

QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES NO DOMICÍLIO

Karla Ferraz dos Anjos¹, Rita Narriman Silva de Oliveira Boery², Rafael Pereira³

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde. Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: karla.ferraz@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: rboery@gmail.com

³ Doutor em Engenharia Biomédica. Professor Assistente da UESB. Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: rafaelppaula@gmail.com

RESUMO: Objetivou-se analisar a associação de características sociodemográficas e sobrecarga de atividades com a qualidade de vida do cuidador familiar de idosos dependentes no domicílio. Estudo epidemiológico, transversal, realizado com 58 cuidadores familiares de idosos, cadastrados em Estratégias Saúde da Família de um município do interior do Estado da Bahia. Os dados foram coletados a partir dos instrumentos de Katz, sociodemográfico, *Zarit Burden Interview*, WHOQOL-bref e analisados pela estatística descritiva, de correlação e regressão linear múltipla. A escala Zarit associou-se negativamente com todos os domínios do WHOQOL-bref. Corroborando este achado, o modelo de regressão múltipla aplicado identificou que a escala Zarit isoladamente é capaz de prever os impactos do cuidar sobre a qualidade de vida dos cuidadores estudados. Há evidência da necessidade de ampliação do suporte social e de saúde aos cuidadores, na tentativa de minimizar a sobrecarga, melhorando a qualidade de vida desses indivíduos.

DESCRIPTORES: Cuidadores. Família. Idoso. Qualidade de vida. Apoio social.

QUALITY OF LIFE OF RELATIVE CAREGIVERS OF ELDERLY DEPENDENTS AT HOME

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the relationship of sociodemographic characteristics and activity overload with the quality of life of relative caregivers of elderly dependents at home. This is an epidemiological, transversal study, conducted with 58 relative caregivers of elderly people registered in Family Health Programs in a municipality in the state of Bahia. Sociodemographic data were collected; in addition, the Katz Index of Independence, Zarit Burden Interview, and WHOQOL-bref were administered. The data were analyzed using correlation and multiple linear regression. The Zarit scale was negatively associated with all areas of the WHOQOL-bref domain, which was corroborated by the multiple regression model, which identified that the Zarit scale alone was able to predict the impact of care on quality of life of the studied caregivers. There is evidence of a need for expansion of social and health support to caregivers in an attempt to minimize overload, improving the quality of life of these individuals.

DESCRIPTORS: Caregivers. Family. Aged. Quality of life. Social support.

CALIDAD DE VIDA DE FAMILIARES CUIDADORES DE ANCIANOS DEPENDIENTES EN CASA

RESUMEN: Se objetivó analizar la asociación de las características socio-demográficas y sobrecarga de actividades con la calidad de vida de familiares cuidadores de ancianos dependientes en casa. Estudio epidemiológico, transversal, realizado con 58 cuidadores familiares de personas mayores, registrado en Estrategias de Salud de la Familia, de un municipio del estado de Bahía. Los datos fueron recolectados por medio de instrumentos sociodemográficos, además del Katz Index of Independence, Zarit Burden Interview, y el WHOQOL-bref, que fueron analizados mediante estadística descriptiva, de correlación y regresión lineal múltiple. La escala Zarit se asoció negativamente con todas las áreas del WHOQOL-bref. Corroborando este hallazgo, el modelo de regresión múltiple aplicado identificó que la escala Zarit sola es capaz de predecir el impacto del cuidado sobre la calidad de vida de los cuidadores estudiados. Hay evidencia de la necesidad de expansión de la ayuda social y de la salud a los cuidadores, en un intento de minimizar la sobrecarga, mejorando la calidad de vida de estos individuos.

DESCRIPTORES: Cuidadores. Familia. Anciano. Calidad de vida. Apoyo social.

INTRODUÇÃO

A elevação do número de pessoas idosas na população geral reflete ganhos positivos em termos de desenvolvimento social, entretanto, com o aumento da expectativa de vida, e, paralelamente, o processo de envelhecimento humano, apresenta crescimento dos fatores de risco que estão relacionados, principalmente, às doenças crônicas não transmissíveis, acentuando os índices de comorbidade que podem comprometer a independência da população idosa e, por sua vez, fazer com que esses indivíduos possam necessitar de forma constante de cuidadores que realizem cuidados básicos diários.¹

Cuidar é servir, oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado, perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Cuidado significa atenção, precaução, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. O cuidador corresponde à pessoa designada, geralmente pela família, para realizar o cuidado, quando isto é requerido.²

O cuidador familiar, usualmente, é aquele indivíduo que é responsável por cuidar de uma pessoa de sua própria família, também conhecido como cuidador informal. O cuidador informal pode ser um membro familiar como cônjuge, filho, irmão, amigo ou vizinho, que mesmo não tendo laços de parentesco, cuida da pessoa, a exemplo do idoso, geralmente de maneira voluntária. O cuidador principal configura-se como aquele indivíduo que fica responsável por quase todo o trabalho diário com o idoso dependente.³

