

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANA CLÁUDIA FUHRMANN

**CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS DEPENDENTES E A SOBRECARGA DO
CUIDADOR FAMILIAR**

PORTO ALEGRE

2014

ANA CLÁUDIA FUHRMANN

**CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS DEPENDENTES E A SOBRECARGA DO
CUIDADOR FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

PORTO ALEGRE

2014

*Dedico este trabalho à minha mãe,
minha maior inspiradora e estimuladora.*

AGRADECIMENTOS

À *Deus*, por me conceder a vida e permitir mais esta vitória.

À minha *mãe*, pelo exemplo de mulher guerreira que és; por ter sido sempre minha companheira, amiga e confidente e não ter medido esforços para que esta conquista fosse possível; por ter vivido comigo cada momento desta trajetória e sonhado o meu sonho; por ter sido o meu alicerce, dando-me apoio, incentivo e amor.

À minha orientadora *Lisiane Paskulin*, pelos ensinamentos, confiança e respeito; pelo incentivo e apoio.

As minhas co-orientadoras *Carla* e *Naiana*, pelo apoio e auxílio no desenvolvimento deste trabalho e na vida; pelo carinho e amizade.

À *Daiany Borghetti Valer*, por ter cedido o banco de dados para o desenvolvimento deste estudo.

À *Marina* e *Méri*, pelo companheirismo, auxílio e apoio no desenvolvimento deste trabalho. Pelo afeto e amizade. Por estarem ao meu lado em tantos momentos.

RESUMO

Introdução: A longevidade pode afetar a capacidade funcional dos idosos e o mesmo passa a depender de outras pessoas para suprir suas limitações. O ato de cuidar pode gerar sobrecarga ao cuidador. O presente estudo integra uma investigação maior com cuidadores familiares principais de idosos com dependência para realizar uma ou mais atividades de vida diária.

Objetivos: Caracterizar os idosos dependentes e seus cuidadores familiares principais quanto a aspectos socioeconômicos, demográficos, de saúde e relacionados ao cuidado, e verificar a associação entre a capacidade funcional da pessoa idosa e a sobrecarga do cuidador.

Métodos: Estudo transversal de abordagem quantitativa, com dados secundários realizado na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS (HCPA), Variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao cuidado, as escalas de Atividades Físicas de Vida Diária (AFVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), e uma escala que avalia a sobrecarga do cuidador foram coletadas entre setembro de 2011 a junho de 2012, com uma amostra de 112 sujeitos. Os dados foram analisados por meio de média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Para verificar a associação entre a capacidade funcional do idoso com a sobrecarga do cuidador foi utilizado o teste de Correlação de Spearman, com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 18.0 e *Microsoft Excel*. O estudo maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (nº 110024). **Resultados:** A média de idade dos idosos foi de 81,41 anos ($\pm 9,3$), o escore médio para as AFVD foi de 10,36 ($\pm 3,4$) e de 6,25 ($\pm 3,2$) para as AIVD. A maioria (71,4%) possuía dependência grave. Grande parte dos cuidadores era do sexo feminino (75%), filhos dos idosos (61,6%), com média de idade de 57,98 anos e tinham em média 12,2 anos de escolaridade. Mais da metade residiam com o idoso (65%), possuíam despesas com o cuidado (60%) e recebiam auxílio de outras pessoas para cuidar do idoso (58,9%). A média de sobrecarga dos cuidadores foi de 29,53 ($\pm 15,1$). Houve correlação significativa entre a capacidade funcional dos idosos e a sobrecarga do cuidador. **Discussão:** Avaliar o grau de sobrecarga do cuidador, através de instrumentos com esse objetivo, permite aos enfermeiros dimensionar o quanto a tarefa de cuidar interfere na qualidade de vida do cuidador e, assim, auxiliar o mesmo no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da situação. **Conclusão:** Quanto maior a dependência do idoso maior a sobrecarga do cuidador.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVO	10
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
3 CONTEXTO TEÓRICO	11
3.1 Envelhecimento populacional e políticas públicas de atenção ao idoso	11
3.2 Capacidade funcional e atividades de vida diária	14
3.3 Cuidador familiar e a sobrecarga do cuidador	15
4 MÉTODOS	18
4.1 Tipo de estudo	18
4.2 Campo de estudo	18
4.3 População e amostra	18
4.4 Coleta de dados	19
4.5 Análise dos dados	20
4.6 Aspectos éticos	21
5 ARTIGO	22
REFERÊNCIAS	39
ANEXO A – Instrumento para coleta de informações sociodemográficas e relacionadas ao cuidado elaborado pelo projeto de base	41
ANEXO B - Escala de Atividades Físicas e Instrumentais da Vida Diária	43
ANEXO C – Escala <i>Burden Interview</i> adaptada e validada no Brasil	45
ANEXO D – Aprovação do presente projeto pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS	48
ANEXO E – Carta de aprovação do projeto de base pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS	50
ANEXO F – Carta de aprovação do projeto de base pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	51
ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cuidadores que participaram do projeto de base.....	52
ANEXO H – Termo de Compromisso para Utilização dos Dados	53
ANEXO I – Autorização da pesquisadora do projeto de base para utilização dos dados	54

ANEXO J – Normas de publicação do periódico Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento	55
--	-----------

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho analisa a associação entre a capacidade funcional de pessoas idosas dependentes e a sobrecarga dos seus cuidadores familiares. Integra o projeto de base “Adaptação e Validação do Instrumento *Caregiver Burden Inventory* para uso com cuidadores de pessoas idosas no Brasil”. O projeto de base faz parte de um estudo maior que replica no Brasil uma investigação do Centro de Estudos sobre Envelhecimento da Universidade de Victoria, Canadá, sobre a responsabilidade dos filhos nos cuidados aos seus pais idosos. O estudo canadense utilizou o protocolo de pesquisa *Filial Responsibility* que contém uma parte qualitativa, com perguntas sobre responsabilidade filial e sete escalas de domínio público, dentre as quais está a *Caregiver Burden Inventory*, desenvolvida para medir a sobrecarga em cuidadores (NOVAK; GUEST, 1989 apud VALER, 2012).

Na fase de validação, a escala *Caregiver Burden Inventory* foi comparada com a escala *Burden Interview*, já adaptada para o contexto brasileiro (SCAZUFCA, 2002), por esta ser considerada padrão-ouro brasileira na temática. No presente trabalho serão utilizados dados secundários, coletados para o projeto de base citado, utilizando as medidas referentes à capacidade funcional do idoso, por meio das escalas de Atividades de Vida Diária, e à sobrecarga do cuidador verificada pela escala *Burden Interview*.

O envelhecimento populacional é um fenômeno da atualidade. Os idosos representavam, segundo o censo de 2010, 10,8% da população brasileira e estima-se que, em 2050, atinjam 19% da população deste país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

Essa transição demográfica é resultado do efeito combinado entre o aumento da esperança de vida e a redução da fecundidade e da mortalidade. Associado a isto, ocorre a transição epidemiológica que corresponde a uma mudança no perfil de morbidade e de mortalidade de uma população, configurando uma diminuição das mortes causadas por doenças infecto-contagiosas e elevação da mortalidade por doenças crônicas (BRASIL, 2010).

A longevidade quando associada a doenças crônicas não-transmissíveis pode afetar a capacidade funcional dos idosos, impedindo-os de desempenhar suas atividades sem auxílio (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). A capacidade funcional pode ser entendida como “a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma” (BRASIL, 1999, p. 5).

À medida que ocorre comprometimento da capacidade funcional, o idoso passa a viver dependendo de uma ou mais pessoas para suprir suas limitações. Essa pessoa assume a função de cuidador, auxiliando o idoso na realização das suas atividades (KARSCH, 2003).

Os cuidadores podem ser categorizados como formais e informais. O cuidador formal é o profissional que presta serviços sob remuneração. O cuidador informal é um membro da família ou da comunidade que presta qualquer tipo de cuidado às pessoas dependentes, de acordo com as necessidades, de forma voluntária. Ainda, esses cuidadores podem ser considerados principais, quando assumem total ou a maior parte da responsabilidade de cuidar realizando a maioria das atividades, e secundários, quando apenas complementam o auxílio (GUIMARÃES et al., 2012).

Alguns estudos que abordam o universo do cuidador, tanto no Brasil como no cenário internacional, demonstram que essa função geralmente é assumida por um membro familiar (AIRES, 2010; LOUREIRO, 2011; GRATÃO et al., 2013; PERDOMO; RODRÍGUEZ, 2010). Esse indivíduo passa a desenvolver tarefas de cuidado ao idoso, geralmente, em tempo integral. O ato de cuidar envolve aspectos positivos como o sentimento do dever cumprido, a autossatisfação e a reciprocidade, e aspectos negativos, como conflitos familiares, insegurança e sobrecarga (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013). A escala desenvolvida por Zarit, em 1987, mensura a sobrecarga subjetiva do cuidador, ou seja, problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros experimentados pelo cuidador como resultado do seu papel de prestador de cuidados (SCHREINER et al., 2006)

Alguns estudos brasileiros abordam a relação entre a capacidade funcional do idoso com a sobrecarga do cuidador (BORGES; ALBUQUERQUE; GARCIA, 2009; GRATÃO et al., 2013; NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013; UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011), entretanto não foram realizados no contexto local, evidenciando a necessidade de aprofundar o assunto, considerando que Porto Alegre era a capital com a maior proporção de idosos, segundo o Censo de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Salienta-se ainda a necessidade de reconhecer que essa questão tende a se tornar um problema de saúde pública.

Além disso, a escolha do tema deu-se em função do interesse da autora pela área saúde do idoso e o contexto que o envolve, incluindo a família cuidadora.

A enfermagem desempenha papel importante na atenção aos cuidadores de idosos, à medida que avalia situações de vulnerabilidade e desenvolve ações junto a estes, contribuindo para diminuir a sobrecarga do cuidado, além de prevenir futuras complicações.

O presente trabalho permite traçar um perfil dos cuidadores de idosos, o grau de dependência dos idosos e a sobrecarga atribuída aos cuidadores. Pretende-se assim, ampliar o conhecimento científico sobre a temática, auxiliando os serviços de saúde no direcionamento de propostas de intervenção baseadas nas necessidades do grupo estudado.

A fim de guiar o estudo, formulou-se a seguinte questão norteadora: qual a relação da capacidade funcional dos idosos com a sobrecarga de cuidado de seu cuidador familiar principal?

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Verificar a associação entre a capacidade funcional da pessoa idosa dependente e a sobrecarga do cuidador familiar principal.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os idosos e seus cuidadores quanto a aspectos socioeconômicos, demográficos e relacionados ao cuidado.
- Verificar o grau de dependência dos idosos por meio das escalas de atividades de vida diária.
- Identificar a sobrecarga do cuidador por meio da escala Burden Interview.

