ($\pm 15,5$), enquanto a menor foi no ambiente 41,4 ($\pm 13,9$). Adicionalmente foi observada média de 55,1 ($\pm 19,8$) no IGQV.

Em relação ao domínio Relações Sociais do *WHOQOL-bref* foi evidenciado que 64,4% dos cuidadores informaram estar satisfeitos ou muito satisfeitos. Ao associar o apoio social informal recebido, 60,3% dos cuidadores apresentaram melhores escores no domínio físico e piores escores no domínio meio ambiente. Tratando-se do suporte e apoio social, 41,4% dos cuidadores informaram satisfação. Quanto à recreação/lazer e a espiritualidade/religião/crenças 14,4% e 66,5%, respectivamente, referiram estar satisfeitos.

A Tabela 2 apresenta o modelo de regressão linear múltipla final, e mostra as variáveis independentes, estatisticamente relacionadas com o domínio Relações Sociais, que envolve questões associadas ao apoio social. Observa-se que a escala de *Zarit* e o tempo de cuidado permaneceu ao final do modelo, indicando que as duas variáveis isoladamente foram capazes de explicar a redu-

Tabela 1. Estatística descritiva do Índice Geral de Qualidade de Vida e dos domínios do *WHOQOL-bref* do estudo associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. Manoel Vitorino, Bahia, Brasil, 2013.

Domínios	Média (dp)	Mediana	Varição observada
IGQV	55,1 (19,8)	50,0	0,0 - 87,5
Físico	54,8 (15,5)	53,5	10,7 - 85,7
Psicológico	54,5 (14,9)	58,3	12,5 - 83,3
Relações sociais	50,4 (17,2)	50,0	8,3 - 83,3
Meio ambiente	41,4 (13,9)	42,1	6,2 - 68,7

Tabela 2. Modelo de regressão linear múltipla final para o domínio Relações Sociais do estudo, associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. Manoel Vitorino, Bahia, Brasil, 2013.

Variável	Coefficiente de regressão β	P
Zarit	-0,296	0,020
Tempo de cuidado (meses)	-0,269	0,034

ção no domínio Relações Sociais. Isso permite afirmar que quanto maior a sobrecarga de atividades do cuidador e o tempo dedicado ao cuidado do idoso, pior é sua percepção de QV.

Discussão

Quanto às características dos cuidadores de idosos de Manoel Vitorino, mesmo diante de algumas peculiaridades próprias do município, a exemplo, de dificuldades cotidianas vivenciadas por estes indivíduos quanto ao acesso aos serviços de saúde, o baixo IDH, reduzida escolaridade e elevado índice de desemprego, estas não se diferem muito de estudos realizados em diferentes contextos regionais, culturais e sociais. Neste contexto, prevalecem consenso na literatura nacional^{7,16} e internacional^{4,17} quanto ao perfil predominante de cuidadores de idosos que são mulheres, filhas ou esposas, casadas ou em união consensual e com baixa escolaridade.

Tal constatação parece estar relacionada ao fato que, quando um membro familiar adoece, geralmente a mulher assume a responsabilidade

de cuidar, atividade vista como natural e atribuída culturalmente e socialmente ao papel de mãe¹⁸. Dificilmente o homem se responsabiliza pelos cuidados diretos, contribuindo apenas secundariamente¹⁹. Entretanto, apesar de minoritária, a participação masculina no cuidado dos idosos existe e converge com outros estudos^{4,20}.

A idade dos cuidadores é uma variável relevante, uma vez que, frequentemente, o cuidador pertence à mesma geração dos indivíduos cuidados. São idosos independentes cuidando de pessoas idosas dependentes²⁰. Essa situação muitas vezes decorre da função de cuidador ser atribuída aos cônjuges². Diferentemente, os resultados de Manoel Vitorino mostraram que em sua maioria os cuidadores é filho do idoso cuidado e, apenas 15,5%, cônjuges. A média de idade identificada ($47,41 \pm 16,8$ anos) coincide com a média de idade dos cuidadores observada em outros estudos^{16,21}.