Neste contexto, verifica-se que a família, quase sempre, é encarregada do cuidado voluntário às pessoas idosas dependentes no domicílio e, desse modo, constitui-se em relevante rede de apoio social informal, sendo parceira das redes de apoio social formal - formadas por profissionais de saúde com capacitação especial, assim como representado especialmente pelos serviços de saúde.⁴ O cuidador familiar de idosos assume, então, a responsabilidade de oferecer cuidados àqueles que necessitam, porém este cuidar pode impactar significativamente a qualidade de vida (QV) desses cuidadores.

As leis brasileiras de proteção à pessoa idosa, baseadas na Constituição Federal - a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, reafirmam que é dever da família e obrigação da comunidade, sociedade e Estado

amparar as pessoas idosas, assegurando-as participação na comunidade, defesa da dignidade e bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida.⁵⁻⁶

Estudo⁷ realizado em Portugal evidencia que, na contemporaneidade, a experiência de cuidar no domicílio tem se tornado cada vez mais frequente entre as famílias. Em consonância com essa tendência, as políticas de atenção à pessoa idosa defendem que este local pode ser considerado o melhor para o idoso. Isto devido à probabilidade de garantir a autonomia e preservar sua dignidade e identidade. Esta realidade ocorre, também, no cenário brasileiro, haja vista que são os familiares que mais se responsabilizam pelo cuidar do idoso.

É no contexto familiar que o idoso tem o seu mais efetivo meio de sustentação e pertencimento, no qual apoio efetivo e de saúde fazem-se indispensáveis e pertinentes. Assim, é na família que recai a busca inicial para a figura de um cuidador.⁸ No Brasil, estima-se 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica. Além disso, destes, em torno de 10% com sobreposição de afecções concomitantes. Logo, a situação de cronicidade e longevidade contemporânea de brasileiros contribui para o aumento da população idosa com limitações funcionais, exigindo, portanto, a necessidade de cuidados diários constantes.⁹

A dependência, que gera fragilidade, é um estado em que se encontram diversas pessoas que, por razões relacionadas à falta ou perda de autonomia física e/ou psíquica, requer assistência e/ou ajuda de outra pessoa para realizar suas Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVDs). Atualmente, essa situação de fragilidade é um problema que provoca várias implicações psicossociais, econômicas, políticas e financeiras, tanto para os indivíduos dependentes, como os que têm que dispor de tempo para ajudar a cuidar da pessoa.¹⁰

No Brasil, principalmente, devido a fatores socioeconômicos das famílias, especialmente em localidades com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o papel de cuidador, considerado como agente fundamental no processo de cuidado e reabilitação, é gerado no próprio domicílio,¹¹⁻¹² situação que, por vezes acaba provocando mudanças na família¹¹ e, em certas ocasiões, chega a ser uma atividade desgastante, com fatores de risco à saúde desse cuidador, principalmente, devido à possibilidade de sobrecarga de atividades cotidianas referentes ao cuidar. Essa problemática¹² justifica a necessidade de maiores investimentos na formação dessas pessoas para

conseguirem realizar o cuidado de forma mais adequada, que ofereça menos riscos e dentro de suas possibilidades.

Assumir a responsabilidade de cuidar de pessoas idosas dependentes tem sido apontado por cuidadores familiares como tarefa exaustiva e estressante, pois o cuidador passa a ter restrições e/ou limitações relacionadas à sua própria vida,¹³ o que pode impactar a QV destes cuidadores. Mesmo o cuidado¹⁴ sendo considerado tarefa que requer responsabilidade e dedicação, este precisa ser realizado com amor, sendo influenciado pelo reconhecimento, obrigação e dever relacionados com os momentos vivenciados junto ao idoso e, também, como retribuição de sentimentos acumulados durante a vida do idoso com o cuidador.

Neste contexto, estudo¹⁵ verificou a associação entre a percepção subjetiva da QV de cuidadores familiares de idosos dependentes e as características sociodemográficas, de saúde, grau de sobrecarga percebida e grau de independência funcional do idoso, identificando que o grau de sobrecarga correlaciona-se negativamente com a percepção de QV e ainda que em conjunto, o grau de sobrecarga, a presença de companheiro e a presença de doença no cuidador são os fatores que melhor explicam a percepção de QV, mensurado pelo Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV).