3 CONTEXTO TEÓRICO

Nesta seção será apresentada uma contextualização teórica sobre questões referentes ao envelhecimento populacional e às políticas públicas de atenção ao idoso, à capacidade funcional e atividades de vida diária, ao cuidador da pessoa idosa e à sobrecarga do cuidador.

3.1 Envelhecimento populacional e políticas públicas de atenção ao idoso

O envelhecimento populacional é um importante fenômeno no contexto mundial, sendo resultado da mudança combinada de alguns indicadores de saúde, como o aumento da esperança de vida e a diminuição da fecundidade e mortalidade (BRASIL, 2010). Conforme Carvalho e Garcia (2003), é um processo referente à “mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice”. A Organização Mundial da Saúde define que nos países em desenvolvimento, como o Brasil, idoso é todo o indivíduo com 60 anos ou mais, enquanto que nos países desenvolvidos, idoso é aquele com 65 anos ou mais (BRASIL, 1994; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984).

O mundo contava, em 2012, com aproximadamente 810 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Projeta-se que alcance 1 bilhão em 2022 e 2 bilhões em 2050 (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012). Segundo o Censo realizado em 2010, o número de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil naquele ano era de 20.590.599, representando um percentual médio de 10,8%. Seguindo esse crescimento, estima-se que em 2050 os idosos atinjam 19% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

No Estado do Rio Grande do Sul, os idosos representavam 13,6% da população em 2010. Embora com intensidade diferente, os municípios brasileiros apresentaram crescimento generalizado na proporção de idosos nos últimos dez anos. Neste contexto, destaca-se Porto Alegre como a capital com maior proporção de idosos em relação à população total (15%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

O processo de envelhecimento da população, apesar de ser um fenômeno mundial, não acontece de forma homogênea nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Enquanto nos países desenvolvidos o envelhecimento ocorreu de forma lenta e associado à melhoria nas

condições gerais de vida, nos países em desenvolvimento o processo ocorre de forma rápida, sem adequada organização social e de saúde (BRASIL, 2010).

A I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em 1982 em Viena é considerada o marco inicial das discussões sobre essa temática. Foi o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento, resultando no *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento*, que objetivava garantir a segurança econômica e social dos idosos, bem como envolvimento deste no processo de desenvolvimento dos países. A partir desse Plano, questões relacionadas ao envelhecimento começaram a fazer parte da agenda internacional (CAMARANO; PASINATO, 2004; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1982).

No ano de 1991, a Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas definiu os cinco princípios básicos em favor dos idosos: independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade. Em 1992, aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento que definiu o ano de 1999 como o Ano Internacional dos Idosos, a fim de promover uma sociedade para todas as idades (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Ao longo da década de 90, outros fóruns das Nações Unidas passaram a considerar a população idosa. Em 2002, em meio a mudanças sociais, culturais e tecnológicas, aconteceu a II Assembléia Mundial em Madri, na qual foi aprovada uma nova declaração política e um novo plano de ação, dedicado à atenção dos problemas resultantes do processo de envelhecimento dos países em desenvolvimento. O *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento* fundamenta-se em três princípios básicos: participação ativa dos idosos na sociedade; promoção do envelhecimento saudável; e criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2002).

No Brasil, o grande avanço das políticas públicas de proteção social ao idoso ocorreu em 1988 com a Constituição Federal que introduziu o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social ganhasse conotação de direito de cidadania, além de garantir amparo às pessoas idosas. Esta constituição representou grande avanço no papel do Estado na proteção do idoso. No entanto, a família continuou sendo a principal responsável no amparo a esta população (BRASIL, 1988; CAMARANO; PASINATO, 2004).

Em 1993 foi decretada a Lei nº 8.742 que dispõem sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Através dessa lei, alguns programas e projetos direcionados ao idoso foram estabelecidos, assegurando a responsabilidade das três esferas de governo (BRASIL, 1993).

No ano de 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI) por meio da Lei 8.842. Criada com o objetivo de garantir os direitos sociais da pessoa idosa, através de medidas que dessem condições para promover a autonomia, integração e participação efetiva na sociedade dessa parcela da população, também reafirmou o direito do idoso à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta Lei criou também o Conselho Nacional do Idoso, implementado apenas em 2002 (BRASIL, 1994; CAMARANO; PASINATO, 2004).

O contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro enfatizava a necessidade de se buscar a qualidade da atenção às pessoas idosas. Nesse contexto, em 1999 a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso que buscava a preparação adequada do país para atender as demandas da população idosa. Essa política promovia a elaboração ou adequação de projetos e ações às pessoas idosas, enfatizando a manutenção da capacidade funcional e a promoção do envelhecimento saudável (BRASIL, 1999; CAMARANO; PASINATO, 2004).

Em 2003 foi instituído o Estatuto do Idoso, por meio da Lei nº 10.741, que regulariza os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Este documento apresenta muitas das leis e políticas já aprovadas e alguns elementos novos, focando na integralidade e ações que visem proporcionar o bem-estar desta população (BRASIL, 2003; CAMARANO; PASINATO, 2004). Esse Estatuto direciona ao Estado a responsabilidade de promover o envelhecimento saudável e em condições dignas por meio de políticas públicas, e reafirma a priorização do atendimento do idoso por sua família (BRASIL, 2003).

Com a finalidade de pactuar metas entre as três esferas de governo para consolidar os princípios do SUS e qualificar a gestão pública, no ano de 2006, a Portaria 399/GM estabeleceu o Pacto pela Saúde. Este se apresenta em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. A saúde do idoso define-se como uma das ações de saúde prioritárias do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006a).

Com o intuito de recuperar, manter e promover a autonomia e independência da pessoa idosa, a Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 estabeleceu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Esta política direciona medidas coletivas e individuais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b).

As políticas públicas direcionadas ao idoso vêm ganhando destaque no cenário mundial. No entanto, a atenção a essa parcela da população ainda é incipiente. O envelhecimento por ser um processo complexo e peculiar exige dos profissionais de saúde um olhar diferenciado e políticas públicas que direcionem suas ações, que devem ser focadas na

prevenção de agravos e promoção da saúde, a fim de manter a autonomia e independência desses indivíduos.

3.2 Capacidade funcional e atividades de vida diária

O envelhecimento pode ser considerado um processo natural, no qual ocorre uma progressiva diminuição da reserva funcional dos indivíduos. Em condições normais esse processo, também denominado senescência, não provoca problemas (BRASIL, 2010). No entanto, quando somado a condições adversas, como patologias e comorbidades, a capacidade do idoso manter sua independência e autonomia pode diminuir (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais podem influenciar a capacidade funcional do indivíduo (ROSA et al., 2003). De acordo com Alves, Leite e Machado (2008), o que importa no processo de envelhecimento não é ser portador de danos crônicos, mas sim a habilidade para desempenhar as atividades do dia a dia.

A capacidade funcional é um fenômeno multidimensional, dinâmico e complexo, sendo difícil conceituá-lo (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). A Política Nacional de Saúde do Idoso a define como “a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma” (BRASIL, 1999, p. 5). Também, pode-se utilizar o termo incapacidade funcional, o qual se refere à “presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades de vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las” (ROSA et al., 2003, p. 40).

A capacidade funcional apresenta-se como importante temática a ser abordada nas pesquisas gerontológicas e políticas públicas de saúde. Sua manutenção constitui-se como fator indispensável para o envelhecimento com qualidade de vida, à medida que a pessoa idosa consegue continuar na comunidade, mantendo suas relações e atividades sociais (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Dessa maneira, torna-se importante avaliar a pessoa idosa buscando identificar o grau de dependência e a necessidade de atenção. Uma das maneiras de mensurar a capacidade funcional do indivíduo é por meio da avaliação da dependência em realizar as Atividades de Vida Diária (AVD) (ROSA et al., 2003).

Uma das escalas que avalia a AVD é a escala de Atividades Físicas de Vida Diária (AFVD) proposta por Katz e colaboradores em 1963, que engloba seis atividades: alimentar-

se, banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência, deambulação (BRASIL, 2006).

Outra escala que avalia as AVD foi desenvolvida por Lawton e Brody em 1969, denominada Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Esta escala avalia a capacidade do idoso para realizar atividades mais complexas como utilizar o telefone, utilizar meios de transporte, realizar compras, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, tomar medicamentos e cuidar de suas finanças (BRASIL, 2006).

As escalas de AFVD e AIVD foram validadas para o Brasil por Ramos em 1987 e o valor do coeficiente alfa de Cronbach foi 0,88. Para melhor mensurar a capacidade funcional do idoso, o autor propôs uma classificação dos idosos em quatro categorias, conforme o grau de dependência para realizar as AVD: independentes, idosos que não precisam de ajuda para realizar as 14 AVD; dependentes leves, idosos que precisam de auxílio para realizar de uma a três AVD; dependentes moderados, necessidade de auxílio na realização de quatro a seis AVD e dependentes graves, em que os idosos precisam de ajuda para realizar sete ou mais AVD (RAMOS, 1993).

Mensurar as AVD e intervir sobre as mesmas representam estratégias importantes para os profissionais de saúde, à medida que permitem avaliar a capacidade do idoso em desempenhar diversas atividades e manter suas relações sociais, auxiliando, assim, no desenvolvimento de ações de saúde para atender essa população, além de amenizar o efeito negativo da perda da independência e autonomia na vida dessas pessoas.

3.3 Cuidador familiar e a sobrecarga de cuidado

O envelhecimento populacional associado à transição epidemiológica gera novas demandas e desafios ao setor saúde e, desse modo, a necessidade de alteração no modo de cuidar dos indivíduos idosos (AIRES, 2010). Essa parcela da população passou a viver mais tempo, porém pode estar exposta a presença de comorbidades que podem comprometer a manutenção da sua autonomia e capacidade funcional ocasionando dependência e limitação, surgindo assim a necessidade de um cuidador (KARSCH, 2003).

Segundo o Ministério da Saúde, cuidador é “a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração” (BRASIL, 2008, p.8). Os cuidadores podem ser categorizados como formais e informais. O cuidador formal é o

profissional que presta serviços sob remuneração. O cuidador informal é um membro da família ou da comunidade que presta qualquer tipo de cuidado às pessoas dependentes, de acordo com as necessidades, de forma voluntária. Ainda, esses cuidadores podem ser considerados principais, quando assumem total ou a maior parte da responsabilidade de cuidar realizando a maioria das atividades, e secundários, quando apenas complementam o auxílio (GUIMARÃES et al., 2012).

No Brasil, cerca de 40% das pessoas com 65 anos ou mais são dependentes de ajuda para realizar, pelo menos, uma atividade de vida diária, sendo o apoio prestado, predominantemente, por familiares (BRASIL, 2002). Pesquisas realizadas em diferentes centros brasileiros que avaliaram a presença de algum grau de dependência do idoso para a realização das AVD corroboram com esse percentual (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006; FIEDLER; PERES, 2008; PASKULIN; VIANNA, 2007).