Os cuidadores de idosos são chamados “vítimas ocultas”, vez que em várias situações, além de conviver com o isolamento, solidão, sobrecarga de atividades, responsabilidades de cuidar e dificuldades financeiras, ainda lidam com o seu processo de envelhecimento. Isto pode desencadear situações estressantes e problemas de saúde nesses indivíduos²², pois, no decorrer dos anos, sentem não ter a mesma aptidão para algumas atividades como antes, gerando preocupações e angústia tanto em relação ao futuro da pessoa que é cuidada, quanto ao próprio futuro².

A variável raça/cor tem sido pouco referida em estudos nacionais^{7,19} e internacionais^{17,20} envolvendo cuidadores. Estudo realizado em Ribeirão Preto/São Paulo²³ identificou que a maior parte dos cuidadores autodeclararam a cor da pele branca, o que pode estar associado com a Região Sudeste do Brasil, local onde a pesquisa foi realizada. Ao contrário, os resultados deste estudo identificaram que a maioria dos cuidadores é da cor parda, podendo esse achado estar relacionado à miscigenação característica da Região Nordeste do país, onde a pesquisa foi realizada.

Estudo realizado no Chile verificou que a maioria dos cuidadores dedica mais de cinco anos ao cuidado, cuidam de forma integral e recebem apoio social para essa atividade²⁰. Esses resultados convergem com os resultados deste estudo, identificando a necessidade do cuidador disponibilizar períodos longos para cuidar do idoso. Essa dedicação de maneira contínua e em tempo prolongado pode expor a riscos a saúde do cuidador, principalmente devido aos estressores relacionados com o cuidado, assim como redução da percepção de QV.

Em relação ao arranjo domiciliar, verifica-se média de 3,7 pessoas residindo com o idoso, variando de dois a oito indivíduos. Foi encontrada correlação positiva entre o número de pessoas que moram no mesmo lócus e o domínio Relações Sociais. Neste contexto, verifica-se que o número de pessoas que residem no mesmo domicílio parece significar também uma melhor rede de apoio, visto que quanto mais pessoas próximas, maior a probabilidade de ajuda e revezamento do cuidado, embora não seja garantia de que os cuidadores receberão ajuda⁷.

As redes sociais são recursos de apoio social e estão relacionadas com a solidariedade e ação social que fortalece a democracia, devido aos vínculos e interdependência na contramão da fragmentação do “tecido social” na sociedade moderna. O apoio social não é uma experiência estática, visto que os valores morais e éticos que o alimenta se apresenta flexível, mutável e em constante construção²⁴.

Entre os cuidadores, parte significativa apresenta baixas condições econômicas, declara não ter renda^{20,21} e se ocupa como dona de casa²⁵. Dos que declararam ter renda, a renda *per capita* média é inferior a um salário mínimo¹⁶. Este fato pode estar relacionado ao tempo necessário para se dedicar ao cuidado do idoso, vez que vários familiares precisam abdicar de outras atividades extras domésticas e pessoais para cuidar do seu familiar. Assim como as características do município, vez que maioria da população é considerada pobre ou se encontra em extrema pobreza e, entre os cuidadores, a maior parte declarou ter somente a renda da bolsa família e a aposentadoria do idoso para se manter.

Como observado, a maior parte dos cuidadores declara ser acometido por alguma doença crônica ou aguda, percebe sua saúde como regular ou ruim e com presença de sobrecarga intensa ou leve²⁰. Estudo constatou uma pior condição de saúde em pessoas que se dedicavam ao cuidado informal a familiares, quando comparado a pessoas que não realizavam tal atividade, postulando então que esta deterioração da saúde pode estar associada com a maior carga de atividades desses indivíduos²¹. Os cuidadores assumem múltiplos papéis sociais, a exemplo de mãe, esposa, trabalhadora, filha⁴, cuidadora de um idoso dependente e, muitas vezes, sem apoio formal ou informal.

É reportado em estudo que diversos cuidadores apresentaram sinais e sintomas psicossomáticos ou de doenças crônicas, dentre eles a dor na coluna vertebral, hipertensão arterial, hérnia de disco e osteoporose. Mais preocupante é o fato de

que parte significativa dos cuidadores refere agravamento de problemas de saúde após assumirem a atividade de cuidador²⁶.