Importante notar que o estudo¹⁵ incluiu idosos atendidos pelo Programa Saúde da Família na zona sul da capital paulista, o que não permite estender suas conclusões a cuidadores residentes em outras regiões do país, principalmente as regiões com baixo IDH, uma vez que o Estado de São Paulo¹⁶ tem um elevado IDH. Tal afirmação é embasada na definição de QV que, segundo a Organização Mundial de Saúde,¹⁷ é a percepção que o indivíduo tem sobre sua posição na vida, no tocante à cultura e ao sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Desta forma, estudos que verifiquem a associação entre a percepção subjetiva da QV de cuidadores familiares de idosos dependentes e as características sociodemográficas, de saúde, grau de sobrecarga percebida e grau de independência funcional do idoso em regiões com baixo IDH são necessários para que se conheça a natureza desta relação em diferentes contextos sociais, principalmente no Brasil, onde ainda não há políticas específicas direcionadas ao cuidador, logo, torna-se relevante identificar os fatores associados ao processo de cuidar e sua influência na QV destes.

Este estudo teve como objetivo analisar a associação de características sociodemográficas e sobrecarga de atividades com a qualidade de vida do cuidador familiar de idosos dependentes no domicílio, em um município no interior do Estado da Bahia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, de delineamento transversal, realizado em residências da área urbana, adstritas nas duas Estratégias de Saúde da Família (ESFs), de um município do interior do Estado da Bahia, região Nordeste do Brasil, com área territorial de 2.254,420 km². A população é composta de 14.387 indivíduos, sendo que na área urbana existem 7.359 pessoas e, destas, 871 são idosas. Tratando-se das características de desigualdades sociais e de pobreza da população, este município é composto, predominantemente, por indivíduos com baixo poder aquisitivo.¹⁸

As ESFs contam com duas equipes, 14 microáreas, 839 idosos com 60 anos ou mais, cadastrados. A partir deste levantamento, realizou-se visita domiciliar, juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde, para identificar os idosos com dependência funcional, conforme a escala de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) de Katz.¹⁹ A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a fevereiro de 2013, por meio de entrevista semiestruturada. A autora principal e uma enfermeira capacitada para o desenvolvimento das atividades de campo realizaram a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Os participantes do estudo foram todos os 58 cuidadores familiares de idosos. Os critérios de inclusão foram: cuidador familiar de idoso que apresente dependência funcional e esteja cadastrado em uma das ESF; coabite o mesmo domicílio; tenha idade igual ou superior a 18 anos; e seja o cuidador principal.

Para classificar as pessoas idosas como independentes ou dependentes, aplicou-se aos cuidadores, por meio de entrevista, a escala de Katz, instrumento desenvolvido por Sidney de Katz, para avaliar a independência funcional no desempenho das AVDs em seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação).¹⁹ O escore utilizado varia de zero a seis pontos, no qual um ponto é atribuído a cada resposta "Sim", sendo o indivíduo classificado como: independente em todas as funções ou dependente em uma, duas, três, quatro, cinco ou seis funções.¹⁹

Após a identificação dos idosos dependentes, foram pesquisados os seus cuidadores. Inicialmente, aplicou-se um formulário semiestruturado para verificar as características sociodemográficas e de saúde do cuidador. Em seguida, para averiguar a sobrecarga do cuidador em relação aos cuidados prestados ao idoso, a escala de *Zarit Burden Interview* (ZBI), que é um instrumento composto por 22 itens, para avaliar áreas respondentes à saúde, vida social e pessoal, bem-estar psicológico, finanças e relações pessoais.²⁰

Cada item da escala ZBI, do tipo *Likert*, de cinco pontos, é pontuada de 0 a 4, que medem a frequência, de acordo a presença e intensidade de uma resposta (0=nunca; 4=sempre). No último item, o participante é questionado acerca da sobrecarga ao exercer a função de cuidador (0=nada; 4=extremamente). O escore da escala varia entre 0 e 88, sendo que quanto maior a pontuação, maior a sobrecarga.²⁰

A QV dos cuidadores foi avaliada a partir da aplicação do questionário do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). O instrumento contém 26 questões, duas gerais de QV e 24 compostas por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As duas questões gerais foram calculadas em conjunto para gerar único escore independente dos outros relacionados aos domínios, no qual se denomina IGQV.²¹

Os dados foram processados no *software Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 18.0. Optou-se pela análise estatística descritiva, utilizando-se média e desvio padrão (dp). Adicionalmente, realizou-se a correlação de Spearman entre os domínios do *WHOQOL-bref* e variáveis quantitativas do cuidador e idoso, assim como, o modelo de regressão linear múltiplo (*stepwise forward*), tendo como variável dependente o escore do IGQV e como variáveis independentes a idade do cuidador e idoso, sexo do cuidador, presença de morbidade, escalas de Katz e Zarit. Para este estudo, elegeram-se apenas o escore do IGQV, por considerá-lo um indicador mais abrangente e adequado aos objetivos do estudo, conforme proposto em estudo.¹⁵ O nível de significância adotado para o estudo foi de 5% (i.e., $p < 0,05$).