A legislação brasileira trouxe grandes avanços na proteção ao idoso por parte do Estado. No entanto, a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado para com as pessoas idosas (AIRES, 2010; CAMARANO; PASINATO, 2004). Alguns estudos que abordam o universo do cuidador, tanto no Brasil como no cenário internacional, demonstram que essa função geralmente é assumida por um membro familiar (AIRES, 2010; LOUREIRO, 2011; GRATÃO et al., 2013; PERDOMO; RODRÍGUEZ, 2010).

Ser cuidador familiar principal de um idoso é uma tarefa que envolve crenças, valores e hábitos de vida tanto do cuidador quanto da pessoa idosa. Possui aspectos positivos, como o sentimento do dever cumprido, a autossatisfação e a reciprocidade, e aspectos negativos, como conflitos familiares, insegurança e sobrecarga. (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013). A escala desenvolvida por Zarit, em 1987, mensura a sobrecarga subjetiva do cuidador, ou seja, problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros experimentados pelo cuidador como resultado do seu papel de prestador de cuidados (SCHREINER et al., 2006)

Diversos fatores podem influenciar na ocorrência de sobrecarga do cuidador. Em uma investigação abordando esse tema, Chou (2000) identificou alguns desses fatores, entre eles: características individuais tais como a idade, sexo, nível socioeconômico, estado de saúde e personalidade do cuidador; demandas ao cuidador, como o grau de limitação funcional e presença de distúrbio de comportamento da pessoa cuidada; envolvimento com o cuidado, tempo dedicado ao cuidado, número de tarefas desempenhadas e tipos de cuidados. Todavia, em consequência do aumento da dependência da pessoa cuidada e modificações ocorridas nas expectativas da família em relação ao cuidado ao longo do tempo, a sobrecarga pode sofrer alterações.

A sobrecarga sofrida pelo cuidador é um importante fator de diminuição da qualidade de vida dessas pessoas. Cabe aos profissionais de saúde na atenção ao idoso estenderem o olhar ao contexto que o envolve, incluindo o familiar cuidador. A identificação e acompanhamento da sobrecarga do cuidador são importantes ferramentas que podem ser utilizadas a fim de diminuir o efeito negativo do cuidar no bem-estar dessas pessoas.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Estudo transversal de abordagem quantitativa. O modelo transversal é aquele em que a coleta de dados acontece em determinado ponto temporal (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Campo de estudo

O projeto de base “Adaptação e Validação do Instrumento *Caregiver Burden Inventory* para uso com cuidadores de pessoas idosas no Brasil” foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS (HCPA). A UBS localiza-se no bairro Santa Cecília e pertence ao Distrito Sanitário Centro e a Gerência Distrital Centro.

Este campo foi escolhido devido a sua vinculação com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o que permite que seja um espaço aberto para o desenvolvimento de pesquisas. Outros motivos para tal escolha foram o alto percentual de idosos moradores no território da UBS, pertencente ao Distrito Sanitário Centro, região com a maior proporção de idosos do município (PORTO ALEGRE, [2013]). Além disso, a UBS desenvolve atividades junto às pessoas idosas e seus cuidadores.

4.3 População e amostra

A população do projeto de base foi composta por cuidadores familiares principais de um idoso. A amostra foi de 120 idosos e seus cuidadores. Este número de cuidadores foi definido com base no proposto pela literatura que indica serem necessárias, para estudos de validação, no mínimo cinco vezes mais observações do que o número de variáveis a serem analisadas (HAIR, 2009). Desse modo, como o instrumento *Caregiver Burden Inventory* possui 24 questões, a amostra contou com 120 sujeitos. No entanto, destes 120 cuidadores,

oito não responderam o instrumento que avalia a sobrecarga do cuidador utilizada no presente estudo.

Os critérios de inclusão do estudo de base foram: autodenominar-se cuidador principal de um familiar com 60 anos ou mais com dependência para realizar uma ou mais Atividades de Vida Diária (AVD), morador da área de abrangência da UBS e/ou cadastrados na Unidade. Os cuidadores foram selecionados a partir de uma listagem do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) da unidade.

Foram considerados critérios de exclusão: ser cuidador com idade inferior a 18 anos e não ser contatado após três tentativas em dias e turnos diferentes.

No presente estudo, para verificar a associação entre a capacidade funcional e a sobrecarga do cuidador, considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e poder estatístico de 90%, o cálculo da amostra resultou em 113 sujeitos, que se aproximou ao disponível ($n=112$).

4.4 Coleta dos dados

Para o presente estudo foi utilizado o banco de dados previamente elaborado no projeto de base.

Os dados do estudo de base foram coletados no período de setembro de 2011 a junho de 2012. As entrevistas foram realizadas no domicílio ou na UBS, e continham: informações socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao cuidado (ANEXO A); as escalas de Atividades Físicas de Vida Diária (AFVD) elaborada por Katz e colaboradores e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) elaborada por Lawton e Brody (ANEXO B), já validadas para o Brasil por Ramos em 1987 (RAMOS, 1993), para avaliar a capacidade funcional do idoso que recebe cuidado; o instrumento *Caregiver Burden Inventory* na versão adaptada; e o questionário *Burden Interview* (ANEXO C), também já adaptado (SCAZUFCA, 2002), para fins de análise da validade de critério.

No presente estudo serão utilizados os seguintes dados: informações socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao cuidado, as escalas AFVD e AIVD e a escala *Burden Interview*.

A escala de AFVD avalia a independência no desempenho das funções: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência, deambulação. Já a escala de AIVD avalia a capacidade do idoso para realizar atividades mais complexas como utilizar o

telefone, utilizar meios de transporte, realizar compras, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, tomar medicamentos e cuidar de suas finanças. Nas duas escalas as pessoas idosas são classificadas como independentes ou dependentes (BRASIL, 2006). Em cada escala há sete atividades. Conforme sua capacidade para realização das atividades, o idoso recebe uma pontuação que varia de zero a dois pontos: dois pontos para cada atividade realizada sem ajuda, um ponto para cada atividade realizada parcialmente com ajuda e zero para cada atividade que o idoso não consegue realizar. Sendo assim, o escore máximo é de 28 pontos e, quanto mais baixo o escore, maior a dependência (FILLENBAUM, 1984). As escalas de AFVD e AIVD foram validadas para o Brasil por Ramos em 1987 e o valor do coeficiente alfa de Cronbach foi 0,88. O autor propôs uma classificação dos idosos em quatro categorias, conforme o grau de dependência para realizar as AVD: independentes, idosos que não precisam de ajuda para realizar as 14 AVD; dependentes leves, idosos que precisam de auxílio para realizar de uma a três AVD; dependentes moderados, necessidade de auxílio na realização de quatro a seis AVD e dependentes graves, em que os idosos precisam de ajuda para realizar sete ou mais AVD (RAMOS, 1993).

A *Burden Interview* é uma escala que contém 22 itens que refletem áreas de preocupação para os respondentes, como a saúde, a vida pessoal e social, a situação financeira, o bem-estar emocional e as relações interpessoais. Cada item recebe uma pontuação que varia de zero a quatro, sendo zero para nunca, um para raramente, dois para algumas vezes, três para frequentemente e quatro para sempre, sendo possível obter um escore total de todos os itens, que varia de 0 a 88 pontos. Quanto maior o escore maior a sobrecarga. A escala é frequentemente utilizada para avaliar a sobrecarga e foi traduzida e validada para uso no Brasil em um estudo com cuidadores informais de pessoas com doenças mentais, obtendo coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 (SCAZUFCA, 2002). Para fins de verificação do grau de sobrecarga dos cuidadores, foi utilizada a classificação de acordo com seguintes pontos de corte: escores de zero a 20 correspondem à pequena ou nenhuma sobrecarga, escores de 21 a 40 representam sobrecarga moderada, de 41 a 60 encontra-se sobrecarga moderada a severa e, a sobrecarga severa pontua-se de 61 a 80 (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013).

4.5 Análise dos dados

Os dados foram analisados por meio de testes de estatística descritiva com média e desvio padrão para variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa para variáveis

categóricas. Para analisar a relação entre a capacidade funcional do idoso com a sobrecarga do cuidador foi utilizado o teste de Correlação de Spearman, com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 18.0 e *Microsoft Excel*.

O coeficiente de correlação de Spearman varia de -1 a +1, sendo que $r = -1$ corresponde à correlação perfeita negativa e $r = +1$ corresponde à correlação perfeita positiva, passando pelo valor 0 (ausência de correlação) (VIEIRA, 2011).

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) da UFRGS (ANEXO D). O estudo seguiu a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto de base foi aprovado pela COMPESQ como Projeto PG.MS nº 58/2010 versão 01/2011 (ANEXO E), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o processo nº 110024 (ANEXO F).

Os participantes do estudo de base assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fornecido e assinado em duas vias, ficando uma em posse dos sujeitos do estudo e outra em posse dos pesquisadores (ANEXO G). O anonimato dos participantes foi assegurado e os princípios éticos respeitados, protegendo os direitos das pessoas envolvidas. Um termo de compromisso para utilização dos dados obtidos nos prontuários foi assinado pelos pesquisadores responsáveis pelo projeto de base (ANEXO H). Os materiais obtidos serão guardados durante cinco anos e após serão destruídos.

A utilização dos dados foi autorizada pela pesquisadora do projeto de base (ANEXO I).

5 ARTIGO

CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS DEPENDENTES E A SOBRECARGA DO CUIDADOR FAMILIAR

RESUMO

Introdução: A longevidade pode afetar a capacidade funcional dos idosos e o mesmo passa a depender de outras pessoas para suprir suas limitações. O ato de cuidar pode gerar sobrecarga ao cuidador. O presente estudo integra uma investigação maior com cuidadores familiares principais de idosos com dependência para realizar uma ou mais atividades de vida diária.

Objetivos: Caracterizar os idosos dependentes e seus cuidadores familiares principais quanto a aspectos socioeconômicos, demográficos, de saúde e relacionados ao cuidado, e verificar a associação entre a capacidade funcional da pessoa idosa e a sobrecarga do cuidador.

Métodos: Estudo transversal de abordagem quantitativa, com dados secundários realizado na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS (HCPA). Variáveis socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao cuidado, as escalas de Atividades Físicas de Vida Diária (AFVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), e uma escala que avalia a sobrecarga do cuidador foram coletadas entre setembro de 2011 a junho de 2012, com uma amostra de 112 sujeitos. Os dados foram analisados por meio de média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil para variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Para verificar a associação entre a capacidade funcional do idoso com a sobrecarga do cuidador foi utilizado o teste de Correlação de Spearman, com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 18.0 e *Microsoft Excel*. O estudo maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (nº 110024).