Neste contexto, verifica-se a importância do apoio social para os cuidadores de idosos em relação à saúde, doença e cuidado, especialmente, ao reconhecer a cultura e o sistema de valores para a regulação de trocas, obrigações e prestação de apoio às famílias. Destarte, a proposta de incluir o apoio social na política de proteção social de organizações não governamentais visa estimular práticas solidárias aos grupos socialmente fragilizados e vulneráveis, como meio de participação social, exercício de cidadania e democracia²⁴.

Os resultados mostram que o apoio social formal (i.e., proveniente de redes estruturadas de apoio) é inexistente na população estudada, existindo apenas apoio social informal, viabilizado principalmente por familiares, o que pode estar associado à maior sobrecarga de atividades e pior percepção de QV entre os cuidadores. Esta ausência de apoio social formal é corroborado por resultados de outros estudos^{16,19,25}. O caráter informal deste tipo de apoio (i.e., apoio familiar) pode não ser suficiente, pois, geralmente, ocorre de forma momentânea, configurando ações pontuais nos momentos de necessidade e emergência, não sendo, portanto, uma distribuição da prestação de cuidados². O que foi evidenciado neste estudo, é que a maior parte dos cuidadores (60,3%) recebe apoio informal instrumental (cuidado direto do idoso) e de forma pontual.

O apoio social se organiza por meio de vínculos entre as pessoas. Sua estrutura é composta pela rede de relações formais que inclui, por exemplo, os profissionais de saúde e; as de relações sociais informais como a família, amigos e vizinhos²⁷. Este se configura como um tipo de ajuda que se insere em intercâmbios, obrigações e padrões de reciprocidade entre os indivíduos, grupos, famílias e instituições, portando significados para os envolvidos na experiência e nos contextos. Por outro lado, o dar, receber e retribuir o apoio influencia e são influenciados pelas modificações políticas, econômicas, sociais e culturais que afetam as sociedades na contemporaneidade²⁴.

Cuidar de um idoso com doença crônica é uma atividade desgastante e, quando assumida apenas por um familiar se torna ainda mais estressante, o que pode causar frustrações e perdas sociais pelo tempo dedicado a esta atividade. Esse desgaste pode ser maior se associado à falta de ajuda, no sentido de divisão de responsabilidades com outros membros da família, e não com a função de cuidar propriamente dita¹⁹.

A busca pelo apoio social formal e informal é uma estratégia utilizada por cuidadores para enfrentar o estresse ocasionado pelo cuidado ao idoso dependente. Contudo, ocorre de maneira pontual e a resolutividade está centrada nas necessidades de saúde do idoso. Ao solicitar o apoio informal, este acontece pelo diálogo com a família, amigos e vizinhos, assim como no revezamento do cuidado. Nesta perspectiva, o enfermeiro tem a possibilidade de ampliar sua atuação profissional junto às famílias dos idosos dependentes e, ao mesmo tempo, o desafio de reapropriar-se do cuidado aos cuidadores familiares²⁸.

É relevante os cuidadores receberem apoio psicológico para atenuar o mal-estar emocional; recursos financeiros e materiais para cuidarem do seu familiar idoso; ajuda para realizar atividades diárias, domésticas e de cuidado, assim como receberem maior informação sobre a doença e orientação para realizar o cuidado⁴. Neste contexto, as redes de interação expõem os indivíduos aos intercâmbios, às trocas de suporte material, emocional e informativo. Isso é relevante, pois a quebra das redes sociais e o déficit de apoio podem levar as pessoas a rejeitar a condição de cuidador, uma vez que o cuidado influencia na saúde física e psicológica do cuidador²⁹.

Estudo aponta que os cuidadores com maior articulação familiar apresentaram maior apoio informal. As redes familiares coesas, sua estrutura e tamanho são fatores que contribuem e determinam o tipo de apoio que estes recebem. Além disso, evidenciou-se que cuidadores afro-americanos podem estar em risco de agravos negativos à saúde, pois, geralmente, não utilizam o apoio formal como estratégia de ajuda, o que pode elevá-los a limitações da vida diária³⁰. Os resultados deste estudo demonstraram que o apoio informal recebido pelos cuidadores pode estar associado ao quantitativo de pessoas residindo no mesmo domicílio e a não adesão ao apoio formal, como estratégia de suporte/ajuda, ocorre devido à inexistência.