Para verificar a correlação entre os domínios do *WHOQOL-bref* e variáveis do cuidador e idoso, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman, com a classificação segundo a magnitude:²² $< 0,3$ (fraca), $\geq 0,3$ a $< 0,5$ (moderada) e $\geq 0,5$ (forte).

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, *campus* de Jequié, Bahia, sob o protocolo n. 128.580/2012 e CAAE: 08643612.6.0000.0055.

RESULTADOS

Dos idosos que recebiam cuidados, 65,5% eram do sexo feminino, com média de 79,86 anos de idade (dp=11,5). As doenças mais descritas foram hipertensão (48,3%) e acidente vascular cerebral (15,5%). A partir da escala de Katz identificou-se que 44,9% dos idosos eram dependentes entre três e cinco funções e 19% se classificaram como totalmente dependentes, com média da escala de 4,55 (dp=1,89).

Quanto ao perfil sociodemográfico dos cuidadores, verificou-se que a maioria era do sexo feminino (84,5%), filhos (77,6%), raça/cor parda (65,5%), com união estável (60,3%), média de idade 47,41 anos (dp±16,8). Ainda com relação aos cuidadores, a maior parte declarou ter ensino fundamental incompleto (44,9%), estar desempregada (82,8%), ter renda de menos de um salário mínimo (67,4%), dedicar-se mais de 18 horas por dia ao cuidar (82,9%), tempo como cuidador acima de seis anos (53,4%), referiu ter alguma doença (87,9%) e receber ajuda de outras pessoas para cuidar do idoso (60,3%), conforme demonstrado na tabela 1.

Tabela 1 - Características de cuidadores familiares do estudo qualidade de vida do cuidador familiar de idosos dependentes no domicílio. Manoel Vitorino-BA, 2013

Variável	Cuidadores (n=58)
Sexo (%)	
Feminino	84,5
Masculino	15,5
Idade (%)	
Média	47,41
Desvio padrão	16,8
Mínimo	18
Máximo	80
Cor de pele (%)	
Branca	25,9
Parda	65,5
Preta	8,6
Estado civil (%)	
Casado/união consensual	60,3
Solteiro	34,5

Viúvo	5,2	Sim	87,9
Escolaridade (%)		Não	12,1
Analfabeto	22,4	Recebe ajuda (%)	
Ensino fundamental incompleto	44,9	Sim	60,3
Ensino fundamental completo	8,6	Não	39,7
Ensino médio incompleto/completo	17,3	(*) Salário Mínimo = R\$ 620,00.	
Superior incompleto/completo ou mais	6,8		
Número de horas/dia dedicadas ao cuidado (%)			
Até 8	5,1		
De 9 a 18	12,0		
Mais de 18 horas/dia ou integral	82,9		
Há quanto tempo cuida (em anos) (%)			
Até 1 ano	10,4		
De 2 a 5 anos	36,2		
De 6 e 10 anos	32,6		
Acima de 10 anos	20,8		
Renda mensal (salários mínimos)* (%)			
Sem renda	36,2		
Menor que 1	31,2		
Igual a 1	24,0		
Maior que 1	8,6		
Parentesco com relação ao idoso (%)			
Filho (a)	77,6		
Cônjuge	15,5		
Pai/mãe	6,9		
Trabalho (%)			
Exerce atividade remunerada	17,2		
Dona de casa/desempregado	55,2		
Nunca exerceu trabalho remunerado	27,6		
Presença de doença (%)			

Em relação às doenças referidas pelos cuidadores, verificou-se predominância do diagnóstico de lombalgia (63,8%), seguido de hipertensão (41,4%) e varizes (37,9%), sendo que 51,7% dos cuidadores faziam uso de alguma medicação.

No *WHOQOL-bref*, o IGQV teve média de 55,6 (dp=9,8). Os domínios que apresentaram maiores escores foram o físico (média de 54,8; mediana 53,5; dp=15,5) e psicológico (média de 54,8; mediana 58,3; dp=15,5). As relações sociais (média de 54,8; mediana 50; dp=15,5) e ambiente (média de 41,4; mediana 42; dp=13,9) apresentaram os menores escores.

Os dados da tabela 2 mostram as correlações entre os domínios do *WHOQOL-bref* variáveis do cuidador e idoso. A escala Zarit teve correlação negativa significativa de magnitude forte com o IGQV e os domínios físico, psicológico e ambiente, além de correlação fraca, porém significativa, com o domínio relações sociais. O domínio físico teve correlação fraca com a idade do cuidador, bem como o psicológico e relações sociais com a escala Katz.