Resultados: A média de idade dos idosos foi de 81,41 anos ($\pm 9,3$), o escore médio para as AFVD foi de 10,36 ($\pm 3,4$) e de 6,25 ($\pm 3,2$) para as AIVD. A maioria (71,4%) possuía dependência grave. Grande parte dos cuidadores era do sexo feminino (75%), filhos dos idosos (61,6%), com média de idade de 57,98 anos e tinham em média 12,2 anos de escolaridade. Mais da metade residiam com o idoso (65%), possuíam despesas com o cuidado (60%) e recebiam auxílio de outras pessoas para cuidar do idoso (58,9%). A média de sobrecarga dos cuidadores foi de 29,53 ($\pm 15,1$). Houve correlação significativa entre a capacidade funcional dos idosos e a sobrecarga do cuidador.

Discussão: Avaliar o grau de

sobrecarga do cuidador, através de instrumentos com esse objetivo, permite aos enfermeiros dimensionar o quanto a tarefa de cuidar interfere na qualidade de vida do cuidador e, assim, auxiliar o mesmo no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da situação.

Conclusão: Quanto maior a dependência do idoso maior a sobrecarga do cuidador.

Palavras-Chave: Idoso fragilizado; Envelhecimento; Cuidadores; Enfermagem.

FUNCTIONAL CAPACITY OF DEPENDENTS ELDERLY AND BURDEN OF FAMILY CAREGIVERS

ABSTRACT

Introduction: The longevity can affect the functional capacity of the elderly and even begins to depend by others to help their limitations. The act of caring can lead to caregiver burden. This study is part of a principal investigation with the main caregivers of older people with dependency to support one or more activities of daily living. **Objective:** To characterize the dependent elderly and their main family caregivers as the socioeconomic, demographic, and health care-related aspects, and the association between the functional capacity of the elderly and caregiver burden. **Methods:** Cross-sectional study with a quantitative approach, using secondary data held in the Primary Health Service Santa Cecília of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre / RS (HCPA). Socioeconomic, demographic and related to care variables, the scales of Physical Activities of Daily Living (PADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL), and a scale that assesses caregiver burden were collected from September 2011 to June 2012, with a sample of 112 subjects. Data were analyzed using mean, standard deviation, median and interquartile range for continuous variables and absolute and relative frequencies for categorical variables. To verify the association between the functional capacity of the elderly with caregiver burden the Spearman correlation test was used with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 18.0 and Microsoft Excel. The principal study was approved by Research Ethics Committee of HCPA (n° 110024). **Results:** The mean age of the elderly was 81,41 years ($\pm 9,3$), the mean score for PADL was 10,36 ($\pm 3,4$) and 6,25 ($\pm 3,2$) to the IADL. The majority (71,4%) had severe dependence. The majority of caregivers were women (75%), children of the elderly (61,6%) with mean age of 57,98 years and averaged 12,2 years of education. More than half lived with the elderly (65%), had the care costs (60%) and received help from other people to take care of the elderly (58,9%). The average burden of caregivers was 29.53 ($\pm 15,1$). There was a significant correlation

between functional capacity of the elderly and caregiver burden. **Discussion:** To evaluate the score of caregiver burden, through instruments for this purpose, allows nurses to measure how much the task of caring affects with the quality of life of the caregiver and it helps to develop strategies for coping on the situation. **Conclusion:** The higher dependence of the elderly the higher is the caregiver burden.

Keywords: Frail elderly; Aging; Caregivers; Nursing.

INTRODUÇÃO

A longevidade, quando associada a doenças crônicas não-transmissíveis, pode afetar a capacidade funcional dos idosos, impedindo-os de desempenhar suas atividades de forma independente (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). A capacidade funcional pode ser entendida como “a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma” (BRASIL, 1999, p. 5).

À medida que ocorre o comprometimento da capacidade funcional, o idoso passa a depender de uma ou mais pessoas para suprir suas limitações. Essa pessoa assume a função de cuidador, auxiliando o idoso na realização das suas atividades (KARSCH, 2003).

Os cuidadores podem ser categorizados como formais e informais. O cuidador formal é o profissional que presta serviços sob remuneração. O cuidador informal é um membro da família ou da comunidade que presta qualquer tipo de cuidado às pessoas dependentes, de acordo com as necessidades, de forma voluntária. Ainda, esses cuidadores podem ser considerados principais, quando assumem total ou a maior parte da responsabilidade de cuidar realizando a maioria das atividades, e secundários, quando apenas complementam o auxílio (GUIMARÃES et al., 2012).

Alguns estudos que abordam o universo do cuidador, tanto no Brasil como no cenário internacional, demonstram que essa função geralmente é assumida por um membro familiar (AIRES, 2010; LOUREIRO, 2011; GRATÃO et al., 2013; PERDOMO; RODRÍGUEZ, 2010). Esse indivíduo passa a desenvolver tarefas de cuidado ao idoso, geralmente, em tempo integral. O ato de cuidar envolve aspectos positivos como o sentimento do dever cumprido, a autossatisfação e a reciprocidade, e aspectos negativos, como conflitos familiares, insegurança e sobrecarga (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013). A escala desenvolvida por Zarit, em 1987, mensura a sobrecarga subjetiva do cuidador, ou seja, problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros experimentados pelo cuidador como resultado do seu papel de prestador de cuidados (SCHREINER et al., 2006)

Alguns estudos brasileiros abordam a relação entre a capacidade funcional do idoso com a sobrecarga do cuidador (BORGES; ALBUQUERQUE; GARCIA, 2009; GRATÃO et al., 2013; NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013; UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011), entretanto, não foram realizados no contexto local, evidenciando a necessidade de aprofundar o assunto, considerando que Porto Alegre era a capital com a maior proporção de idosos, segundo o Censo de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

A enfermagem desempenha papel importante na atenção aos cuidadores de idosos, à medida que avalia situações de vulnerabilidade e desenvolve ações junto a estes, contribuindo para diminuir a sobrecarga do cuidado, além de prevenir futuras complicações.

O presente estudo permite ampliar o conhecimento científico sobre a temática, auxiliando os serviços de saúde no direcionamento de propostas de intervenções baseadas nas necessidades do grupo estudado. Diante do exposto, tem-se como objetivos caracterizar os idosos dependentes e seus cuidadores familiares principais quanto a aspectos socioeconômicos, demográficos, de saúde e relacionados ao cuidado, e verificar a associação entre a capacidade funcional da pessoa idosa e a sobrecarga do cuidador.

Este estudo origina-se de uma investigação maior que versou sobre a validação de uma escala de sobrecarga de cuidado em cuidadores familiares principais de idosos dependentes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, com dados secundários. O estudo original foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS (HCPA). A UBS pertence ao Distrito Sanitário Centro, região com maior proporção de idosos do município (PORTO ALEGRE, [2013]).

A população do estudo base foi composta por cuidadores familiares principais de idosos, e contou com uma amostra de 120 idosos e seus respectivos cuidadores. Destes 120 cuidadores, oito não responderam a escala de sobrecarga a ser utilizada no presente estudo. Os critérios de inclusão do estudo original foram: autodenominar-se cuidador principal de um familiar com 60 anos ou mais com dependência para realizar uma ou mais Atividades de Vida Diária (AVD), morador da área de abrangência da UBS e/ou cadastrados na Unidade. Os cuidadores foram selecionados a partir de uma listagem do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD) da unidade. Foram considerados critérios de exclusão: ser cuidador com idade inferior a 18 anos e não ser contatado após três tentativas em dias e turnos diferentes. Nenhum participante foi excluído. No presente estudo, para verificar a associação entre a capacidade funcional e a sobrecarga do cuidador, considerando um nível de significância de

5% ($p < 0,05$) e poder estatístico de 90%, o cálculo da amostra resultou em 113 sujeitos, que se aproximou ao disponível ($n=112$).

Os dados foram coletados no período de setembro de 2011 a junho de 2012, por meio de entrevistas realizadas no domicílio ou na UBS, baseados nas informações socioeconômicas, demográficas e relacionadas ao cuidado, nas escalas de Atividades Físicas de Vida Diária (AFVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), e no questionário Burden Interview.

A escala de AFVD, elaborada por Katz e colaboradores em 1963, avalia a independência no desempenho das funções: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência, e deambulação. Já a escala de AIVD, elaborada por Lawton & Brody em 1969, avalia a capacidade do idoso para realizar atividades mais complexas como utilizar o telefone, utilizar meios de transporte, realizar compras, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, tomar medicamentos e cuidar de suas finanças. Cada escala possui sete atividades (BRASIL, 2006). Conforme sua capacidade para realização das atividades, o idoso recebe uma pontuação que varia de zero a dois pontos: dois pontos para cada atividade realizada sem ajuda, um ponto para cada atividade realizada parcialmente com ajuda e zero para cada atividade que o idoso não consegue realizar. Sendo assim, o escore máximo é de 28 pontos e, quanto mais baixo o escore, maior a dependência (FILLENBAUM, 1984). As escalas de AFVD e AIVD foram validadas para o Brasil por Ramos em 1987 e o valor do coeficiente alfa de Cronbach foi 0,88. O autor propôs uma classificação dos idosos em quatro categorias, conforme o grau de dependência para realizar as AVD: independentes, idosos que não precisam de ajuda para realizar as 14 AVD; dependentes leves, idosos que precisam de auxílio para realizar de uma a três AVD; dependentes moderados, necessidade de auxílio na realização de quatro a seis AVD e dependentes graves, em que os idosos precisam de ajuda para realizar sete ou mais AVD (RAMOS, 1993).

A Burden Interview é uma escala que contém 22 itens que refletem áreas de preocupação para os respondentes, como a saúde, a vida pessoal e social, a situação financeira, o bem-estar emocional e as relações interpessoais. Cada item recebe uma pontuação que varia de zero a quatro, sendo zero para nunca, um para raramente, dois para algumas vezes, três para frequentemente e quatro para sempre, sendo possível obter um escore total de todos os itens, variando de zero a 88 pontos e quanto maior o escore maior a sobrecarga do cuidador. A escala é frequentemente utilizada para avaliar a sobrecarga e foi traduzida e validada para uso no Brasil em um estudo com cuidadores informais de pessoas com doenças mentais, obtendo coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 (SCAZUFCA, 2002).

Para fins de verificação do grau de sobrecarga dos cuidadores, foi utilizada a classificação de acordo com seguintes pontos de corte: escores de zero a 20 correspondem à pequena ou nenhuma sobrecarga, escores de 21 a 40 representam sobrecarga moderada, de 41 a 60 encontra-se sobrecarga moderada a severa e, a sobrecarga severa pontua-se de 61 a 80 (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013).