As funções atribuídas ao cuidador, muitas vezes sem a orientação adequada, sem o suporte de instituições de saúde com modificação das rotinas e tempo despendido para o cuidado, ocasionam impactos negativos na QV do cuidador familiar principal¹⁶. Outros fatores estão relacionados com a sobrecarga de atividades, podendo influenciar na QV, como a realização de outra atividade laboral ou quando o cuidador, além do idoso, cuida de crianças (filhos)²⁰.

O ato de cuidar de idosos acometidos por doenças crônicas pode ocasionar sobrecarga,

bem como situações de estresse que poderão causar transtornos para o cuidador, o idoso e seus familiares. Tal fato varia conforme o grau de autonomia dos idosos¹⁹. Neste sentido, constata-se que o apoio social que o cuidador tem para satisfazer as necessidades práticas, de informação e emocionais relacionadas ao cuidado podem influenciar seu bem-estar, vez que, a percepção de ajuda pode reduzir as tensões associadas ao cuidado, possibilitando manter o equilíbrio de saúde do cuidador⁴.

Estudo sobre a influência do apoio social na QV de cuidadores familiares evidenciou que os cuidadores do sexo feminino, com menores escores de sobrecarga e aqueles que recebiam ajuda de alguém para realizar o cuidado ao idoso, alcançaram os maiores escores no domínio Relações Sociais do WHOQOL-bref⁷. Neste estudo identificou-se que, quanto maior a sobrecarga do cuidador e tempo (meses) dedicado ao cuidar do idoso, pior a percepção da QV em todos os domínios do WHOQOL-bref e, especialmente, no domínio meio ambiente, o que pode estar associado com o déficit de apoio informal e inexistência do apoio formal recebido.

Além disso, tratando-se do domínio Relações Sociais, evidenciou-se que maior parte dos cuidadores informou satisfação, especialmente, os que recebem apoio de familiares para o cuidado. Esse fato pode estar relacionado à readaptação do cuidador em sua rotina diária de vida, muitas vezes imposta pela situação, assim como pela percepção de QV, que envolve aspectos culturais, ambientais, crenças, valores, condições de saúde e fatores biopsicossociais.

Nota-se que o apoio social pode contribuir na preservação da saúde física e mental do cuidador, protegendo-o de consequentes exposições a sentimentos de desamparo e reclusão, impostos pela responsabilidade assumida. Além disso, este favorece a recuperação da autonomia da pessoa cuidada e influencia na QV do binômio, cuidador familiar e pessoa dependente, especificamente, quando relacionada à liberdade do cuidador retomar o seu plano de vida diária⁸.

Estudo realizado na capital paulista mostrou que a escala de Zarit apresentou correlação estatisticamente significativa inversamente proporcional ao escore médio nas Relações Sociais, indicando que uma maior sobrecarga de atividades impacta negativamente no domínio relações sociais da QV⁷. Outro estudo realizado em Portugal identificou que a QV está negativamente relacionada com a sobrecarga e morbidade, e positivamente com a satisfação com os amigos. Além

disso, a dimensão ambiental está positivamente correlacionada com o suporte social recebido³¹.

Na avaliação da QV de cuidadores, estudo identificou que o IGQV teve média de 54,6, sendo que os domínios Físico e Relações Sociais apresentaram os maiores escores, enquanto o domínio Meio Ambiente apresentou o menor. Em relação à escala *Zarit*, esta teve média de 32,1 pontos, o que indica que os cuidadores não referiram altos índices de sobrecarga⁷. Esses resultados se assemelham em parte com os deste estudo, como se comportaram os domínios, físico e ambiental. Quanto à sobrecarga, há divergência, vez que os resultados evidenciaram que, entre os cuidadores, a maior parte apresentou níveis de sobrecarga moderada a severa.