Tabela 2 - Coeficientes de correlação de Spearman (r_{sp}) entre os domínios do *WHOQOL-bref* e demais variáveis do estudo qualidade de vida do cuidador familiar de idosos dependentes no domicílio. Manoel Vitorino-BA, 2013

Domínios WHOQOL-bref	Idade do idoso r_{sp} (P)	Idade do cuidador r_{sp} (P)	Renda per capita r_{sp} (P)	n. de pessoas que mora no domicílio r_{sp} (P)	Tempo como cuidador r_{sp} (P)	Horas dedicadas ao cuidar	Zarit r_{sp} (P)	Katz r_{sp} (P)
IGQV	0,137 (0,305)	0,001 (0,993)	0,141 (0,292)	-0,051 (0,703)	-0,013 (0,922)	0,026 (0,845)	-0,605 [†] (0,000)	-0,196 (0,140)
Físico	0,065 (0,627)	-0,260* (0,049)	-0,092 (0,491)	0,018 (0,894)	-0,082 (0,539)	0,005 (0,973)	-0,513 [†] (0,000)	-0,221 (0,095)
Psicológico	-0,117 (0,384)	-0,126 (0,344)	0,096 (0,473)	-0,072 (0,594)	0,066 (0,621)	0,030 (0,821)	-0,507 [†] (0,000)	-0,298* (0,023)
Relações sociais	-0,081 (0,545)	0,023 (0,862)	-0,024 (0,860)	-0,179 (0,179)	-0,246 (0,062)	0,111 (0,405)	-0,283* (0,031)	-0,287* (0,029)
Meio ambiente	0,254 (0,054)	0,208 (0,117)	0,228 (0,085)	0,030 (0,823)	0,132 (0,325)	0,108 (0,418)	-0,521 [†] (0,000)	-0,057 (0,671)

* correlação estatisticamente significativa (p<0,05); † correlação estatisticamente significativa (p<0,01).

A escala de avaliação da sobrecarga (i.e., escala de Zarit) variou de 22 a 72 entre os cuidadores (média de 47 e $dp=12,3$). Ao aplicar o modelo de regressão linear múltipla (*stepwise forward*), considerando as variáveis: idade, sexo, presença de morbidade, escalas de Katz e Zarit como variáveis independentes e o IGQV como variável dependente, verificou-se que apenas a escala Zarit permaneceu ao final do modelo, indicando que esta variável isoladamente foi capaz de explicar a percepção de QV mensurado pelo IGQV, permitindo afirmar que quanto maior a sobrecarga de trabalho do cuidador, pior é sua percepção de QV (Tabela 3).

Tabela 3 - Modelo de regressão linear múltiplo final para o IGQV do estudo qualidade de vida do cuidador familiar de idosos dependentes no domicílio. Manoel Vitorino- BA, 2013

	Coefficiente de regressão β	p
Zarit	-0,783	0,002

r^2 ajustado = 0,577; p (modelo) = 0,0001

DISCUSSÃO

Este estudo analisou a associação de características sociodemográficas e sobrecarga de atividades com a QV do cuidador familiar de idosos dependentes no domicílio em um município no interior do Estado da Bahia. Os resultados aqui obtidos corroboram com estudo prévio¹⁵ realizado em regiões de alto IDH, porém, a diferença no contexto social, da amostra deste estudo e dos estudos prévios, pode ter influenciado a natureza da relação entre as variáveis estudadas.

O predomínio de cuidadores do sexo feminino, tendo filhos e com união estável corrobora com os achados de estudos prévios de âmbito nacional^{15,23-24} e internacional.^{7,25} Tal achado reforça o papel social da mulher que historicamente é determinado com a função de provedora de cuidados,²³ visto como natural pela mulher e pela sociedade, pois está inscrito socialmente no papel de mãe. Cuidar dos familiares idosos, portanto, é mais um dos papéis que a mulher assume na esfera doméstica.

A participação do sexo masculino como cuidador é importante,^{7,15,23-25} tendo como exemplo, o estudo realizado em Portugal,⁷ que destaca o aumento do cuidador masculino. Em nosso estudo, cuidadores do sexo masculino representaram apenas 15,5% da amostra, indicando que apesar

de ser minoria, estes também contribuem como cuidador principal.

Estudos prévios já destacavam a elevada idade entre os cuidadores principais^{7,15,22,24} pode estar associada ao fato de que muitas vezes este cuidador é um cônjuge²⁴ ou mesmo um filho(a). Nossos resultados mostram uma média de idade de 47 anos, com cuidadores correspondendo predominantemente a filhos (77,6%), seguido pelo cônjuge (15,5%), o que justifica a variação de idade entre 18 e 80 anos. A idade avançada dos cuidadores é motivo de preocupação, pois pode influenciar diretamente o risco de sobrecarga para o cuidador.