Os dados foram analisados por meio de média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartilico para variáveis contínuas e frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Para verificar a associação entre a capacidade funcional do idoso com a sobrecarga do cuidador foi utilizado o teste de Correlação de Spearman, com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 18.0 e *Microsoft Excel*.

O coeficiente de correlação de Spearman varia de -1 a +1, sendo que $r = -1$ corresponde à correlação perfeita negativa e $r = +1$ corresponde à correlação perfeita positiva, passando pelo valor 0 (ausência de correlação) (VIEIRA, 2011).

O estudo original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob processo nº 110024.

RESULTADOS

Em relação aos idosos, a média de idade foi de 81,41 anos ($\pm 9,3$). A maioria (91,1%) possuía renda própria, sendo que essa renda em salários mínimos apresentou mediana de 1,1 com variação entre 1,0 e 11,5 salários.

No que se refere à capacidade funcional do idoso, verificou-se escore médio de 10,36 ($\pm 3,4$) para as AFVD e escore médio de 6,25 ($\pm 3,2$) para as AIVD. A tabela 1 apresenta a classificação dos idosos de acordo com a capacidade funcional, demonstrando que a maior parte dos idosos investigados possuía dependência grave, necessitando de ajuda parcial ou total para realizar sete ou mais AVD.

Tabela 1 – Classificação dos idosos segundo a capacidade funcional. Porto Alegre/RS, 2012.

Classificação	n	%
Dependentes leves	8	7,2
Dependentes moderados	24	21,4
Dependentes graves	80	71,4
Total	112	100,0

Fonte: Valer, 2012.

A tabela 2 apresenta as características socioeconômicas e demográficas dos cuidadores e aspectos referentes ao cuidado.

Tabela 2 – Características socioeconômicas e demográficas dos cuidadores e relacionadas ao cuidado. Porto Alegre/RS, 2012.

Variáveis	n=112
Idade (anos)*	57,98 ± 13,57
Sexo**	
Feminino	84 (75)
Escolaridade (anos)*	12,2 ± 5,24
Estado conjugal**	
Casado	53 (47,3)
Solteiro	31 (27,7)
Divorciado	16 (14,3)
Viúvo	12 (10,7)
Grau de parentesco com o idoso**	
Filho(a)	69 (61,6)
Companheiro(a)	20 (17,9)
Neto	4 (3,6)
Irmão	4 (3,6)
Outro	15 (13,4)
Reside com o idoso**	
Sim	73 (65)
Recebe auxílio de outras pessoas para o cuidado**	
Sim	66 (58,9)
O cuidador possui despesas para cuidar do idoso**	
Sim	72 (60)
Tempo de cuidado (anos)*	2,87 ± 1,18
Horas de cuidado por semana*	70 (1,75-168)

*variáveis contínuas (média e DP; mediana e intervalo interquartílico).

**variáveis categóricas (%).

Fonte: Valer, 2012.

Quanto à sobrecarga do cuidador, a escala Burden Interview apresentou escore médio de 29,53 ($\pm 15,1$) e mediana de 30, variando de 3 a 71. A tabela 3 apresenta a classificação dos cuidadores de idosos de acordo com a sobrecarga, evidenciando que quase metade dos cuidadores sofre sobrecarga moderada.

Tabela 3 – Classificação dos cuidadores de acordo com a sobrecarga. Porto Alegre/RS, 2012.

Classificação	n	%
Pequena ou nenhuma sobrecarga	37	33
Sobrecarga moderada	52	46,4
Sobrecarga moderada a severa	19	17
Sobrecarga severa	4	3,6
Total	112	100,0

Fonte: Valer, 2012.

A tabela 4 demonstra que houve correlação significativa entre a capacidade funcional do idoso com a sobrecarga do cuidador. Observa-se que quanto menor o escore na escala de independência maior a sobrecarga, ou seja, quanto mais dependente o idoso, maior a sobrecarga do cuidador.

Tabela 4 – Coeficientes de correlação da capacidade funcional do idoso com a sobrecarga do cuidador. Porto Alegre/RS, 2012.

	Burden Interview	p
AFVD*	-0,394***	<0,001
AIVD**	-0,340***	<0,001

*Atividades Físicas de Vida Diária

**Atividades Instrumentais de Vida Diária

***Teste de Correlação de Spearman

Fonte: Valer, 2012.

DISCUSSÃO

Verificou-se no presente estudo que houve prevalência de idosos mais velhos, dado ligeiramente superior ao encontrado em outras investigações sobre a sobrecarga em cuidadores de idosos dependentes (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013; VIEIRA et al., 2012; LOUREIRO, 2011). É esperado encontrar, nesse tipo de estudo, médias de idade elevadas, visto que a longevidade pode estar associada à perda da capacidade de realizar suas atividades de vida diária de forma independente (FIEDLER; PERES, 2008).

Em investigação populacional que estudou os fatores associados à capacidade funcional em idosos longevos, observou-se que a chance dos idosos com mais de 85 anos apresentarem dependência funcional era três vezes maior que indivíduos com menos de 85 anos (NOGUEIRA et al., 2010). Resultado semelhante foi encontrado em um estudo que comparou o grau de dependência de idosos mais velhos em três regiões do Rio Grande do Sul. Os idosos com 85 anos ou mais apresentaram maior dependência grave quando comparados aos da faixa etária de 80 a 84 anos (AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010).

Referente à capacidade funcional, observou-se escore médio menor para as AIVD quando comparado com as AFVD, evidenciando maior dependência dos idosos para realizar atividades mais complexas. Em uma investigação realizada com idosos de um Centro de Internação Domiciliar em Rondônia que utilizou a escala de Lawton, o escore médio foi de 12,38 para as AIVD. No que diz respeito à AFVD, avaliadas pela escala de Katz, 42,4% dos idosos possuíam dependência total. Os autores destacam a associação entre os dois instrumentos, ou seja, quanto maior a dependência para as AFVD maior também será a dependência para as AIVD. Isso reforça a importância de utilizar as duas escalas de forma complementar para avaliar a capacidade funcional do idoso (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011).

A maioria dos idosos possuía dependência grave. Em investigação realizada em João Pessoa que avaliou a sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes, quase metade (48,1%) dos idosos apresentaram dependência para realizar todas as AFVD. Para a autora, avaliar a capacidade funcional do idoso representa importante estratégia de atenção em saúde, à medida que permite a identificação dos fatores de risco e o monitoramento da evolução clínica dos problemas de saúde, possibilitando a preservação da autonomia e independência do idoso (LOUREIRO, 2011).

Por outro lado, esse achado se diferencia ao encontrado em estudos de base populacional. Em estudo realizado com idosos usuários de uma Estratégia Saúde da Família em Goiânia a fim de identificar os fatores associados à dependência, identificou que 65,2% dos idosos eram independentes. (NUNES et al., 2010). Em outra pesquisa realizada na Bahia que investigou a influência de fatores sociodemográficos e de saúde na capacidade funcional de idosos residentes na comunidade e asilados, identificou que a maioria dos idosos da comunidade (56,7%) eram independentes enquanto que a maioria dos idosos asilados (70%) eram dependentes (REIS et al., 2011). Ambos os estudos utilizaram o Índice de Barthel para avaliar a capacidade dos idosos em desempenhar as AVD. Esta escala é composta por 10 atividades e possui um escore global resultado da soma de todos os pontos obtidos. É considerado independente o idoso que alcança a pontuação máxima, ou seja, 100 pontos, e dependente total aquele que apresenta menos de 50 pontos (NUNES et al., 2010; REIS et al., 2011).

Referente às características dos cuidadores, observa-se que a maioria era do sexo feminino, corroborando com demais estudos nacionais e internacionais com cuidadores de idosos (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013; BORGES; ALBUQUERQUE; GARCIA, 2009; GRATÃO et al., 2010; PERDOMO; RODRÍGUEZ, 2010) Esse dado reforça o papel social

culturalmente atribuído à mulher, seja ela esposa, irmã ou filha, no que diz respeito às tarefas domésticas e ao cuidado à saúde dos membros da família.

A média de idade dos cuidadores foi semelhante ao encontrado em outros estudos nacionais com cuidadores de idosos dependentes (BORGES; ALBUQUERQUE; GARCIA, 2009; GRATÃO et al., 2010; NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013) e em estudos populacionais (GRATÃO et al., 2013; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013). Este resultado sugere que cada vez mais pessoas com idade próxima à velhice estão cuidando de idosos, trazendo novas demandas aos serviços de saúde. O cuidador, com o passar do tempo, pode apresentar dificuldades de cuidar do outro, pois precisa lidar com o seu envelhecimento e limitações e com o envelhecimento e dependência do idoso ao qual presta cuidados (SALGUEIRO; LOPES, 2010).

Verificou-se que a escolaridade dos cuidadores era alta. Esse dado difere ao encontrado em investigações realizadas em outras regiões do país com cuidadores de idosos, em que se verificou baixo índice de escolaridade (UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011; GRATÃO et al., 2013; LOUREIRO, 2011). Esse achado pode estar relacionado aos melhores índices de escolaridade encontrados nas regiões Sul e Sudeste (IBGE, 2008). Infere-se que possuir mais anos de estudo contribui na diminuição da sobrecarga, à medida que esses cuidadores adquirem melhor entendimento das orientações dos profissionais de saúde, e melhor percepção do cuidado, tendo maior facilidade em cuidar de outro indivíduo. Em uma investigação realizada na Paraíba sobre os determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes, verificou-se correlação negativa entre a escolaridade e as variáveis ‘alteração no estado emocional’ e ‘enfrentamento individual da situação comprometido’. Para os autores, esse achado representa que quanto menor o nível de escolaridade do sujeito mais significativas são as alterações emocionais e mais ineficaz ou comprometido é o modo que esse indivíduo enfrenta a situação (FERNANDES; GARCIA, 2009).

No que se refere ao estado conjugal, quase metade dos cuidadores eram casados, semelhante ao encontrado em outros estudos com cuidadores de idosos dependentes (MORAIS et al., 2012; BORGES; ALBUQUERQUE; GARCIA, 2009). Os autores inferem que ser casado pode ser um fator positivo, à medida que se constitui em apoio para o desenvolvimento das atividades, ou negativo, quando o acúmulo de papéis gera sobrecarga ao cuidador (MORAIS et al., 2012).

Quanto ao grau de parentesco, a maioria era filho(a) do idoso, resultado também encontrado em outros estudos com idosos dependentes (LOUREIRO, 2011; GRATÃO et al., 2013). Esse achado pode ser atribuído ao fato de que idosos mais velhos não podem cuidar do

seu cônjuge à medida que eles também possuem incapacidades, tendo que um outro membro familiar assumir essa atividade. O fato de os filhos se responsabilizarem pelo cuidado de seus pais idosos pode ser atribuído, também, a uma questão cultural e social. Em estudo realizado na região sul do Brasil, os filhos atribuíram o cuidar dos seus pais como um processo natural e esperado, como forma de retribuir o cuidado que os mesmos tiveram com eles quando crianças, como um ato de amor e valorização aos pais (AIRES, 2010).