A QV tem um caráter abrangente e reconhece a relevância da participação das pessoas em atividades de lazer, econômicas, culturais, espirituais, civis e sociais. Entretanto, o que se observa é que os cuidadores de idosos têm vivido condições adversas que prejudicam suas vidas, evidenciado na média global da QV entre os cuidadores que foi de 38,83 e, para os não-cuidadores, de 41,81³².

Cuidar de um familiar dependente acarreta alterações nos âmbitos biopsicossocial do cuidador. Um dos aspectos afetados é a rede e apoio social, sobretudo devido o déficit de oportunidades de lazer e de possibilidade de trabalho extradomiciliar. Se, por um lado, o cuidador é privado do convívio de parte de sua rede, por outro, o círculo interno de relações íntimas pode ser fortalecido, ou seja, cuidar de um familiar pode ser mais significativo e recompensador do que as perdas sociais ocasionadas pela sobrecarga e isolamento que o cuidado pode acarretar ao cuidador⁷.

Independentemente de aspectos regional ou cultural, o cuidado ocasiona limitações e desafios para o cuidador. Neste contexto, a implantação de políticas públicas que visem maior apoio social por parte, especialmente, de profissionais de saúde que atuam na atenção básica à cuidadores, é necessária, uma vez que a partir deste pode-se identificar fatores que influenciam negativamente as condições biopsicossociais destes indivíduos³³.

Outro estudo apontou que cuidar de um idoso com doença crônica pode representar ameaça e resultar em estresse. O sucesso para lidar com esta situação dependerá do *coping*, processo utilizado para controlar demandas relacionadas ao indivíduo e ambiente. O estresse maior está associado à falta de apoio social por parte dos familiares e a não distribuição das responsabilidades. Estimular o envolvimento da família e fornecer

orientações básicas, que possam reduzir as dificuldades do processo de cuidar, podem contribuir para o bem-estar dos cuidadores, assim como de sua qualidade de vida¹⁹.

Considera-se que a realização de cuidados informais por familiares é uma função social, que atua como fator determinante e pode gerar desigualdades de saúde. Políticas para complementar o cuidado formal e informal, e distribuir de forma uniforme as cargas de atendimento em rede familiar, podem minimizar implicações negativas sobre o bem-estar de cuidadores²¹. Isto porque, em sua maioria, os cuidadores não recebem capacitação para ajudar nos cuidados diários ao idoso, somente informações médicas sobre a doença²⁵. As orientações por parte da equipe de saúde são indispensáveis e relevantes para apoiar os cuidadores, assim como favorecer melhor qualidade do cuidado ao idoso, como também a QV do binômio - idoso e cuidador.

Considerações finais

Evidenciou-se que a maioria dos cuidadores familiares de idosos dependentes eram mulheres, com precárias condições econômicas, com baixo nível de escolaridade, que se dedicavam ao cuidar em tempo integral e apresentaram sobrecarga moderada a severa. Tais características são corroboradas aos de estudos realizados nos âmbitos nacional e internacional, independentemente dos aspectos regionais e/ou culturais.

O menor escore da QV foi no domínio meio ambiente, sendo que maioria dos cuidadores está satisfeita com as relações sociais. A sobrecarga e o tempo dedicado ao cuidado do idoso foram relevantes fatores preditores de satisfação com as relações sociais, havendo uma relação inversa entre estas variáveis e a percepção de QV. Essa influência pode estar associada com o déficit de apoio social informal e, sobretudo, ausência do apoio formal recebido, assim como, pela própria readaptação do cuidador em sua rotina de vida diária e percepção de QV. Além disso, evidenciou que o apoio social influencia na QV do cuidador familiar porque permite maior liberdade deste desenvolver suas atividades cotidianas.

Neste contexto, as orientações e apoio social formal e informal são importantes para prevenir implicações à saúde, sobrecarga e desgaste biopsicossocial de cuidadores, proporcionando condições favoráveis à qualidade de vida desses indivíduos. Estes dados fornecem subsídios à equipe

de saúde no planejamento e implementação de estratégias em saúde voltadas para as demandas específicas do idoso dependente e seu cuidador.

Devido às limitações deste estudo quanto a não utilização de um instrumento específico para avaliar o apoio social, assim como, não ter sido explorado sobre o tipo de apoio social recebido, sugere-se a condução de novos estudos capazes de aprofundar tal questão, podendo de forma ampla e detalhada identificar a influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador.