A variável raça/cor não tem sido reportado em estudos relacionados à cuidadores familiares.^{7,15,22-25} Estudo¹² sobre o perfil de cuidadores de idosos reporta esta variável e identificou que a maior parte dos cuidadores declarou ser de cor branca, o que pode ter relação com a região sudeste do Brasil, local onde realizou a pesquisa. Diferente, o presente estudo identificou que a maioria dos cuidadores declarou ser negra (parda/preta), raça/cor predominante no nordeste brasileiro.

Tal como em outros estudos,^{15,22-24} a população aqui estudada apresenta baixo nível de escolaridade, sendo que 67,3% são analfabetos ou possuem ensino fundamental incompleto, o que representa porcentagem maior que observado em estudos^{9,12} realizados em regiões do Brasil com alto IDH.

A escolaridade reduzida pode contribuir para o papel do cuidador ser atribuído aos familiares, visto que a inserção no mercado de trabalho formal é mais difícil para aqueles indivíduos com baixa escolaridade. Assim, é mais provável que essas pessoas se dediquem aos serviços domésticos e cuidado do familiar dependente, como extensão dessa atividade.¹⁵

Como observado em estudos prévios, a maior parte dos cuidadores estava desempregado,^{15,24-25} embora estudos identifiquem percentual representativo de cuidadores familiares trabalhando em atividades extra domiciliares.^{7,15,24-25} Evidenciou-se no estudo que 17,2% dos cuidadores exerciam atividades remuneradas adicionais às realizadas no domicílio e a do cuidar do idoso, o que pode influenciar negativamente na sobrecarga e QV desses cuidadores.

A atividade do cuidar muitas vezes insta os cuidadores a reduzir a jornada de trabalho ou deixar o trabalho remunerado, principalmente quando a situação do idoso exige dedicação exclusiva.²⁴

O percentual de cuidadores desempregados, identificado neste estudo, pode estar associado a este fato, vez que 74,2% deles referiram ter trabalhado fora do domicílio e, no momento, dedicavam-se, exclusivamente, às atividades domésticas e sem remuneração.

Estudo sobre QV de cuidadores de idosos dependentes mostrou renda per capita média inferior a um salário mínimo entre os cuidadores estudados.¹⁵ Semelhantemente, o presente estudo mostrou que o maior percentual de cuidadores não tem renda, seguido dos que recebem até um salário mínimo, o que pode ser justificado não só pelo tempo que precisa dedicar ao cuidar do seu familiar idoso, como também pelas características socioeconômicas da região estudada, que não dispõe de muitas oportunidades de trabalho.

Elevado percentual dos cuidadores relatou a presença de pelo menos uma doença, o que corrobora com estudos anteriores.^{7,15} O diagnóstico de lombalgia foi o mais comum, acometendo 63,8% dos cuidadores, seguido do diagnóstico de hipertensão (41,4%) e varizes (37,9%), todas condições patológicas que podem ser relacionadas à sobrecarga física. Não obstante, hipertensão arterial^{15,24} e afecções de coluna²² estão entre as doenças mais citadas em estudos anteriores.

Vários cuidadores percebem sua saúde como regular e esta tende a piorar devido ao processo de cuidar do idoso, necessitando eles próprios de cuidados de saúde.⁷ A partir da comparação do estado de saúde atual com a de cinco anos anteriores, o estudo²⁴ obteve que quase metade da amostra informou ter piorado de saúde. O que pode estar relacionado à prática de cuidar do idoso, em contexto domiciliar, por favorecer o aparecimento de limitações na vida do cuidador, com consequentes riscos à sua saúde.

Ao considerar a atividade do cuidador de idosos, verifica-se tendência para efeitos negativos relacionados a essa função, com destaque para as doenças físicas, psicossomáticas, ansiedade, depressão e estresse. No entanto, nem todos os cuidadores desenvolvem doenças ou se tornam insatisfeitos com a tarefa de cuidar. Isso pode ser explicado com a utilização de diversas estratégias individuais para lidar com as situações consideradas desgastantes.¹²

Observa-se que 89,6% dos cuidadores estudados se dedicam a esta atividade há mais de 1 ano, sendo que 20,8% se dedicam a mais de 10 anos. Desta forma, o tempo dedicado ao cuidado na população aqui estudada foi maior que o

obtido na amostra do estudo¹⁵ realizado na zona sul da capital paulista com cuidadores de idosos dependentes. O número de horas dedicado ao cuidado foi avaliado neste estudo, sendo constatado que 82,9% dos cuidadores se dedicam de forma integral ao cuidado do familiar, o que corrobora estudos prévios.^{22,24}

Isoladamente, o tempo dedicado ao cuidado (em anos) e o número de horas dedicado ao cuidado não foram significativamente correlacionados com os domínios do *WHOQOL-bref*. No entanto, é possível inferir que, em conjunto, esses fatores podem contribuir para uma maior percepção de sobrecarga de trabalho e, assim, em uma pior QV. As circunstâncias de cuidado podem favorecer consequências negativas à vida e saúde do cuidador de idosos, que vivencia situações de estresse, desgaste e cansaço,¹² o que pode causar um efeito aditivo na percepção de sobrecarga de trabalho e, assim, na percepção de QV.