Dos entrevistados, a maioria residia com o idoso, cenário igual ao encontrado em outros estudos com cuidadores de idosos dependentes (GRATÃO et al., 2013; VIEIRA et al., 2012; FERNANDES; GARCIA, 2009). Para o idoso essa situação pode ser benéfica, visto que suas demandas podem ser facilmente atendidas pelo cuidador. Por outro lado, isso pode ser um fator de aumento da sobrecarga do cuidador, à medida que é grande a sua demanda e dedicação ao idoso, além de estar diariamente exposto aos efeitos do processo de cuidar (GRATÃO et al., 2013).

Dos cuidadores, mais da metade referiu receber auxílio de outra pessoa nos cuidados ao idoso. Esse achado pode constituir-se como um fator positivo, à medida que são muitas as demandas de cuidado de um idoso dependente, permitindo, assim, que o cuidador principal mantenha uma vida social, momentos de lazer e de intimidade. Para Vieira e colaboradores (2012), os profissionais de saúde também podem contribuir nesse aspecto, orientando e esclarecendo dúvidas do cuidador, além de apresentar melhores maneiras de exercer as atividades de cuidado, contribuindo assim para diminuir a sobrecarga do cuidador.

Em contrapartida, grande parte dos cuidadores referiu utilizar renda própria para cobrir os gastos de cuidado ao idoso. Dispor de seus recursos financeiros para com o idoso representa comprometer os gastos com itens pessoais ou da família, interferindo nos aspectos econômicos e na dinâmica familiar. Essa limitação de recursos financeiros pode constituir fator gerador de estresse e sobrecarga, à medida que o cuidar passa a ser visto como um dever ou opção sem alternativa (FERNANDES; GARCIA, 2009; NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013; UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011). Além disso, a maioria dos idosos possuía renda, mesmo assim a maioria dos cuidadores utilizava a sua própria renda nos gastos com o idoso. Esse achado nos leva a pensar em quão elevados são os custos de cuidado com uma pessoa dependente, fazendo com que o resto da família disponibilize recursos financeiros para atender as necessidades do idoso.

Referente ao tempo dedicado ao cuidado do idoso, encontrou-se uma média de 2,87 anos. Esse valor foi menor do que o encontrado em outra investigação realizada com cuidadores de idosos dependentes na Paraíba, em que a média foi de 7,3 anos. Para os autores,

o tempo de cuidado pode estar diretamente associado com o aparecimento de problemas físicos, emocionais e sociais, como o cansaço, estresse, insatisfação com a vida e problemas financeiros (CARTAXO, et al., 2012).

Quanto às horas de cuidado, verificou-se mediana de 70 horas semanais com variação entre 1,75 e 168 horas. Os cuidadores de idosos dependentes dedicam muitas horas do seu dia ao cuidado do idoso por este possuir muitas limitações e necessitar de auxílio em tarefas básicas da vida diária. Para o cuidador, isso representa abdicar das suas tarefas pessoais, momentos de lazer e relacionamentos interpessoais. Em estudo sobre os determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes, os autores identificaram que a contínua exposição às situações de cuidado acarretara alteração gradual dos recursos pessoais e do bem-estar dos cuidadores. Para os mesmos, o desenvolvimento de alterações físicas e emocionais no cuidador está mais relacionado à quantidade de tempo dedicado ao cuidado do que ao tipo de atividade realizada (FERNANDES; GARCIA, 2009).

Referente à sobrecarga do cuidador, obteve-se média de 29,53 ($\pm 15,1$) para a escala Burden Interview, valor semelhante ao observado em outras investigações que utilizaram a mesma escala (GRATÃO et al., 2013; NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013; BORGES; ALBUQUERQUE; GARCIA, 2009). Além disso, quanto à classificação do grau de sobrecarga, verificou-se que quase metade da amostra possuía moderada sobrecarga, também semelhante a outros estudos (OLIVEIRA et. al., 2011; NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013; WACHHOLZ; SANTOS; WOLF, 2013).

Cuidar de um idoso dependente é uma tarefa complexa que exige tempo e dedicação. Muitos cuidadores desempenham esta atividade em tempo integral, deixando de lado o seu bem-estar e vivendo em função do idoso. Para Oliveira e colaboradores (2011), a sobrecarga resultante do processo de cuidar afeta a qualidade de vida dos indivíduos, à medida que gera desgaste físico, impacto emocional e social gerado pela falta de tempo para o lazer, sentimento de culpa e medo, e dificuldades econômicas causadas pelo abandono de suas atividades laborais. Além disso, a sobrecarga pode colaborar para o aparecimento ou intensificação de agravos de saúde do cuidador, já que estes, muitas vezes, negligenciam seus próprios cuidados em virtude da árdua rotina de cuidado ao idoso (NARDI; SAWADA; SANTOS, 2013).

Verificou-se associação estatisticamente significativa entre a capacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador, com médias inversamente proporcionais, ou seja, quanto menor o escore de independência do idoso maior é a sobrecarga do cuidador. Esse resultado também foi encontrado em outros estudos nacionais que utilizaram as mesmas escalas

(UESUGUI; FAGUNDES; PINHO, 2011; LOUREIRO, 2011) e escalas diferentes para avaliar a capacidade funcional e a sobrecarga (GRATÃO et al., 2013; FERNANDES; GARCIA, 2009).

Idosos dependentes necessitam de cuidados mais complexos e freqüentes, fazendo com que o cuidador planeje e organize a sua vida de acordo com as necessidades do idoso. Desse modo, o cuidador acaba deixando de lado as suas atividades á espera do momento em que essa responsabilidade terminará para voltar a viver normalmente, como demonstrado no estudo realizado no Paraná com cuidadores de idosos dependentes. Além disso, a dependência do idoso contribui para o isolamento social do cuidador, à medida que este permanece a maior parte do tempo no domicílio, por dificuldade de locomoção do idoso, por medo e preocupação do cuidador (VIEIRA et al., 2012) ou, ainda, por não ter outra pessoa com quem alternar a tarefa de cuidar deste idoso.

Além disso, indivíduos que anteriormente levavam uma vida autônoma e independente tendem a sentir essa mudança. Por vezes, sentem-se tristes, desanimados e sem ânimo para continuar vivendo. Isso afeta os indivíduos de sua convivência, representando um fardo para o cuidador que se esforça para alegrar este indivíduo. Por outro lado, identifica-se que o bem-estar do cuidador repercute na assistência ao idoso, ou seja, a sobrecarga do cuidador pode acarretar em diminuição da qualidade dos cuidados prestados ao idoso.

Cuidar de um idoso dependente é uma difícil tarefa que exige dedicação, conhecimento e, na maioria das vezes, abdicar de suas relações interpessoais. As escalas que avaliam a capacidade funcional representam importantes ferramentas na detecção das limitações do idoso, fornecendo subsídio aos enfermeiros na prevenção de incapacidades e, conseqüentemente, diminuindo a sobrecarga de cuidado, já que a incapacidade funcional do idoso é um importante preditor de sobrecarga do cuidador.

Além disso, avaliar o grau de sobrecarga do cuidador, através de instrumentos com esse objetivo, permite aos enfermeiros dimensionar o quanto a tarefa de cuidar interfere na qualidade de vida do cuidador e, assim, auxiliar o mesmo no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da situação. A enfermagem pode contribuir nesse aspecto ainda à medida que desenvolve grupos de cuidadores, fornecendo orientação e conhecimento, auxiliando, dessa maneira, no modo de cuidar.

Faz-se necessário, também, o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à prevenção de agravos e promoção da saúde dos idosos e seus cuidadores, bem como de cursos na área da saúde que formem profissionais mais preparados para atender essa parcela da população.

A investigação apresenta como limitação a utilização de dados secundários de um estudo transversal, não sendo possível analisar a relação de causa e efeito entre a capacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador. Sugere-se o desenvolvimento de estudos longitudinais que abordem essas questões, fornecendo subsídio aos profissionais de saúde no apoio aos mesmos.

CONCLUSÃO

No presente estudo, houve prevalência de idosos mais velhos que possuíam dependência grave. A maioria dos cuidadores era do sexo feminino, casado, com alta escolaridade e média de idade de 57,98 anos. Mais da metade dos cuidadores eram filhos, residiam com o idoso, possuíam despesas com o cuidado e recebiam auxílio de outras pessoas para cuidar do idoso. Além disso, quase metade dos cuidadores possuía sobrecarga moderada. Verificou-se também, que quanto maior a dependência do idoso maior a sobrecarga do cuidador.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M. **Adaptação da etapa qualitativa do instrumento Filial Responsibility**. 2010. 167f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 1, jan.-fev. 2010.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199–1207, 2008.
- BORGES, L. L.; ALBUQUERQUE, C. R.; GARCIA, P. A. O impacto do declínio cognitivo, da capacidade funcional e da mobilidade de idosos com doença de Alzheimer na sobrecarga dos cuidadores. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 246-251, jul./set. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n. 237-E, 13 dez. 1999. Seção 1, p. 20 – 23. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=20&data=13/12/1999>> . Acesso em: 28 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CARTAXO, H. G. O. et al. Vivência dos cuidadores familiares de idosos dependentes: revelando estratégias para o enfrentamento do cotidiano. **Estud. interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 59-74, 2012.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 57-63, 2009.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, fev. 2008.

FILLENBAUM, G. **The well being of the elderly**: approaches to multidimensional assessment. Geneve: WHO, 1984.

GUIMARÃES, M. L. et al. O cuidado ao idoso em saúde coletiva: um desafio e um novo cenário de prática. In: SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. **Enfermagem em Saúde Coletiva**: Teoria e Prática. 1ª ed. Guanabara Koogan, 2012.

GRATÃO, A. C. M. et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 873-80, 2010.

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008.

Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2008/indic_sociais2008.pdf>. Acesso em: 15 maio 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores sociais municipais**: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio/jun. 2003.

LOUREIRO, L. S. N. **Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com vivência comunitária**. 2011. 125f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

MORAIS, H. C. C. et al. Sobrecarga e modificações de vida na perspectiva dos cuidadores de pacientes com acidente vascular cerebral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 5, set./out. 2012.

NARDI, E. F. R.; SAWADA, N. O.; SANTOS, J. L. F. Associação entre a incapacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador familiar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 5, set./out. 2013.

NOGUEIRA et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev. Bras. Fisioter.**, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-9, jul./ago. 2010.

NUNES, D. P. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, 2011.