Colaboradores

KF Anjos participou de todas as etapas de elaboração do artigo; RNSO Boery participou da orientação, análise e interpretação dos dados; R Pereira participou da análise e interpretação dos dados; LC Pedreira, ABA Vilela, VC Santos e DO Santa Rosa trabalharam na redação, revisão crítica e final do artigo.

Agradecimentos

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsas.

Referências

1. Araújo I, Paul C, Martins M. Living older in the family context: dependency in self-care. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(4):869-875.
2. Pedreira LC, Oliveira MAS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(5):730-736.
3. Garbin CAS, Sumida DH, Moimaz SAS, Prado RL, Silva MM. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Cien Saude Colet* 2010; 15(6):2941-2948.
4. Guedea MTD, Damacena FA, Carbajal MMM, Marco-bich PO, Hernández GA, Lizárraga LV, Flores EI. Social support needs of mexican elders family caregivers. *Psicol Soc* 2009; 21(2):242-249.
5. Nardi EFR, Oliveira MLF. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. *Ciênc Cuid Saúde* 2009; 8(3):428-435.
6. Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):753-764.
7. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influence of social support on the quality of life of family caregivers while caring for people with dependence. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(4):884-889.
8. Bocchi SCM, Angelo M. Entre a liberdade e a reclusão: o apoio social como componente da qualidade de vida do binômio cuidador familiar-pessoa dependente. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(1):15-23.
9. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46(12):1569-1585.
10. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Brasília: PNUD; 2013.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo 2010. Censo: informações das cidades*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: MS; 2007.
13. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):103-112.
14. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(1):12-17.
15. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):178-183.
16. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(2):266-272.
17. Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011; 19(3):458-466.
18. Gratao ACM, Vale FAC, Roriz-Cruz M, Haas VJ, Lange C, Talmelli LFS, Rodrigues RAP. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(4):873-880.
19. Simonetti JP, Ferreira JC. Coping strategies caregivers of elderly with chronic diseases develop. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(1):19-25.
20. Lavoz EE, Villarroel VM, Lara Jaque R, Caamaño PR. Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio "José Durán Trujillo", San Carlos, Chile. *Theoria* 2009; 18(1):69-79.
21. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit* 2008. 22(5):443-450.
22. Diogo MJDE, Ceolim ME, Cintra FA. Teaching program for elderly women who care for elderly relatives in their home: report of experience. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(1):234-245.
23. Gaioli CCLO, Furegato ARF, Santos JLF. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto Contexto Enferm* 2012; 21(1):150-157.
24. Canesqui AM, Barsaglini RA. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. *Cien Saude Colet* 2012; 17(5):1103-1114.
25. Córdoba AMC, Latorre FJG, Mariño AMB. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychol av discip* 2012. 6(1):35-45.
26. Fernandes MGM, Garcia TR. Tension attributes of the family caregiver of frail older adults. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(4):818-824.
27. Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. *Soc Sci Med* 1999; 48(5):661-673.
28. Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO. Cuidador familiar de idosos: a busca pelo apoio social formal e informal. *Ciênc cuid saúde* 2012; 11(1):18-25.
29. Marques AKMC, Landim FLP, Collares PM, Mesquita RB. Apoio social na experiência do familiar cuidador. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):945-955.
30. Williams SW, Dilworth-Anderson P. Systems of Social Support in Families Who Care for Dependent African American Elders. *Gerontologist* 2002; 42(2):224-236.
31. Pereira MG, Carvalho H. Qualidade vida, sobrecarga, suporte social, ajustamento conjugal e morbidade psicológica em cuidadores de idosos com dependência funcional. *Temas em Psicol* 2012; 20(2):369-383.
32. Inouye K, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):891-899.
33. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R, Santos VC, Boery EM, Casotti CA. Perfil de cuidadores familiares de idosos no domicílio. *J Res Fundam Care* 2014; 6(2):450-461.

Artigo apresentado em 17/09/2014

Aprovado em 06/10/2014

Versão final apresentada em 08/10/2014