Contudo, apesar de desgastante, a atividade de cuidar de um familiar também apresenta sentimentos positivos de sensação confortadora, como dever cumprido e dignificação de suas vidas. Neste contexto, é essencial considerar o binômio cuidador e idoso dependente, pois exige atenção especial de cuidados e saúde por parte dos serviços de saúde.²⁴

Conforme a escala Zarit, a população aqui estudada apresenta maior sobrecarga que observado em outros estudos.²² Tal fato pode estar relacionado ao grande tempo (em anos) e horas dedicadas ao cuidar, além de fatores socioeconômicos e culturais das diferentes localidades onde os estudos foram conduzidos.

Interessante observar que o nível de sobrecarga, obtido pela escala de Zarit, foi negativamente correlacionada com todos os domínios do *WHOQOL-bref* e com o IGQV, obtendo-se coeficientes de correlação maiores que os observados em estudo anterior.¹⁵ A forte associação entre o nível de sobrecarga e a percepção de QV aqui observada pode justificar o fato de a escala de Zarit ter sido a única variável explicativa a permanecer no modelo de regressão linear múltiplo (*stepwise forward*) aqui aplicado, permitindo afirmar que, quanto maior a sobrecarga, menor é o IGQV.¹⁵ Este resultado corrobora em parte o resultado de estudo¹⁵, no qual a escala de Zarit foi incluída no modelo final de regressão como variável explicativa, juntamente com as variáveis presença de companheiro e de doença do cuidador.

Como exposto, a associação mais forte entre escala de Zarit e os domínios do *WHOQOL-bref*,

especialmente o IGQV ($r_{sp}=0,60$ obtido neste estudo, contra $r_{sp}=0,35$ obtido em estudo¹⁵), podem justificar a divergência no resultado do modelo de regressão aplicado. Apesar de não ser observada correlação significativa entre o tempo como cuidador (em anos) e as horas diárias dedicadas ao cuidar com os domínios da QV, o maior tempo (em anos) e horas dedicadas ao cuidado, observado em nossa amostra em relação a estudo prévio¹⁵, também podem ter contribuído para a diferença nos resultados do modelo de regressão, por representar maior tempo (em anos e horas) de exposição à sobrecarga. Tal fato pode ter impactando de forma mais significativa sobre a percepção de sobrecarga, aumentando a contribuição dos resultados da escala de Zarit no modelo final da regressão.

A QV do cuidador, avaliada pelo *WHOQOL-bref*, apresentou-se em nível mediano, como observado em estudos prévios.^{7,24} O déficit de oportunidades sociais externas do cuidador e o afetado estado de saúde do idoso parecem convergir para um resultado regular dessa QV.⁷

Corroborando estudos prévios,^{7,15} os domínios meio ambiente e relações sociais apresentaram os menores escores, o que pode estar associado à readaptação familiar frente a dependência funcional do idoso em diversos graus, além da redução de oportunidades de lazer, devido o tempo despendido ao cuidar. Adicionalmente, as escassas opções de lazer, o menor poder aquisitivo e precariedade nas condições de moradia e deslocamento urbano, característicos das regiões de baixo IDH, podem ter contribuído sobremaneira para a baixa percepção de QV, no tocante ao meio ambiente e relações sociais.

Com o aumento da expectativa de vida e, conseqüente, crescimento da quantidade de idosos, incrementa, também, o número de pessoas que assume o cuidado de um familiar idoso dependente funcional. As tarefas do cuidado demandam recursos econômicos, tempo, reorganização familiar e pessoal que geram uma sobrecarga, a qual pode repercutir negativamente no cuidador. Um recurso que pode amenizar esses impactos é a existência de redes de apoio social, dentro das quais os familiares encontrem ajuda para satisfazer suas necessidades nas situações cotidianas.²⁵

O cuidador de idosos tem reduzido apoio²⁴ e conta quase que, exclusivamente, com a rede de apoio informal familiar^{15,25} e de outras estruturas da comunidade. Apesar dos problemas e insuficiência das fontes de apoio, os cuidadores têm desenvolvido estratégias e habilidades para lidar

com as dificuldades enfrentadas.²⁵ Assim, fica evidente a necessidade de reconhecer e atender as necessidades dos cuidadores, no sentido de orientá-los, acompanhar o cuidado e propor ações que visem o suporte assistencial de forma ampliada.²⁶

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciaram que as características dos cuidadores familiares de idosos dependentes não diferem muito, tanto no âmbito nacional, quanto internacional, independentemente dos aspectos regionais ou culturais, verificando que a maioria é mulher, filha ou cônjuge do idoso, casada, de meia idade, reduzida escolaridade e baixa condição econômica.