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

PERDOMO, M. P.; RODRÍGUEZ, J. J. L. Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. **Revista Cubana de Enfermería**. Cuba, v. 26, n. 3, p. 104-116, 2010.

PORTO ALEGRE. OBSERVAPOA. **Porto Alegre em análise: sistema de gestão e análise de indicadores**. [2013]. Disponível em: <<http://bancoestatistico.procempa.com.br/>> Acesso em: 30 set. 2013

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, abr. 1993.

REIS L. A. et al. Functional capacity and associated factors in community – dwelling and institutionalized elderly. **Rev. Enferm. UFPE**, v. 5, n. 10, p. 2352-2358, 2011.

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

SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 12–17, 2002.

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

UESUGUI, H. M.; FAGUNDES, D. S.; PINHO, D. L. M. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 689-694, 2011.

VALER, D. B. **Adaptação do instrumento Caregiver Burden Inventory para uso com cuidadores de pessoas idosas no Brasil**. 2012. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

VIEIRA, L. et al. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 255-263, 2012.

VIEIRA, S. Introdução á bioestatística. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

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

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm>. Acesso em: 29 out. 2013.

_____. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e de outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n.3, 5 jan. 1994. Seção 1, p.77 - 79. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=05/01/1994&jornal=1&pagina=1&totalArquivos=80>>. Acesso em: 28 out. 2013.

_____. Lei nº 10.741, de 1º outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 30 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006b. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006b. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentoqs.ufba.br/sites/desenvolvimentoqs.ufba.br/files/A%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, de Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

- CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 253-292.
- CARVALHO, J. A. M; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai./jun. 2003.
- CHOU, K. R. Caregiver burden: a concept analysis. **Journal of Pediatric Nursing**, Philadelphia, v. 15, n. 6, p. 398-407, 2000.
- COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 43-48, 2006.
- FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no século XXI: Celebração e Desafio.** Resumo Executivo. Nova York, 2012.
- HAIR, J. F. **Análise multivariada de dados.** 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento.** Viena, Áustria, (Resolución 37/51); 1982.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento.** Madri, Espanha, (Resolución 57/167); 2002.
- PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 757-768, 2007.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The uses of epidemiology in the study of the elderly. Geneva : OMS, 1984. (Technical Reports Series, 706).

**ANEXO A – Instrumento para coleta de informações sociodemográficas e relacionadas
ao cuidado elaborado pelo projeto de base**

<p>Número do instrumento: _____</p> <p>Data da Entrevista: __/__/__</p> <p>Nome do(a) cuidador(a): _____</p> <p>Endereço: _____</p> <p>Telefone para contato: _____</p> <p>Número Prontuário de Família: _____</p>	<p>NUMERO__ __</p> <p>DATA__/__/__</p>
<p>A) INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</p> <p>A1) Idade:_____ (anos completos)</p> <p>Data de Nascimento: __/__/__</p> <p>A2) Sexo: (1) Masculino (2) Feminino</p> <p>A3) Escolaridade: _____ (anos de estudo)</p> <p>A4) Estado Conjugal:</p> <p>(1) Solteiro (a) / nunca casou</p> <p>(2) Casado (a) / morando com companheiro</p> <p>(3) Viúvo (a)</p> <p>(4) Divorciado (a) / separado (a)</p>	<p>AIDADE__ __</p> <p>ASEXO__</p> <p>AESCOL__ __</p> <p>ACONJUG__</p>
<p>B) INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO CUIDADO</p> <p>B1) Grau de parentesco com o idoso:</p> <p>(1) Filho (a)</p> <p>(2) Companheiro (a) / Marido (esposa)</p> <p>(3) Neto (a)</p> <p>(4) Irmão (a)</p> <p>(5) Outro. Qual: _____</p> <p>B2) Reside com o (a) idoso (a)?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	<p>BPARENT__</p> <p>BRESIDE__</p> <p>BTEMPO__ __</p> <p>BIDAIDO__ __</p> <p>BAUXIL__</p>

<p>B3) Há quanto tempo é cuidador (a) desse idoso (a)? ____ anos ____ meses</p> <p>B4) Idade da pessoa cuidada: ____ (anos completos)</p> <p>B5) Possui auxílio de outra pessoa para o cuidado? (1) Sim (2) Não</p> <p>Caso possua, quem auxilia? _____</p>	
---	--

ANEXO B - Escala de Atividades Físicas e Instrumentais da Vida Diária

Nome: _____ Data da avaliação: _____

Gostaria de perguntar ao Sr(a) sobre algumas atividades da vida diária, coisa que todos nós necessitamos fazer como parte de nossas vidas do dia-a-dia. Eu gostaria de saber se o Sr (a) consegue fazer estas atividades sem qualquer ajuda ou com alguma ajuda, ou ainda, não consegue fazer de jeito nenhum. (o entrevistador deve circular o número da alternativa que mais se aplica à resposta do paciente).

1. Atividades instrumentais da vida diária (AIVD)

a)O sr(a) usa o telefone

2-Sem ajuda tanto para procurar o número na lista, quanto para discar.

1-Com certa ajuda (consegue atender chamados ou solicitar ajuda à telefonista em emergência, mas necessita de ajuda tanto para procurar número, quanto para discar).

0-Ou, é completamente incapaz de usar o telefone.

OBS:

b)O sr(a) vai a lugares distantes que exigem tomar condução:

2-Sem ajuda (viaja sozinho de ônibus, trem, metrô, táxi ou dirige seu próprio carro).

1-Com alguma ajuda (necessita de alguém para ajudar-lhe ou ir consigo na viagem).

0-Ou, não pode viajar a menos que disponha de veículos especiais ou de arranjos emergenciais como ambulância.

OBS:

c)O sr(a) faz compras de alimentos, roupas e de outras necessidades pessoais:

2-Sem ajuda (incluindo o uso dos transportes).

1-Com certa ajuda (necessita de alguém que o acompanhe em todo o trajeto das compras).

0-Ou, não pode ir fazer compras de modo algum.

OBS:

d)O sr(a) prepara sua própria refeição:

2-Sem ajuda (planeja e prepara as refeições por si só).

1-Com certa ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não a refeição toda).

0-Ou, não consegue preparar a refeição de modo algum.

OBS:

e)O sr(a) faz limpeza e adaptação da casa:

2-Sem ajuda (limpeza e arrumação diária)

1-Com alguma ajuda (faz trabalhos leves mas necessita ajuda para trabalhos pesados).

0-Ou, não consegue fazer o trabalho de casa de modo algum.

f)O sr(a) toma os medicamentos receitados:

2-Sem ajuda (na identificação do nome do remédio, no seguimento da dose e do horário).

1-Com alguma ajuda (toma se alguém preparar ou quando é lembrado(a) para tomar o remédio).

0-Ou, não consegue tomar por si só os remédios receitados.

g)O sr(a) lida com suas próprias finanças:

2-Sem ajuda (assinar cheques, pagar contas, controlar saldo bancário, receber aposentadoria ou pensão)

1-Com alguma ajuda (lida com dinheiro para as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda para controle bancário e pagamento de contas maiores e/ou recebimento da aposentadoria ou pensão).

0-Ou não consegue mais lidar com as suas finanças.

OBS:

2. Atividades física da vida diária (AFVD)

a) O sr(a) toma as refeições:

2-Sem ajuda (é capaz de tomar as refeições por si só).

1-Com alguma ajuda (necessita de ajuda para por exemplo: cortar a carne, descascar laranja).

0-Ou, é incapaz de alimentar-se por si só.

OBS:

b) O sr(a) consegue vestir e tirar as roupas:

2-Sem ajuda (apanhar as roupas e usá-las por si só)

1-Com alguma ajuda.

0-Ou, não consegue de modo algum apanhar as roupas e usá-las por si só.

OBS:

c) O sr(a) cuida de sua aparência como pentear-se e barbear-se (para homens) ou maquiar-se (para mulheres):

2-Sem ajuda

1-Com alguma ajuda

0-Ou, não pode cuidar-se por si de sua aparência

OBS:

d) O sr(a) locomove-se

2-Sem ajuda (exceto bengala)

1-Com alguma ajuda (de uma pessoa, ou com uso de andador, ou muletas, etc.).

0-Ou, é completamente incapaz de locomover-se.

OBS:

e) O sr(a) deita-se e levanta-se da cama:

2-Sem qualquer ajuda ou apoio.

1-Com alguma ajuda (de pessoa ou suporte qualquer)

0-Ou, é dependente de alguém para levantar-se/deitar-se na cama.

OBS:

f) O sr(a) toma banho em banheira ou chuveiro:

2-Sem ajuda

1-Com alguma ajuda (necessita de ajuda para entrar e sair do banheiro ou suporte especial durante o banho)

0-Ou, é incapaz de banhar-se por si só.

g) O sr(a) já teve problemas em conseguir chegar em tempo ao banheiro:

2-não

1-sim

0 Usa sondagem vesical e/ou colostomia

Se sim, com que frequência o sr(a) se molha ou suja (seja noite ou dia)?

1-Uma ou três vezes por semana.

0-Três ou mais vezes por semana

OBS:

AVALIAÇÃO

A pontuação se obtém pela somatória dos pontos correspondentes às respostas assinaladas. Circular as pontuações atingidas pelo cliente nas escalas A e B. Quanto mais alta é a pontuação, significa que o cliente é mais independente nas suas atividades da vida diária. E o inverso, o cliente é menos independente.

a) Pontuação da Atividade Instrumental da Vida Diária (AIVD)

14 13 12 11 10 09 08 07 06 05 04 03 02 01

← independência

b) Pontuação da Atividade Física da Vida Diária (AFVD)

14 13 12 11 10 09 08 07 06 05 04 03 02 01

← independência

ANEXO C – Escala *Burden Interview* adaptada e validada no Brasil

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

1. O Sr/Sra sente que S* pede mais ajuda do que ele (ela) necessita?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

2. O Sr/Sra sente que por causa do tempo que o Sr/Sra gasta com S, o Sr/Sra não tem tempo suficiente para si mesmo (a)?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

3. O Sr/Sra se sente estressado (a) entre cuidar de S e suas outras responsabilidades com a família e o trabalho?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

4. O Sr/Sra se sente envergonhado (a) com o comportamento de S?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

5. O Sr/Sra se sente irritado (a) quando S está por perto?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

6. O Sr/Sra sente que S afeta negativamente seus relacionamentos com outros membros da família ou amigos?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

7. O Sr/Sra sente receio pelo futuro de S?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

8. O Sr/Sra sente que S depende do Sr/Sra?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

9. O Sr/Sra se sente tenso (a) quando S esta por perto?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

10. O Sr/Sra sente que a sua saúde foi afetada por causa do seu envolvimento com S?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

11. O Sr/Sra sente que o Sr/Sra não tem tanta privacidade como gostaria, por causa de S?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

12. O Sr/Sra sente que a sua vida social tem sido prejudicada porque o Sr/Sra está cuidando de S?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

13. O Sr/Sra não se sente à vontade de ter visitas em casa, por causa de S?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

14. O Sr/Sra sente que S espera que o Sr/Sra cuide dele/dela, como se o Sr/Sra fosse a única pessoa de quem ele/ela pode depender?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

15. O Sr/Sra sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de S, somando-se as suas outras despesas?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

16. O Sr/Sra sente que será incapaz de cuidar de S por muito mais tempo?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

17. O Sr/Sra sente que perdeu o controle da sua vida desde a doença de S?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

18. O Sr/Sra gostaria de simplesmente deixar que outra pessoa cuidasse de S?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

19. O Sr/Sra se sente em dúvida sobre o que fazer por S?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

20. O Sr/Sra sente que deveria estar fazendo mais por S?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

21. O Sr/Sra sente que poderia cuidar melhor de S?

Nunca = 0, raramente = 1, algumas vezes = 2, freqüentemente = 3, ou sempre = 4

22. De uma maneira geral, quanto o Sr/Sra se sente sobrecarregado (a) por cuidar de S**?

Nem um pouco = 0, um pouco = 1, moderadamente = 2, muito = 3, extremamente = 4.