Fatores como a sobrecarga de trabalho estão associados negativamente à percepção de QV dos cuidadores, conforme foi visto a partir da análise do *WHOQOL-bref*, sendo os domínios relações sociais e meio ambiente os que mais influenciaram, o que pode ser agravado pelas condições socioeconômicas e culturais de regiões de baixo IDH.

Fica, portanto, explicitada a necessidade de ações de saúde e apoio social à cuidadores familiares, além de implantação de políticas públicas direcionadas para esses indivíduos, com vistas na promoção à saúde e prevenção de agravos, bem como na possibilidade de minimizar a sobrecarga de trabalho, relacionada ao processo de cuidar.

Mediante a realidade brasileira não haver políticas específicas direcionadas ao cuidador de idosos dependentes, é imprescindível que os profissionais de saúde, em especial, os que atuam em Estratégias Saúde da Família, planejem ações e forneçam subsídios capazes de contribuir positivamente para a QV desses cuidadores.

REFERÊNCIAS

1. Novais NN, Silva LWS, Gonçalves LHT, Souza TO. Fatores relacionais intrafamiliares na qualidade de vida e saúde de cuidadores de idosos mais idosos - um enfoque sistêmico. *Rev Kairós Gerontol.* 2011 Jun; 14(3):23-37.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília (DF): MS; 2008.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília (DF): MS; 2008.

4. Nardi EFR, Oliveira MLF. Conhecendo o apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008 Jan-Mar; 29(1):47-53.
5. Brasil. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994: dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e da outras providências. *Diário Oficial da União.* 4 Jan 1994.
6. Brasil. Portaria GM n. 2.528, de 19 de outubro de 2006: aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília (DF);* 2006.
7. 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 Enferm.* 2011 May-Jun; 19(3):458-66.
8. Braz E, Ciosak SI. O tornar-se cuidadora na senescência. *Esc Anna Nery.* 2009 Abr-Jun; 13(2):372-7.
9. Gonçalves LHT, Alvarez AM, Sena ELS, Santana LWS, Vicente FR. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto Contexto Enferm.* 2006 Out-Dez; 15(4):570-7.
10. Araújo I, Paúl C, Martins M. Living older in the family context: dependency in self-care. *Rev Esc Enferm USP.* 2011 Ago; 45(4):866-71.
11. Nickel R. Correlação entre a qualidade de vida de cuidadores familiares e os níveis de independência funcional dos cuidados. *Cogitare Enferm.* 2010 Abr-Jun; 15(2):225-30.
12. Gaioli CCLO, Furegato ARF, Santos JLF. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. *Texto Contexto Enferm.* 2012 Jan-Mar; 21(1):150-7.
13. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. *Rev Bras Enferm.* 2009 Jan-Fev; 62(1):57-63.
14. Nardi EFR, Oliveira MLF. Significado de cuidar de idosos dependentes na perspectiva do cuidador familiar. *Ciênc Cuid Saúde.* 2009 Jul-Set; 8(3):428-35.
15. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no programa de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2008 Abr-Jun; 17(2):266-72.
16. Organização das Nações Unidas (ONU). Ranking do IDH dos Municípios do Brasil. Brasília (DF): Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil; 2013.
17. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science Medicine.* 1998 Jun. 46(12):1569-85.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo: informações das cidades. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2010.
19. 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 Saúde Pública.* 2008 Jan; 24(1):103-12.
20. Sczufca M. Brazilian version of the Burden Interview Scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002 Mar; 24(1):12-7.
21. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública.* 2000 Mar-Abr; 34(2):178-83.
22. Oliveira DC, Carvalho GSF, Stella F, Higa CMH, D'Elboux MJ. Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos em seguimento ambulatorial. *Texto Contexto Enferm.* 2011 Abr-Jun; 20(2):234-40.
23. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, Vendruscolo TRP, Fabrício-Whebe SCC, Marques S, et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. *Acta Paul Enferm.* 2012 Out-Nov; 25(5):768-74.
24. Pimenta GMF, Costa MASM, Gonçalves LHT, Alvarez AM. Profile of the caregiver of dependent elderly family members in a home environment in the city of Porto, Portugal. *Rev Esc Enferm USP.* 2009 Set; 43(3):606-11.
25. Guedea MTD, Damacena FA, Carbajal MMM, Marcobich PO, Hernández GA, Lizárraga LV, et al. Social support needs of mexican elders family caregivers. *Psicol Soc.* 2009 Mai-Ago. 21(2):242-49.
26. Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO, et al. Care performed by family caregivers to dependent elderly, at home, within the context of the family health strategy. *Texto Contexto Enferm.* 2012 Jul-Set. 21(3):543-8.