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

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

ANEXO D – Aceite do presente projeto pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS

24/6/2014

Sistema Pesquisa - Aluno

Projeto Nº:	26193	Título:	CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO E A SOBRECARGA DO CUIDADOR
Área de conhecimento:	Enfermagem de Saúde Pública	Início:	01/01/2014 Previsão de conclusão: 30/06/2014
Situação:	Projeto em Andamento		
É subprojeto do projeto:	20423 - RESPONSABILIDADE FILIAL EM DIFERENTES CONTEXTOS: ATITUDES E COMPORTAMENTOS DOS FILHOS NO CUIDADO AOS PAIS IDOSOS	Não possui subprojetos	
Origem:	Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa: Promoção, educação e vigilância em saúde e enfermagem	
Local de Realização:	não informado	Projeto sem finalidade adicional Projeto não envolve aspectos éticos	
Objetivo:			

Palavras Chave:

CAPACIDADE FUNCIONAL
CUIDADOR
IDOSO
SOBRECARGA

Equipe UFRGS:

Nome: LISIANE MANGANELLI GIRARDI PASKULIN
Coordenador - Início: 01/01/2014 Previsão de término: 30/06/2014
Nome: ANA CLAUDIA FUHRMANN
Pesquisador - Início: 01/01/2014 Previsão de término: 30/06/2014

Avaliações:

24/6/2014

Sistema Pesquisa - Aluno

Avaliações:

**Comissão de Pesquisa de Enfermagem -
Aprovado em 18/12/2013** [Clique aqui para
visualizar o parecer](#)

Anexos:

Projeto Completo	Data de Envio: 10/12/2013
Instrumento de Coleta de Dados	Data de Envio: 10/12/2013
Documento de Aprovação	Data de Envio: 10/12/2013
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Data de Envio: 10/12/2013

**ANEXO E – Carta de aprovação do projeto de base pela Comissão de Pesquisa da
Escola de Enfermagem da UFRGS**



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto PG. MS. : 58/2010
Versão: 01/2011

Pesquisadores: Daiany Borghetti Valer e Profa. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Título: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO *CAREVIGER BURDEN INVENTORY* PARA USO EM CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS NO BRASIL.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 20 de Janeiro de 2011.

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EENf - UFRGS

Eliane Pinheiro de Moraes

Prof. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ/EENF

ANEXO F – Carta de aprovação do projeto de base pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110024

Versão do Projeto: 16/03/2011

Versão do TCLE: 16/03/2011

Pesquisadores:

DAIANY BORGHETTI VALER

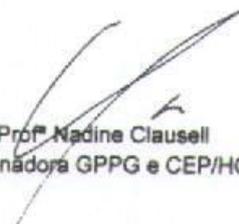
LISIANE MANGANELLI GIRARDI PASKULIN

Título: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO CAREGIVER BURDEN INVENTORY PARA USO COM CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS NO BRASIL

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 14 de abril de 2011.


 Prof. Nadine Clausell
 Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cuidadores que participaram do projeto de base

APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os cuidadores que participarem da validação do instrumento

“ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO CAREGIVER BURDEN INVENTORY PARA USO COM CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS NO BRASIL”

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que está adaptando para uso no Brasil um instrumento que avalia a sobrecarga do cuidador de pessoas idosas. A pesquisa intitula-se “Adaptação e validação do instrumento *Caregiver Burden Inventory* para uso com cuidadores de pessoas idosas no Brasil”. O instrumento foi desenvolvido por pesquisadores canadenses e está sendo adequado à realidade brasileira.

As informações necessárias vão ser coletadas através de uma entrevista com duração de cerca de 40 minutos e a sua participação tem caráter voluntário, não envolvendo qualquer tipo de custo ou remuneração. O (a) senhor (a) pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que esta decisão cause danos para si. Garante-se que não haverá nenhuma repercussão no seu atendimento na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília. As informações obtidas serão utilizadas somente para fins de pesquisa e a sua identidade não será divulgada em momento algum do estudo. Os instrumentos serão guardados pela pesquisadora por cinco anos e após serão destruídos. A metade dos participantes do estudo serão reentrevistados após duas semanas.

O benefício do estudo será disponibilizar para uso no Brasil um instrumento que permite avaliar se as pessoas que cuidam de idosos estão sentindo-se sobrecarregadas ou não e, dessa forma, permitirá aos profissionais avaliar e atender melhor os usuários dos serviços de saúde. O (a) senhor (a) poderá sentir-se desconfortável pelo tempo dedicado para participar da entrevista e há a possibilidade de ocorrência de certo desconforto também em função de alguns temas abordados.

Em qualquer etapa do estudo, esclarecimentos poderão ser solicitados às pesquisadoras Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin (51) 33085425 (Rua São Manoel, 963, Bairro Rio Branco, Porto Alegre/RS), Mda. Daiany Borghetti Valer (51) 92318773, e também ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, pelo telefone (51) 33597640. Este documento será fornecido e assinado em duas vias, ficando uma em posse do participante do estudo e outra em posse dos pesquisadores.

Por meio deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, afirmo que fui esclarecido (a) clara e detalhadamente, sem qualquer constrangimento e coerção, sobre os objetivos, a justificativa, os procedimentos e benefícios do presente estudo.

Porto Alegre, [redacted] de [redacted] de 20[redacted]

Nome do (a) participante [redacted]

Assinatura do (a) participante [redacted]

Nome do (a) pesquisador (a) [redacted]

Assinatura do (a) pesquisador (a) [redacted]

Comitê de Ética em Pesquisa

GPPC/HCPA

VERSAO APROVADA

14/04/2011

110024TRV

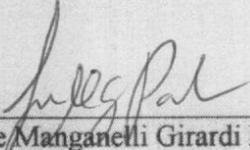
ANEXO H – Termo de Compromisso para Utilização dos Dados

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**

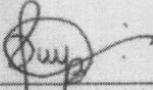
Termo de Compromisso para Utilização dos Dados

Os pesquisadores do projeto “Adaptação e validação do instrumento *Caregiver Burden Inventory* para uso com cuidadores de pessoas idosas no Brasil”, se comprometem a preservar a privacidade dos usuários da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, cujos dados serão coletados em prontuários. As informações serão utilizadas única e exclusivamente para fins de pesquisa e somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 19 de JANEIRO de 2011.



Lisiane Manganelli Girardi Paskulin
Pesquisadora responsável e orientadora



Daiany Borghetti Valer
Pesquisadora
Mestranda em Enfermagem

ANEXO I – Autorização da pesquisadora do projeto de base para utilização dos dados

Re: autorização utilização de banco de dados

Para ver mensagens relacionadas a esta, [agrupar mensagens por conversa](#).



Daiany Valer (daianyvaler@gmail.com) [Adicionar aos contatos](#) 22/08/2013

Para: Ana Cláudia Fuhrmann

Ana Cláudia,

Será ótimo utilizares o banco para teu trabalho de conclusão, há informações muito ricas que resultarão em um belo estudo. Estás autorizada a usá-lo. À disposição,

--

Enfª Daiany Borghetti Valer
Mestre em enfermagem

ANEXO J – Normas de publicação do periódico Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento

DIRETRIZES PARA AUTORES

Procedimentos para o envio dos manuscritos

3.1.1 Ao enviar seu manuscrito o(s) autor(es) está(rão) automaticamente: a) autorizando o processo editorial do manuscrito; b) garantindo de que todos os procedimentos éticos exigidos foram atendidos; c) concedendo os direitos autorais do manuscrito à revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento; d) admitindo que houve revisão cuidadosa do texto com relação ao português e à digitação; título, e subtítulo (se houver) em português e inglês; resumo na língua do texto e em inglês, com as mesmas características; palavras-chave inseridas logo abaixo do resumo, além de keywords para o abstract; apresentação dos elementos descritivos das referências utilizadas no texto, que permitam sua identificação individual; observação das normas de publicação para garantir a qualidade e tornar o processo editorial mais ágil.

3.1.2 Ao submeter o manuscrito deve ser informado (no portal SEER) nome, endereço, e-mail e telefone do autor a contatar e dos demais autores. Forma de Apresentação dos Manuscritos O título deverá ser apresentado em português e inglês.

3.1.3 Os manuscritos deverão ser digitados em espaço duplo, com no máximo 20 laudas;

3.1.4 A apresentação dos originais deverá seguir as normas atualizadas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Recomenda-se a consulta principalmente às normas NBR 10.520/02 – Citações em documentos; NBR 6024/03 – Numeração progressiva das seções de um documento; NBR 6023/02 – Referências; NBR 6028/03 – Resumos; NBR 6022/03 – Artigo em publicação periódica científica impressa - Apresentação. Nota: Os resumos que acompanham os documentos devem ser de caráter informativo, apresentando elementos sobre as finalidades, metodologia, resultados e conclusões do estudo.

3.1.5 Figuras, tabelas, quadros, etc., devem ser apresentadas uma em cada página, acompanhadas das respectivas legendas e títulos. As figuras e tabelas devem ser apresentadas em preto e branco e não devem exceder 17,5 cm de largura por 23,5 cm de comprimento. Devem ser, preferencialmente, elaboradas no Word/Windows. Não serão aceitas figuras gráficas com cores ou padrões rebuscados que possam ser confundidos entre si, quando da editoração da revista. As figuras e tabelas devem vir anexadas no final do artigo, com suas respectivas legendas explicativas. Deve ser indicado no texto a localização das mesmas, de modo a facilitar o processo de editoração. Fotos (preto e branco) devem estar em formato TIF, com resolução de 300 dpi.

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Enviar em formato DOC
2. Figuras em formato TIFF